

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT

PSICOLOGIA

Vanessa Pedroso Netto

**O IMPACTO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA SAÚDE
MENTAL DOS IDOSOS**

ATIBAIA

2021

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT

PSICOLOGIA

Vanessa Pedroso Netto

RA: 1517180

**O IMPACTO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA SAÚDE
MENTAL DOS IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário UNIFAAT, sob a orientação do Prof. Juliano Rodrigues Afonso.

ATIBAIA

2021

Pedroso Netto, Vanessa
P416i O impacto do processo de envelhecimento na saúde mental dos idosos. /
Vanessa Pedroso Netto, - 2021.
35 f.; 30 cm.

Orientação: Juliano Rodrigues Afonso

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Centro Universitário
UNIFAAT, como requisito para obtenção do título de Bacharel em
Psicologia da Faculdades Atibaia, 2021.

1. Envelhecimento 2. Idosos 3. Crenças sobre envelhecimento 4. Crenças
disfuncionais 5. Terapia cognitivo comportamental I. Pedroso Netto,
Vanessa II. Afonso, Juliano Rodrigues III. Título

CDD 155.67

Ficha elaborada por Aline de Freitas - CRB8 8860

CURSO DE PSICOLOGIA**Termo de aprovação****VANESSA PEDROSO NETTO****O IMPACTO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA SAÚDE MENTAL DOS
IDOSOS**

Trabalho apresentado no Curso de Psicologia, para apreciação do Professor orientador Juliano Rodrigues Afonso, que após sua análise considerou o Trabalho ***APROVADO*** , com nota ***9,5 (NOVE E MEIO)***

Atibaia, 14 de Novembro de 2021.



Prof. Esp. Juliano Rodrigues Afonso

Dedico este trabalho à minha querida família.

AGRADECIMENTOS

Foram cinco longos anos de graduação, mas por tudo o que experienciei, só consigo agradecer! Finalizar este curso é uma realidade graças a muitas mãos que trabalharam juntas. Me orgulho em dizer que este diploma é meu e da minha família, pois foram pessoas essenciais para tornar este sonho possível, sozinha eu jamais teria conseguido.

Agradeço imensamente aos meus pais, Ricardo e Rosana. Desde o início não mediram esforços para que eu chegasse até aqui. Sonharam junto comigo, e me mostraram mais uma vez o quanto posso contar com eles sempre em minha vida.

Infinita gratidão à minha irmã Pâmela e ao meu cunhado, e irmão, André. O incentivo e apoio deles foram fundamentais na minha trajetória, estiveram presentes e fizeram muito por mim, me dando suporte e segurança para seguir em frente.

Não poderia deixar de agradecer ao meu namorado, João Carlos, que ao longo de todo o curso esteve disposto a me ajudar, me encorajando a alcançar o meu objetivo maior.

Com muito carinho agradeço às amigas que fiz através da faculdade. Compartilhar este desafio com pessoas tão queridas foi essencial para a minha formação. O caminho não foi fácil, mas aprendemos, crescemos e chegamos juntas até aqui. Desejo levá-las comigo para a vida.

Gratidão a todos os meus professores, que me apresentaram a Psicologia e me prepararam. Em especial, ao Professor e orientador Juliano, por todo apoio e dedicação na elaboração deste trabalho.

Por fim, mas o mais importante, agradeço à Deus e à Mãe Rainha por terem me capacitado, me dado forças e sabedoria para conquistar este diploma. Gratidão por tantas bênçãos!

RESUMO

A população brasileira e do mundo está cada vez mais envelhecida, e a projeção é que o número de idosos nos próximos anos seja considerável, em relação as demais faixas etárias. Com isso, este público tem sido alvo de pesquisas e discussões, devido a necessidade de maior compreensão sobre o envelhecimento. Através de uma pesquisa do tipo bibliográfica, este trabalho identificou as dimensões físicas, biológicas, psicológicas, cognitivas e sociais que caracterizam o processo de envelhecimento. Além disso, considerando a visão negativa que a sociedade tem do envelhecimento, foi feita uma análise a respeito das crenças que os idosos possuem sobre a velhice, na qual buscou-se responder se as crenças disfuncionais sobre o envelhecimento interferem na vivência desta fase da vida. E por fim, dedicou-se a apresentar o tratamento realizado pela Terapia Cognitivo-Comportamental com a população idosa. A partir do levantamento bibliográfico feito, compreendeu-se que o envelhecimento é um processo complexo e multidimensional, e mesmo apresentando aspectos em comum, a experiência desta fase será definida de acordo com a subjetividade de cada idoso. Ainda, concluiu-se que as crenças disfuncionais sobre o envelhecimento podem provocar consequências negativas na experiência da velhice, comprometendo a capacidade adaptativa e prejudicando a qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idosos; Crenças sobre envelhecimento; Crenças disfuncionais; Terapia Cognitivo-Comportamental;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. CARACTERIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO.....	10
2. ANÁLISE DAS CRENÇAS DOS IDOSOS SOBRE O ENVELHECIMENTO.....	15
3. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM IDOSOS.....	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

INTRODUÇÃO

Em decorrência da transição demográfica que ocorre há anos no mundo, a população de idosos está aumentando de modo significativo, mostrando-se em maior crescimento que os grupos de adultos, crianças e adolescentes (Organização Mundial de Saúde, 2005). Um dos fatores que provocaram esta mudança foi a redução da taxa de fertilidade. A diminuição da taxa de mortalidade da população idosa também foi contribuinte para o quadro atual, isto devido ao aumento da expectativa de vida, que se deu através de melhores condições de sobrevivência. No Brasil, observou-se este movimento a partir do final dos anos 1950, em que fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, melhorias no saneamento, maior acesso a escolaridade, alimentação mais saudável, medicina avançada, entre outros, possibilitaram a longevidade aos brasileiros (CAMARANO E KANSO, 2016).

Papalia e Feldman (2013), afirmam que o envelhecimento é um processo gradual e variável. Para a compreensão desta fase da vida, além de identificar as alterações biofisiológicas, é fundamental reconhecer os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo idoso (OLIVEIRA E JUSTO, 2019).

Tendo em vista as mudanças decorrentes do envelhecer, Fernandes-Eloi, Dias e Nunes (2018), explicam a importância de o processo de envelhecimento ocorrer de maneira saudável, pois tal fator influencia na forma como os idosos vivenciam a terceira idade, contribuindo para uma qualidade de vida, bem-estar e permitindo que possam viver com autonomia.

A OMS (2005) pontua o serviço de saúde mental como aspecto fundamental para o envelhecimento saudável. Neste sentido, a Terapia Cognitivo-Comportamental tem sido uma abordagem efetiva para a população idosa. Além de realizar um processo psicoterápico com características específicas, considerando as peculiaridades e necessidades desse público, tem como objetivo fazer a reestruturação cognitiva e a modificação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos, ampliando também as estratégias de enfrentamento do idoso (NARDI E OLIVEIRA, 2011).

Considerando todas as mudanças que ocorrem na vida do ser humano no decorrer do processo de envelhecimento, o trabalho buscará compreender, com base

na Terapia Cognitivo-Comportamental, o impacto do envelhecer na saúde mental dos idosos.

Com o objetivo de analisar a complexidade do processo de envelhecimento, a pesquisa abrangerá variados aspectos inerentes a essa fase, o que dará possibilidade a um amplo entendimento, apresentando o impacto que é provocado na saúde mental. Para tal, os objetivos específicos serão a investigação das características físicas, biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais do envelhecimento, a análise das crenças dos idosos sobre o envelhecer e, por fim, a compreensão do trabalho realizado pela Terapia Cognitivo-Comportamental com este público.

Considerando que, de acordo com o Modelo Cognitivo, os seres humanos possuem esquemas ou crenças para processar as informações providas do ambiente, e quando configuradas de maneira disfuncional podem gerar emoções e comportamentos desagradáveis (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008), este trabalho pretende responder se as crenças disfuncionais sobre o envelhecimento interferem na forma como o idoso vivencia a terceira idade. A partir do que foi citado acima, configura-se como hipótese a confirmação de que distorções cognitivas influenciam na velhice.

Diante do envelhecimento significativo da população, a justificativa social para o estudo refere-se a relevância de suscitar discussões acerca deste tema. De acordo com Alves (2019), a projeção demográfica realizada pela Divisão de População da ONU, em 2019, aponta que a população idosa no Brasil está crescendo rapidamente, compondo 14% da população brasileira em 2020. A projeção é que até o ano de 2100, os idosos no Brasil irão constituir 40,1% da população do país. Com isso, a preocupação com a saúde e qualidade de vida dos idosos tem sido significativa, por isso a importância de novas pesquisas na área da saúde sobre o envelhecimento sejam fomentadas, possibilitando maior compreensão e visibilidade a esse tema.

O interesse pelo tema surgiu a partir da percepção de que a Psicologia tem muito a contribuir com o envelhecimento, no sentido de possibilitar que esse processo seja compreendido e encarado de uma forma mais otimista, oferecendo melhores condições para que seja um período saudável e positivo para o idoso.

Para a elaboração deste trabalho acadêmico, será realizada uma pesquisa de natureza básica, visando produzir novos conhecimentos que possam colaborar para o desenvolvimento científico. Tendo em vista os objetivos, será estruturada uma pesquisa exploratória. Realizar-se-á um levantamento de informações, para a constituição de uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, na qual serão consultados livros, artigos e trabalhos acadêmicos atuais a respeito do tema. Para isso, serão utilizadas como fonte de informação, os sites de busca virtual acadêmica Scielo, PePsic, BVS Psicologia Brasil, Redalyc, Google Acadêmico e outros que forem julgados necessários.

1. CARACTERIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO

Há uma dificuldade para definir com exatidão o momento em que o envelhecimento se inicia, isto porque este é um fenômeno multidimensional, sendo influenciado por fatores distintos, gerais e individuais, que impedem uma descrição generalizada (SCHNEIDER E IRIGARAY, 2008).

Não há definição de um indicador biofisiológico que mensure o início da velhice, isto devido a inexistência de uma concordância entre a comunidade científica que consiga explicar com exatidão o começo do envelhecimento. Tal fator provoca a impossibilidade para estabelecer uma idade biológica ao ser humano (NETTO, 2016).

No âmbito legal, considera-se o início do envelhecimento a partir da idade cronológica, que se inicia aos 60 anos em países em desenvolvimento, e 65 anos em países desenvolvidos (NETTO, 2016). No Brasil, de acordo com o artigo 1º da lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (BRASIL, 2003, p.15), sendo esta a legislação brasileira que regulamenta a idade cronológica do idoso, bem como a garantia de seus direitos. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (2005) ressalta que a idade cronológica também é insuficiente para determinar o início do envelhecimento, pois as alterações provindas dessa fase da vida não passam a ocorrer de acordo com a idade, e sim em relação a outros fatores específicos do indivíduo que devem ser levados em conta.

Outra forma de classificar o indivíduo idoso é a partir de sua idade funcional. Papalia e Feldman (2013, p.574) explicam que a idade funcional diz respeito “a capacidade de uma pessoa interagir em um ambiente físico e social em comparação com outros da mesma idade cronológica”. Neri (2010, apud Fontes, 2016) acrescenta

que a idade funcional envolve o funcionamento físico, cognitivo, emocional e social do idoso, o desempenho na realização de atividades diárias e exercício de papéis, e por fim, sua conduta em relação a si próprio.

Portanto, frente a dificuldade para definir um processo de envelhecimento padrão, devido à heterogeneidade das características dos idosos, estipulou-se três tipos de envelhecimento que definem diferentes estilos de vivência da velhice, sendo eles o envelhecimento normal, o patológico e o bem-sucedido ou saudável (NETTO, 2016; OMS, 2015).

O envelhecimento normal consiste em um processo que ocorre de forma progressiva ao longo da vida. Este decorre de mudanças físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. Divide-se em envelhecimento primário, sendo aquele que ocorre geneticamente em todos os seres humanos e não pode ser evitado, e em envelhecimento secundário, decorrente de fatores externos ao indivíduo, como aspectos cronológicos, culturais e geográficos, além de estilos de vida não saudáveis e doenças (NETTO, 2016; PAPALIA E FELDMAN, 2013).

O envelhecimento patológico é caracterizado por perdas e alterações significativas que influenciam no funcionamento do idoso e geram prejuízos cognitivos, físicos e sociais consideráveis (CANÇADO, ALANIS E HORTA, 2016). Nascimento e Banhato (2016) pontuam que doenças, luto, dependência, mudanças significativas e outros, favorecem o envelhecimento patológico, provocando déficits cognitivos. No caso de idosos acometidos por doenças, além das consequências provocadas pelas alterações decorrentes do envelhecimento normal, acrescentam-se as implicações resultantes do adoecimento, o que gera uma série de danos à saúde (NETTO, 2016).

Por fim, o envelhecimento bem-sucedido ou saudável, define-se como um processo em que o idoso desenvolve e mantém suas capacidades funcionais, permitindo que haja bem-estar ao envelhecer (OMS, 2015). Ainda, caracteriza-se por um estilo de vida ativo do idoso, risco reduzido de acometimento por doenças e boas condições físicas e mentais (NETTO, 2016).

Para compreensão desta fase do desenvolvimento humano, faz-se necessário o conhecimento das alterações físicas, biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais, pois é a partir da interação de tais aspectos que se dá o processo de envelhecimento (SCHNEIDER E IRIGARAY, 2008).

Em relação as alterações físicas, o idoso apresenta mudanças visíveis. Na pele, há uma redução da oleosidade, tornando-a mais seca e suscetível a lesões. Também há uma diminuição da elasticidade e do colágeno, o que provoca o surgimento de rugas. Com a idade, a pele passa a ser mais pálida e fria, isso devido a redução dos vasos sanguíneos. Os cabelos perdem a tonalidade, tornando-se brancos, e o volume diminui. Os pelos corporais tendem a cair. A composição corporal é reduzida, visto que as células, água, músculos e gordura diminuem com o envelhecimento. Por fim, há alteração na altura do indivíduo, que passa a diminuir devido ao encurtamento dos espaços entre as vértebras da coluna (PAPALIA E FELDMAN, 2013; PEREIRA, 2016).

No que diz respeito às alterações biológicas, ressalta-se que há uma variabilidade entre os idosos, isto porque as mudanças e perdas podem ocorrer em maior amplitude em alguns indivíduos e em menor intensidade em outros (PAPALIA E FELDMAN, 2013). No envelhecimento, todos os sistemas do corpo humano passam por perdas (VEIGA, 2016). Em contrapartida, Papalia e Feldman (2013) enfatizam que a maioria dos idosos saudáveis sofrem alterações sutis no funcionamento do organismo, não comprometendo o desempenho de suas atividades.

Especificamente, no sistema cardiovascular, há uma lentificação no ritmo dos batimentos cardíacos, um aumento morfológico e redução celular. Algumas partes são mais afetadas, enquanto outras permanecem em sua forma e função (PAPALIA E FELDMAN, 2013; PEREIRA, 2016). De acordo com Neto e Helber (2016), ao envelhecer, a probabilidade de doenças cardiovasculares aumenta devido as modificações que são provocadas na estrutura cardíaca, ainda mais quando somadas a outros fatores de risco. Essas modificações também comprometem o aspecto funcional, interferindo na realização de atividades que necessitam de um maior esforço físico. Por fim, o sedentarismo, que é frequente com o passar da idade, configura-se como um dos principais fatores que contribuem para o envelhecimento cardiovascular.

O sistema respiratório permanece executando suas funções no decorrer do envelhecimento, passando por um contínuo e lento processo de perdas. Devido às modificações que ocorrem em sua estrutura, como a perda de massa dos músculos associados à respiração, a capacidade funcional do sistema respiratório diminui, aumentando o risco de doenças pulmonares. Associado a essas modificações, estilo

de vida, poluição e outras doenças também tornam o idoso mais vulnerável ao adoecimento (PEREIRA, 2016; GORZONI, 2016).

Com o envelhecimento, a capacidade do sistema imunológico do idoso fica comprometida, deixando-o mais exposto ao acometimento por doenças e infecções, podendo aumentar o risco de mortalidade por tais condições. Estressores físicos e emocionais comprometem ainda mais o desempenho deste sistema (VEIGA, 2016).

No envelhecimento, o sistema nervoso do idoso também sofre alterações. Há diminuição de neurônios e das sinapses nervosas, devido a fatores externos e internos do indivíduo (PEREIRA, 2016; CANÇADO, ALANIS E HORTA, 2016). O peso cerebral diminui ao envelhecer, mas tal fator não resulta em implicações no funcionamento. As alterações na maioria dos idosos são tênues, mas considerando a heterogeneidade da população idosa, os efeitos das modificações no sistema nervoso variam, podendo ser menos comprometedores em alguns idosos e mais significativos em outros (PAPALIA E FELDMAN, 2013; CANÇADO, ALANIS E HORTA, 2016). Ainda, diante das perdas cerebrais que ocorrem ao longo da vida, destaca-se a capacidade compensatória do sistema nervoso, que encontra outras formas para corrigir os danos e manter seu funcionamento (PEREIRA, 2016; PAPALIA E FELDMAN, 2013; CANÇADO, ALANIS E HORTA, 2016). A compensação das perdas ocorre através da neurogênese e da neuroplasticidade, sendo a primeira capaz de produzir novos neurônios e a segunda capaz de gerar novas conexões cerebrais. Enfatiza-se que tais processos ocorrem com maior frequência quando o cérebro do idoso é estimulado (KONFLANZ, COSTA E MENDES, 2016).

As características psicológicas são definidas por aspectos cognitivos, emocionais e adaptativos. A respeito da cognição, Canineu, Samara e Stella (2016), mencionam que há um declínio progressivo na cognição do idoso. Algumas funções são mais afetadas que outras, sendo a memória mais comprometida (CANÇADO, ALANIS E HORTA, 2016). De acordo com Pereira (2016), a velocidade de processamento, função executiva, atenção, concentração e resolução de problemas têm suas capacidades reduzidas ao envelhecer. Vale ressaltar que as causas do declínio cognitivo no idoso são múltiplas, podendo estar associadas a fatores comportamentais, psicológicos e sociais, bem como pelo desuso e pelo acometimento por doenças (OMS, 2005). Portanto, são as características individuais do idoso que determinam o início e o avanço do declínio cognitivo (FECHINE E TROMPIERI, 2013). Papalia e Feldman (2013) acrescentam que maiores ocorrências de alterações

cerebrais no processo de envelhecimento aumentam a probabilidade de perdas cognitivas.

Konflanz, Da Costa e Mendes (2017), explicam que as experiências que o idoso adquiriu ao longo de sua vida irão influenciar na vivência da terceira idade. A OMS (2005), acrescenta que a capacidade de adaptação às adversidades do envelhecimento e a autoeficácia do idoso, também irão interferir em sua experiência.

O idoso encontra recursos para se adaptar ao envelhecimento, sendo este um fator de proteção (SCHENEIDER E IRIGARAY, 2008). Dentre eles, destaca-se a resiliência, que promove a adaptação ao envelhecimento e às adversidades. Fontes (2016) acrescenta, que a resiliência psicológica como estratégia de enfrentamento, possibilita regulação das emoções do idoso.

De acordo com Fontes (2016), em virtude da habilidade adaptativa, o idoso torna-se menos vulnerável emocionalmente. Na velhice, as emoções negativas e de alta intensidade são menos vivenciadas, enquanto afetos positivos são mais frequentes e expressos de forma mais amena (BATISTONI, 2016).

A regulação emocional é considerada um dos maiores ganhos no envelhecimento, visto que os idosos relatam lidar com as emoções de forma mais efetiva na velhice, em comparação com outras fases de suas vidas, sendo este um recurso que visa o próprio bem-estar (BATISTONI, 2016).

Portanto, afirma-se que no processo de envelhecimento, a experiência, expressão e regulação das emoções permanecem eficientes, mantendo sua funcionalidade e gerando ganhos na experiência desta fase da vida. Sendo assim, apesar da adaptação ao envelhecimento ser complexa, os idosos têm mostrado satisfação, atravessando esse processo com prevalência de afetos positivos (BATISTONI, 2016).

Em resumo, os indivíduos mais velhos possuem capacidade para enfrentar os eventos estressores que são característicos do processo de envelhecimento, conservando seu bem-estar e saúde. Por outro lado, quando há uma má adaptação e poucos recursos para enfrentar esses eventos, o idoso pode vir a apresentar problemas emocionais, como sintomas ansiosos e depressivos (FERREIRA E BATISTONI, 2016; NARDI, GRASSI-OLIVEIRA E PÁDUA, 2016). A depressão é a psicopatologia mais comum nesta faixa etária, podendo ser provocada por fatores genéticos, biológicos, ambientais, eventos estressores, uso de medicamentos, abuso de álcool, entre outros (FRANK E RODRIGUES, 2016).

A respeito da dimensão social que influencia o envelhecimento, enfatiza-se que a experiência deste processo também depende da sociedade na qual o indivíduo está inserido. Atualmente, a sociedade tende a valorizar as gerações mais jovens e rejeitar os mais idosos, o que torna a inclusão social mais dificultosa para eles (NETTO, 2016).

De acordo com Zimerman (2000), a crise de identidade (e com ela a diminuição da autoestima), mudança de papéis (exigindo do idoso adaptação às novas configurações sociais), a aposentadoria, as perdas (sejam financeiras, dos amigos e familiares idosos, da autonomia e independência) e o isolamento social, são consequências do processo de envelhecimento, alterando a posição e relações sociais do idoso.

Através de uma análise pela abordagem cognitivo-comportamental, compreende-se que o processo de envelhecimento é uma interação entre o idoso e o ambiente. Ao analisar esta relação, é possível perceber se o funcionamento do idoso é disfuncional, o que pode vir a comprometer a forma como ele experiencia a velhice (OLIVEIRA, 2012).

De acordo com Beck (2014), o modo como o indivíduo percebe os eventos que vivencia, a partir de suas cognições, interfere em suas reações emocionais, comportamentais e fisiológicas. Portanto, uma mesma situação vivenciada por várias pessoas resultará em diferentes experiências, devido a interpretação que cada indivíduo faz de suas vivências, gerando respostas individuais.

Considerando o modelo cognitivo-comportamental mencionado acima, as alterações apresentadas no decorrer do texto e as características individuais, compreende-se o caráter complexo e multidimensional do envelhecimento, sendo este experienciado de diferentes maneiras por cada idoso (SCHENEIDER E IRIGARAY, 2008).

2. ANÁLISE DAS CRENÇAS SOBRE O ENVELHECIMENTO

As teorias cognitivo-comportamentais têm o processamento cognitivo como aspecto fundamental para a compreensão do funcionamento humano. Isto porque é no nível cognitivo que o indivíduo interpreta as situações vivenciadas, e partir disso apresenta reações emocionais, comportamentais e fisiológicas (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008).

Beck (2014) explica que o que determina a forma como uma pessoa se sente e se comporta, é a interpretação que ela faz do evento. Portanto, as reações humanas não são determinadas pela situação real, mas pela percepção. Isto explica o fato das pessoas experienciarem um mesmo evento de maneiras diferentes ou quando uma pessoa reage de forma distinta ao vivenciar a mesma situação em um outro período (PEREIRA E RANGÉ, 2011).

A interpretação dos eventos e das informações vindas do ambiente ocorre em três níveis cognitivos. Os pensamentos automáticos se encontram em um nível pré-consciente, na superficialidade da cognição (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008). Assim, são acessíveis a consciência, mas não são racionalmente analisados e avaliados, por isso podem ser considerados como verdadeiros sem questionamento. São emitidos de forma rápida e espontânea quando o indivíduo se depara com alguma situação ou relembra o que já foi vivenciado. Esses pensamentos são acompanhados de emoções e comportamentos (BECK, 2014).

No segundo nível encontram-se as crenças intermediárias, localizadas fora da consciência (CALLEGARO, 2011). Configuram-se como estratégias para lidar com as ideias absolutas, por isso surgem como atitudes, regras e pressupostos (PEREIRA E RANGÉ, 2011). Essas crenças determinam a forma como o indivíduo interpreta as situações, gerando também respostas emocionais e comportamentais (BECK, 2014).

No terceiro e último nível cognitivo estão as crenças nucleares. Constituem-se como as cognições mais importantes, pois é através delas que os outros níveis cognitivos se desenvolvem (BECK, 2014). As crenças nucleares se estabelecem de forma profunda, duradoura e não consciente, sendo de difícil acesso (CALLEGARO, 2011). São construídas ao longo da infância e da adolescência, através das experiências vividas, aprendizagens, modelos, frustrações e conquistas (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008). Com estas experiências, o indivíduo elabora ideias sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o mundo (BECK, 2014), que por estarem em um nível cognitivo não consciente, são percebidas como verdades incontestáveis (CALLEGARO, 2011). Segundo Beck (2014, p. 58): “elas são globais, rígidas e supergeneralizadas”. Estas crenças são reforçadas ao longo da vida e determinam o funcionamento psicológico do indivíduo (KNAPP, 2004).

Assim, as crenças passam a atuar como filtros, uma vez que a interpretação que o indivíduo dá aos eventos ocorre por meio do processamento, seleção, filtragem e codificação das informações, com base em seus princípios (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008). Ou seja, a forma como o indivíduo compreende as situações está sempre associada às suas crenças nucleares (KNAPP, 2004).

As crenças nucleares podem ser identificadas como funcionais ou disfuncionais. São ideias absolutas que permanecem inativas e são ativadas a partir de uma situação vivenciada, provocando consequências. Essas consequências podem ser adaptativas configurando a presença de crenças funcionais, ou desadaptativas, o que estabelece uma crença disfuncional (CALLEGARO, 2011).

Quando a crença é ativada de forma disfuncional, o processamento de informações passa a selecionar apenas os dados que confirmam a crença, ignorando as evidências da realidade. Este processo errôneo de interpretação se dá pelas distorções cognitivas, que por sua vez, influenciam na percepção do indivíduo, provocando avaliações equivocadas (KNAPP, 2004). As distorções cognitivas caracterizam-se em seis tipos, sendo elas a abstração seletiva, inferência arbitrária, supergeneralização, maximização ou minimização, personalização e pensamento absolutista (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008). Por não estarem em consonância com a realidade, estes erros cognitivos geram prejuízos psicológicos ao indivíduo (DUARTE, NUNES E KRISTENSEN, 2008), fazendo com que as crenças disfuncionais sejam reforçadas quando acionadas. Com isso, passam a influenciar os outros níveis cognitivos, gerando uma produção de pensamentos automáticos negativos e, conseqüentemente, emoções e comportamentos desagradáveis (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008).

O processo de envelhecimento está associado a uma variedade de crenças. Através de um estudo realizado por Vieira e Lima (2015), foram encontrados dados de que a sociedade possui predominantemente crenças negativas sobre os idosos. Estas crenças revelam que as pessoas associam os idosos a estereótipos de incompetência e baixa sociabilidade, considerando-os como inúteis, frágeis, doentes, excluídos, desvalorizados, dependentes, entre outros. Os aspectos positivos estariam, em geral, relacionados à experiência, sabedoria e maturidade.

Dados encontrados por Torres et al. (2015), apontam que a sociedade atribui ao envelhecimento perdas e ganhos, mas as características negativas são consideradas como predominantes nesta fase da vida, inclusive pelos próprios idosos.

Segundo Nascimento e Banhato (2016), o envelhecimento por um longo período foi considerado apenas com base nas perdas e declínios provindos desta fase. Mesmo com o avanço de métodos que permitiram maiores cuidados com a saúde e doenças, esta fase da vida ainda é socialmente considerada como ruim (SCHNEIDER E IRIGARAY, 2008).

Schneider e Irigaray (2008) explicam que esta visão negativa da velhice foi construída no decorrer dos séculos pela sociedade, através dos seus valores e acontecimentos históricos. Um dos fatores que influenciaram esta percepção é que existe uma concepção social de que o que é velho deve ser substituído e descartado, devido à valorização da juventude e do mercado baseado no consumo do novo. Além disso, há um enaltecimento da produtividade, beleza e autonomia. “Assim, ‘ser velho’ assume uma conotação negativa, remetendo à perda de atributos tão valorizados pelo meio social e, simultaneamente, pelo próprio idoso [...]” (SCHNEIDER E IRIGARAY, 2008, P. 587).

Outros fatores que contribuíram para disseminação da concepção atual da velhice, são o desenvolvimento da medicina especializada no envelhecimento e a instauração da aposentadoria (SILVA, 2008). Justo e Rozendo (2010), acrescentam que a instituição do Estatuto do Idoso no Brasil, tendo como objetivo a garantia dos direitos dos idosos, acabou apresentando-os como seres frágeis e dependentes, colaborando para a confirmação dos estereótipos sociais que consideram o idoso como inferior e demandante de cuidados.

Todo este processo social contribuiu para que a sociedade construísse as crenças de que os idosos são doentes, dependentes, incapazes, infelizes, sozinhos, improdutivos etc. Estas crenças são reafirmadas pelos acontecimentos inerentes ao envelhecimento como, por exemplo, a perda do cônjuge e amigos idosos, aposentadoria e estado de saúde (NARDI E OLIVEIRA, 2011).

Estas crenças carregadas de preconceitos e estereótipos sobre o processo de envelhecimento, com frequência são internalizadas pelos próprios idosos (FONTES,

2016). Desse modo, passam a gerar prejuízos no bem-estar, na qualidade de vida, autoestima e na saúde do idoso (PASCHOAL, 2016).

Conforme apontado por Paschoal (2016), as crenças negativas podem levar o idoso a recusar o processo de envelhecimento ou descuidar de suas necessidades. Assim, ele pode desconsiderar sintomas e doenças, por acreditar que são consequências da idade e por isso são normais. Pelo mesmo motivo, os próprios profissionais da saúde podem vir a negligenciar as queixas dos idosos, comprometendo a saúde física e mental. Um exemplo disso é que frequentemente a depressão na terceira idade é desconhecida, como consequência da crença de que o idoso é comumente triste, e com isso o tratamento não é realizado.

Dentre as consequências destas crenças, está a dificuldade de identificação com o grupo, por isso as pessoas idosas não se reconhecem como tal, e os indivíduos mais jovens temem o envelhecimento (SCHENEIDER E IRIGARAY, 2008). Além do mais, há a exclusão da sociedade, dificuldades na inserção profissional e carência de práticas públicas voltadas à terceira idade (VIEIRA E LIMA, 2015).

Sendo assim, Argimon e Cerutti (2016) esclarecem que este contexto exige que o idoso desenvolva recursos para enfrentar o processo de envelhecimento e vivenciá-lo com qualidade de vida. Entretanto, muitas vezes há uma dificuldade para isso, pois crenças disfuncionais a respeito do envelhecer podem interferir. Os autores explicam que esta situação ocorre na depressão na terceira idade, visto que crenças disfuncionais como “estou atrapalhando; devo aceitar o comportamento para não parecer desagradável” (ARGIMON E CERUTTI, 2016, P. 165) atuam impedindo o enfrentamento da situação.

Nardi e Oliveira (2011) acrescentam que as perdas, tanto no sentido da saúde quando no âmbito social, e as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, geram distorções cognitivas. Sendo assim, a dificuldade de adaptação a tais eventos pode estar associada a crenças disfuncionais comuns no envelhecimento.

A Terapia Racional Emotiva-Comportamental (TREC) apresenta uma nomenclatura diferente para as crenças disfuncionais. Esta abordagem compreende que as emoções são definidas pelas cognições. Sendo assim, a presença de pensamentos irracionais provoca perturbações emocionais (DELGADO, 2019).

Segundo Oliveira e Justo (2019, p. 115) “O paciente idoso, assim como pacientes jovens, também mantém uma tendência à irracionalidade, que pode levar a uma possível perturbação emocional [...]”.

Na TREC, as crenças são distinguidas em racionais e irracionais. Segundo Dryden e Ellis (2006), as crenças racionais são ideais verdadeiras que o indivíduo possui sobre si, as outras pessoas e o mundo. Ou seja, são lógicas e estão de acordo com a realidade. Estas crenças são funcionais e dão possibilidade a realização dos objetivos e pretensões do sujeito, oferecendo estabilidade emocional. Já as crenças do tipo irracional, são ideias inflexíveis, absolutas e incoerentes com a realidade. Desta forma, geram vulnerabilidades comportamentais e emocionais, a partir do momento em que impedem o indivíduo de conquistar seus objetivos.

Ellis (1999, apud Oliveira e Justo, 2019, p. 116, quadro 5.2) propôs que os idosos possuem em comum algumas crenças irracionais, e são classificadas em três tipos. O primeiro tipo são as crenças irracionais de desqualificação global de valor, como a crença “1. Eu deveria fazer as coisas tão bem quanto antes, quando eu era mais jovem e capaz, caso contrário sou uma pessoa incapaz [...]” (ELLIS, 1999, APUD OLIVEIRA E JUSTO, 2019, P. 116, QUADRO 5.2). O segundo tipo são as crenças irracionais de baixa tolerância à frustração, tendo como exemplo a crença “1. As condições da minha vida devem ser tão boas quanto antes, é horrível, não suporto quando elas não são [...]” (ELLIS, 1999, APUD OLIVEIRA E JUSTO, 2019, P. 116, QUADRO 5.2). As crenças do terceiro tipo classificam-se em crenças irracionais de avaliação global do outro (levam à hostilidade), como a crença “1. As outras pessoas deveriam me tratar com gentileza e justiça, especialmente por causa da minha idade e das minhas limitações e deficiências. Quando eles me tratam de maneira mesquinha, eles são pessoas más [...]” (ELLIS, 1999, APUD OLIVEIRA E JUSTO, 2019, P. 116, QUADRO 5.2).

Falcone, Krieger e Plácido (2016), explicam que os eventos estressantes e mudanças decorrentes do envelhecimento, podem ativar as cognições disfuncionais. Desta forma, o idoso tende a interpretar as situações através de uma perspectiva negativa, além de concentrar-se nas perdas e impossibilidades da velhice, podendo comparar esta fase da vida com a juventude, o que resultará em preocupações e vitimização.

Diante dos dados apresentados, Argimon e Cerutti (2016) enfatizam a importância da psicoterapia para o idoso com base na abordagem Cognitivo-Comportamental, possibilitando ao indivíduo conviver com as dificuldades da velhice e reestruturar suas crenças disfuncionais, para que assim compreenda o envelhecimento como uma fase inerente ao desenvolvimento humano. Barreto e Machado (2021) concluem que a alteração da percepção negativa que o idoso tem do envelhecimento, permite que ele compreenda que a juventude não é uma condição para a felicidade e, a partir de então, passe a considerar o envelhecimento através de uma nova perspectiva e procure vivenciá-lo de forma positiva.

3. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM IDOSOS

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) originou-se através da Terapia Cognitiva, elaborada em 1960 por Aaron T. Beck. Ao longo dos anos outros autores seguiram esta abordagem e fizeram novas modificações, e com isso a TCC ganhou diversas ramificações. Foram feitas adaptações para diferentes públicos de variadas idades, considerando a heterogeneidade cultural, educacional e financeira. Além disso, esta terapia foi adequada para trabalhar com a multiplicidade de transtornos mentais e questões psicológicas (BECK, 2014).

Mesmo com as modificações que ocorreram, todas as vertentes da TCC têm como base o modelo cognitivo, que foi apresentado anteriormente, e compartilham princípios básicos, sendo estes responsáveis por caracterizar e diferenciar este formato de psicoterapia (BECK, 2014).

As características centrais da TCC configuram-se em:

- Cada paciente possui uma conceituação individual, possibilitando a compreensão do seu funcionamento psicológico e a definição de um tratamento específico para os seus problemas (BECK, 2014).
- A relação terapêutica é primordial para a efetividade da terapia. Deve ser baseada em um empirismo colaborativo, no qual paciente e terapeuta trabalham ativamente na identificação e solução dos problemas (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008). Além do mais, o terapeuta deve intervir com empatia, demonstrando de forma genuína a relevância do que é apresentado pelo seu paciente (OLIVEIRA, 2012).

- Outro fator específico da TCC, é o caráter diretivo, estruturado e de curto prazo, sendo que o objetivo é realizar uma terapia com período limitado, em que as sessões sigam uma estrutura e o trabalho seja focado no problema presente (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008).
- Além do que foi apresentado, ressalta-se o aspecto educativo desta abordagem, que através da técnica de psicoeducação, visa promover aprendizagens para que o paciente tenha condições de ser o seu próprio terapeuta, prevenindo também a recaída ao final do processo (WRIGHT BASCO E THASE, 2008; BECK, 2014).
- Por fim, dentre os princípios básicos da TCC, encontra-se o seu maior foco, que é a identificação e modificação dos pensamentos e crenças disfuncionais, bem como das emoções e comportamentos desadaptativos, através da utilização de técnicas para reestruturação cognitiva e métodos comportamentais (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008; BECK, 2014). A partir disso, crenças funcionais são desenvolvidas no tratamento, permitindo que o indivíduo passe a interpretar as situações de acordo com a realidade, provocando emoções agradáveis e comportamentos adaptativos (BECK, 2014).

Beck (2014) aponta que a TCC é cada vez mais reconhecida, isto por apresentar resultados baseados em evidências, que foram comprovados cientificamente através de pesquisas relevantes, além de poder ser aplicada em variados públicos e atender diferentes queixas.

No que diz respeito à população idosa, como consequência das crenças negativas sobre o envelhecimento, acreditava-se que a psicoterapia seria ineficaz para este público, devido a crença de uma incapacidade de mudança (NASCIMENTO E BANHATO, 2016). Além disso, os próprios idosos tinham receio em procurar ajuda psicológica, pois antigamente havia um padrão cultural de que os problemas pessoais não deviam ser expostos (OLIVEIRA, 2012).

Entretanto, ao longo dos anos foi comprovada a efetividade do tratamento psicológico para as pessoas idosas, desde que seja adaptado para as necessidades delas (NARDI E OLIVEIRA, 2011). Sendo assim, a Terapia Cognitivo-Comportamental configura-se como uma abordagem eficaz para a psicoterapia com idosos,

apresentando resultados positivos em transtornos como depressão e ansiedade, por exemplo (FERREIRA E BATISTONI, 2016; NARDI, OLIVEIRA E PÁDUA, 2016).

De acordo com o que foi explicado, são necessárias adaptações para que o tratamento seja adequado ao idoso, dando importância às características e necessidades específicas do envelhecimento, considerando também que os transtornos mentais possuem adversidades nesta população (NARDI E OLIVEIRA, 2011).

Sendo assim, alguns fatores devem ser considerados para a aplicação da TCC com pessoas idosas, para que as intervenções, a postura do terapeuta e o setting sejam adaptados. Portanto, as alterações físicas, cognitivas, sociais e psicológicas que o indivíduo apresenta ao envelhecer, e a heterogeneidade deste processo precisam ser levadas em conta (FERREIRA E BATISTONI, 2016).

É preciso verificar se o indivíduo tem dificuldades motoras, de audição ou visão. Além disso, o idoso pode apresentar alterações na memória e lentificação no processo de aprendizagem. Nestes casos, o terapeuta deve adequar a forma de comunicação com o paciente, as atividades utilizadas e o ambiente, a fim de possibilitar que tais dificuldades não sejam impedimentos para o atendimento (OLIVEIRA, 2012; FERREIRA E BATISTONI, 2016).

Em casos de idosos acometidos por patologias que comprometem a capacidade cognitiva e funcional, as famílias e cuidadores devem ser incluídos no tratamento, para que resultados efetivos sejam alcançados (FERREIRA E BATISTONI, 2016).

O reconhecimento de fatores como históricos familiar e de vida, tratamentos realizados, rotina, estado de saúde, papéis sociais, relações interpessoais, crenças de coorte, contexto cultural, como as crenças estereotipadas sobre o envelhecimento, é essencial para o processo terapêutico (FONTES, 2016; OLIVEIRA, 2012).

Além destas adaptações, para que a Terapia Cognitivo-Comportamental com idosos seja bem-sucedida, o terapeuta deve ter competências e habilidades específicas. É necessário que ele tenha compreensão sobre o processo, alterações e patologias presentes no envelhecimento, adquirindo domínio sobre a especialidade da Gerontologia. Além disso, deve ter conhecimento sobre assuntos recorrentes e

particulares da velhice. E por fim, é fundamental que o terapeuta identifique, avalie e modifique suas próprias crenças disfuncionais sobre o envelhecimento (REIS E BARBOSA, 2016).

O primeiro passo para iniciar a prática, é realizar uma avaliação do funcionamento psicológico do indivíduo com o objetivo de identificar suas necessidades e dificuldades, bem como orientar o trabalho a ser realizado (ARGIMON E CERUTTI, 2016).

Posteriormente, são definidos objetivos. A autora Oliveira (2012) pontua que, além do trabalho desempenhado para atender as necessidades específicas de cada indivíduo, a terapia realizada durante o processo de envelhecimento possui alguns objetivos gerais a serem atingidos. Tem-se como objetivo a aceitação do envelhecimento, possibilitando a compreensão desta fase como uma continuidade do desenvolvimento humano. Compreendendo as modificações decorrentes deste estágio da vida, a terapia busca adaptar o idoso a esta situação. Visa-se facilitar a expressão dos sentimentos e habilidade de enfrentamento, através do autoconhecimento. Também se objetiva a reestruturação cognitiva das crenças sobre o envelhecimento, permitindo a superação de ideias estereotipadas, tanto quanto a modificação de comportamentos desadaptativos. Tem-se como foco a promoção da autoestima, do autocuidado, assim como a independência e autonomia da pessoa idosa. Pretende-se suscitar reflexões sobre a finitude, e permitir a atribuição de novos significados às experiências vividas. Por fim, dispõe-se a trabalhar com familiares e cuidadores, oferecendo orientações e facilitando o relacionamento familiar (OLIVEIRA, 2012).

Após ter sido feita a avaliação e os objetivos terem sido definidos, há um planejamento da prática interventiva. Ao longo do tratamento, é realizada a reestruturação cognitiva, com o objetivo de identificar e modificar pensamentos e crenças disfuncionais, para que através da alteração das crenças o indivíduo passe a interpretar os eventos de forma adaptativa, com base na realidade (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008). Barreto e Machado (2021), explicam que as técnicas de reestruturação cognitiva e mudança dos pensamentos são essenciais na TCC com idosos, pois modificando as crenças negativas sobre o envelhecimento o indivíduo passa a experienciar esta fase de forma mais adaptativa.

Considerando a relação entre cognição e comportamento, são utilizados métodos comportamentais com o objetivo de modificar padrões desadaptativos, possibilitar o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e diminuir emoções desagradáveis (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008). Segundo Argimon e Cerutti (2016), a TCC trabalha com as habilidades e acertos dos pacientes, para que sejam desenvolvidos e utilizados como estratégias de enfrentamento aos eventos estressantes. Desta forma, visa desenvolver no idoso habilidades de regulação emocional e resolução de problemas, recursos para enfrentar as perdas e mudanças do envelhecimento e comportamentos adaptativos para lidar com as situações, possibilitando que a velhice seja encarada de maneira mais adaptativa (FONTES, 2016).

Para exemplificar esta prática, apresenta-se o modelo de intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental com idosos depressivos. Os autores Ferreira e Batistoni (2016), apresentaram e fizeram novas considerações sobre este tratamento, que foi elaborado por Gallagher-Thompson e Thompson (2010, apud Ferreira e Batistoni, 2016).

O processo é composto por três fases. A primeira fase inicia-se com a avaliação, em que é feita uma investigação de como este idoso está emocionalmente, cognitivamente e funcionalmente. Para isso, são utilizadas entrevistas e instrumentos padronizados como recurso. Após a avaliação, através da técnica de Psicoeducação, o terapeuta apresenta o modelo cognitivo-comportamental e informações sobre o desenvolvimento do processo de psicoterapia. Esta etapa é importante para o envolvimento do paciente no tratamento e estabelecimento do vínculo terapêutico. Ainda nesta fase inicial, as queixas devem ser levantadas e, com isso, objetivos do tratamento devem ser definidos. Com base nesta primeira etapa, o terapeuta deve elaborar a conceituação do caso, identificando as queixas e as cognições, emoções e comportamentos associados a elas (FERREIRA E BATISTONI, 2016).

Feito isso, institui-se a etapa intermediária. De acordo com Ferreira e Batistoni (2016, p. 274) “O principal objetivo desta fase é desenvolver as habilidades cognitivas e comportamentais necessárias para que o cliente atinja seus objetivos”. Esta é a etapa mais extensa do tratamento, e sua estrutura deve ser definida a partir das necessidades e características de cada idoso (GALLAGHER-THOMPSON E

THOMPSON, 2010 APUD FERREIRA E BATISTONI, 2016). Em geral, são utilizados métodos comportamentais, como técnicas que objetivam a identificação e o planejamento de atividades prazerosas para o idoso deprimido, além das estratégias para resolução de problemas, visando possibilitar a superação das dificuldades. Os recursos cognitivos dedicam-se à identificação e modificação dos pensamentos disfuncionais, através da reestruturação cognitiva, assim como técnicas para registrar e bloquear os pensamentos. Também são utilizadas estratégias emocionais, como técnicas de relaxamento e manejo das emoções (FERREIRA E BATISTONI, 2016).

Ademais, objetiva-se trabalhar com a comunicação do idoso, visando melhorias nas relações interpessoais, através do desenvolvimento de habilidades sociais, exercícios para um comportamento assertivo e Role Playing, preparando o idoso para as situações reais da vida. Em todos os aspectos trabalhados, tarefas de casa devem ser estipuladas, pois o treino deve ir para além do ambiente da terapia (FERREIRA E BATISTONI, 2016).

Por fim, é na fase final que o idoso é preparado para o encerramento do tratamento psicológico. Neste momento, o terapeuta deve utilizar técnicas para prevenção de recaída, bem como garantir que as novas habilidades aprendidas permaneçam após a alta do paciente. Desta forma, objetiva-se que o idoso tenha condições de continuar realizando as técnicas aplicadas ao longo tratamento, mas agora sem o auxílio do terapeuta (FERREIRA E BATISTONI, 2016). Gallagher-Thompson e Thompson (2010, apud Ferreira e Batistoni, 2016), apontam que o término deve ocorrer gradualmente, aumentando a distância entre uma sessão e outra, visto que este processo pode ser dificultoso para a pessoa idosa com depressão.

De acordo com as informações apresentadas, compreende-se que através da modificação das cognições, emoções e comportamentos, a TCC dá aos idosos a possibilidade de uma experiência saudável do envelhecimento, permitindo compreendê-lo através de uma perspectiva mais positiva, o que promove a qualidade de vida a pessoa idosa (BARRETO E MACHADO, 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste levantamento bibliográfico constatou-se que o envelhecimento é uma fase do desenvolvimento humano, que ocorre gradualmente ao longo da vida e é vivenciado de modo subjetivo. Devido a diversidade da população idosa, não há um padrão para a ocorrência deste processo, podendo ser experienciado de um modo normal, patológico ou bem-sucedido/saudável. Os idosos incluem-se em um desses grupos com base nos aspectos individuais que irão contribuir para o envelhecimento, visto que este é um processo multidimensional.

Independentemente dos fatores individuais, as alterações são inerentes. Assim como em qualquer outro período da vida, o ser humano está em constante movimento, o que naturalmente provocam mudanças. O que varia é que alguns indivíduos apresentam modificações mais significativas e outros menos, pois são justamente as características singulares do idoso que irão interferir.

Deste modo, compreendeu-se que os aspectos físicos, biológicos e cognitivos passam por alterações, mas a intensidade delas depende do contexto. O aspecto psicológico é influenciado principalmente pela capacidade de adaptação do indivíduo às adversidades do envelhecimento, sendo assim, quanto mais resiliente ele for, melhor será o período da velhice. Já no aspecto social, mudanças significativas ocorrem na vida do idoso, colocando-o em um novo lugar da sociedade e da família, o que também exigirá o recurso adaptativo.

Em todos os sentidos existem fatores agravantes, que podem comprometer e gerar prejuízos na vivência da terceira idade, refletindo na saúde física e mental. Conforme dissertado ao longo do trabalho, as crenças nucleares são o nível mais profundo da cognição humana, e configuram-se como ideias absolutas que o indivíduo possui sobre si, sobre as pessoas e sobre o mundo. Estas crenças atuam como matrizes, e a partir delas as situações vividas são interpretadas. Com isso, são gerados pensamentos e, conseqüentemente, emoções e comportamentos. Portanto, são elas que definem a forma como os indivíduos experienciam os eventos, e podem estar ou não em consonância com a realidade.

Verificou-se que a sociedade possui crenças que definem esta fase da vida como negativa, que também são consideradas pelos próprios idosos. A presença

destas crenças disfuncionais sobre a velhice interfere no uso de recursos adaptativos as adversidades encontradas no envelhecimento. Desta forma, ao perceber as mudanças significativas ao longo do processo, o idoso ativa e reforça as crenças disfuncionais, fazendo com que este estágio da vida seja considerado como negativo e ruim, o que dificulta a capacidade de adaptação provocando outros problemas.

Sendo assim, considerando que este trabalho se propôs a responder se as crenças disfuncionais sobre o envelhecimento interferem na forma como o idoso vivencia a terceira idade, a partir do que foi apresentado acima, considera-se que as crenças disfuncionais possivelmente influenciam e geram prejuízos, o que pode comprometer a velhice.

Com isso, visando reduzir o impacto causado pelo envelhecimento na saúde mental das pessoas idosas, a pesquisa trouxe uma possibilidade de atuação da Psicologia com este público. Configura-se a Terapia Cognitivo-Comportamental uma eficiente alternativa de tratamento psicológico para o idoso.

Esta abordagem possui características que facilitam atingir os principais objetivos terapêuticos com o idoso, além de apresentar flexibilidade para fazer adaptações, visto que a população idosa exige uma condução diferente. As intervenções são feitas com base nas queixas e necessidades do idoso, mas também são atendidas demandas do próprio envelhecimento, com o objetivo de promover uma experiência mais saudável e proveitosa da velhice.

Conclui-se que a prática psicológica, fundamentada no modelo cognitivo, pode dar condições para que o envelhecimento seja encarado e vivenciado por uma perspectiva mais positiva e otimista, proporcionando uma experiência saudável que ofereça ao idoso qualidade de vida, saúde física e mental.

Considerando o crescimento significativo da população idosa no Brasil, se vê a importância de dar visibilidade a esta população. Assim, deixa-se como proposta novas pesquisas, especialmente no estudo das crenças, visto que há o que se investigar sobre este tema, dado que os conhecimentos ainda são escassos. Portanto, ressalta-se a importância de aprimorar a compreensão sobre o envelhecimento, já que os resultados disso serão promissores para a prevenção e promoção de saúde ao idoso.

Em suma, através desta pesquisa foi possível compreender a importância de analisar o envelhecimento em todas as suas esferas, compreendendo o idoso para além das características biológicas e não restringindo este processo a perdas e limitações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. **Revista Longeviver**, p. 5-9, jun. 2019. Disponível em:<<https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/787/842>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

ARGIMON, Irani I. de Lima; CERUTTI, Fernanda. Aplicação da TCC Beckiana para Idosos. In: FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NEUFELD, Carmen Beatriz (Orgs.). **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 155-168.

BARRETO, Cásio Carlos Pereira; MACHADO, Ana Karina da Cruz. **Contribuições da terapia cognitivo comportamental na gerontofobia**. E-book VII CIEH. Campina Grande: Realize Editora, 2021. p. 409-424. Disponível em:<<http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/73912>>. Acesso em: 15 set. 2021.

BATISTONI, Samila Sathler Tavares. Saúde emocional na velhice. In: FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NEUFELD, Carmen Beatriz (Orgs.). **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 353-374.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática** [recurso eletrônico] / Judith S. Beck; tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

CALLEGARO, Marco Montarroyos. O novo inconsciente e a terapia cognitiva. In: RANGÉ, Bernard P. *et al.* **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 82-92.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 203-235.

CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; ALANIS, Laura Magalhães; HORTA, Marcos de Lima. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 515-555.

CANINEU, Paulo Renato; SAMARA, Adriana Bastos; STELLA, Florindo. Transtorno Neurocognitivo Leve. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 585-603.

DELGADO, Natália Ferrero. Bases teóricas, Princípios e conceitos fundamentais. In: P. Lipp, M. E. N., Lopes, T. M. & Spadari, G. F. (Orgs.). **Terapia Racional-Emotiva Comportamental na teoria e na prática clínica**. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora, 2019. p. 13-45.

DRYDEN, Windy; ELLIS, Albert. A Terapia Comportamental Racional-Emotiva. In: DOBSON, Keith S. et al. **Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 229-263.

DUARTE, Aline Loureiro Chaves; NUNES, Maria Lúcia Tiellet; KRISTENSEN, Christian Haag. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, v. 4, n. 1, p. 0-0, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100004. Acesso em: 03 set. 2021.

FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; KRIEGER, Stéphanie; PLÁCIDO, Monique Gomes. Aplicação da TCC de Esquemas com idosos. In: FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NEUFELD, Carmen Beatriz (Orgs.). **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 189-204.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, p. 106-132, 2015. Disponível em: <http://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica----es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

FERREIRA, Heloísa Gonçalves; BATISTONI, Samila Sathler Tavares. Terapia Cognitivo-Comportamental para idosos com depressão. In: FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NEUFELD, Carmen Beatriz (Orgs.). **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 261-285.

FERNANDES-ELOI, Juliana; DIAS, Marina Duarte Ferreira; NUNES, Tainara Rodrigues Teixeira. Percepção da Qualidade de Vida de Idosos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 389-407, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/45549/30098>. Acesso em: 04 mar. 2021.

FRANK, Mônica Hupsel; RODRIGUES, Nezilour Lobato. Depressão, Ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 946-976.

FONTES, Arlete Portella. Desenvolvimento na velhice: fundamentos para psicoterapeutas. In: FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NEUFELD, Carmen Beatriz (Orgs.). **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 26-54.

GORZONI, Milton Luiz. Envelhecimento Pulmonar. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 1568-1570.

JUSTO, José Sterza; ROZENDO, Adriano da Silva. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 471-489, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844632012.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2021.

KNAPP, Paulo. Princípios fundamentais da Terapia Cognitiva. In: KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Artmed Editora, 2004. p. 19-41.

KONFLANZ, Felipe; DA COSTA, Kevin; MENDES, Thais. **A neuropsicologia do envelhecer: as “faltas” e “falhas” do cérebro e do processo cognitivo que podem surgir na velhice**. v. 1103, p. 1-6, 2017. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1103.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2021.

NARDI, Tatiana de Carvalho de; OLIVEIRA, Rodrigo Grassi de. A terapia cognitivo-comportamental e o envelhecimento. In: OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Liana. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 507-520.

NARDI, Tatiana de Carvalho de; GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo; PÁDUA, Analuiza Camazzato de. Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento dos sintomas de ansiedade em idosos. In: FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NEUFELD, Carmen Beatriz (Orgs.). **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 207-230.

NASCIMENTO, Elizabeth do; BANHATO, Eliane Ferreira Carvalho. Avaliação da inteligência e sua contribuição para a Terapia Cognitivo-Comportamental. In: FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NEUFELD, Carmen Beatriz (Orgs.). **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 55-83.

NETO, Abrahão Afiune; HELBER, Izo. Envelhecimento cardiovascular. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 1051-1066.

NETTO, Matheus Papaléo. Estudo da Velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 103-125.

OLIVEIRA, Roseli Lage. Psicoterapia Breve Cognitivo-Comportamental para os idosos. In: LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; YOSHIDA, Elisa Medici Pizão (Orgs.). **Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 218-239.

OLIVEIRA, Roseli Lage; JUSTO, Ana Paula. Terapia Racional-Emotiva Comportamental com Idosos. In: P. Lipp, M. E. N., Lopes, T. M. & Spadari, G. F. (Eds.). **Terapia Racional-Emotiva Comportamental na teoria e na prática clínica**. (pp. 98-136) Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora, 2019. p. 98-135.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth D. **Desenvolvimento humano**. Artmed editora, 2013.

PEREIRA, Melanie; RANGÉ, Bernard P.. Terapia cognitiva. In: RANGÉ, Bernard P. *et al.* **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 20-32.

PEREIRA, Silvia Regina Mendes. Fisiologia do envelhecimento. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 383-414.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 262-278.

REIS, Gabriela de Andrade; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. Competências de Terapeutas Cognitivo-Comportamentais de Idosos. In: FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NEUFELD, Carmen Beatriz (Orgs.). **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. p. 305-325.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2008000400013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 set. 2021.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100009>>. Acesso em: 03 set. 2021.

TORRES, Tatiana de Lucena et al. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3621-3630, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/j/csc/a/zv6MPZmTvygT9vBGsNnBHsB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 set. 2021.

VIEIRA, Rodrigo de Sena. LIMA, Marcus Eugênio Oliveira. Estereótipos sobre os idosos: dissociação entre crenças pessoais e coletivas. **Temas em Psicologia**, p. 947-958, 2015. Disponível em: <<https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7035/2/EstereotiposIdososCrenças.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2021.

VEIGA, Ada Maria Vegas. Imunidade e envelhecimento. In: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia (editores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016. p. 2116-2136.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E.. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008. Tradução Mônica Giglio Armando.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** 2015. Disponível em:< <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2000.