

ENVELHECIMENTO COMO PROCESSO: ASPECTOS RELACIONADOS À GERONTOFOBIA

¹ Marcia Meirelles

¹ Bacharel Psicologia-UNESA ; Pós-Graduada em Gestão em Gerontologia, Saúde Mental e Qualidade de Vida e Gerontologia- FAVENI; Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Clínica-IPCS

Resumo: O presente artigo objetivou investigar o termo gerontofobia enquanto fobia específica e os seus reforçadores sociais e culturais na intenção de articular a Psicologia Social Comunitária (PSC) e a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) como recurso que provoca a autonomia do idoso de forma dualística entre a sua individualidade e a coletividade. Estudos apontam a Terapia Cognitivo Comportamental como método empírico bem-sucedido no tratamento da Fobia Específica. Por ser as crenças irracionais e as distorções cognitivas a base da fobia específica, destaco a Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) por sua eficácia e resultados significativos, que irão repercutir na melhoria da qualidade de vida dos idosos e concomitantemente em todos os sistemas sociais.

Palavras-chave: Gerontofobia, Psicologia Social Comunitária, Terapia Cognitivo Comportamental

Ageing as a Process: Aspects Related to Gerontophobia

Abstract: This article aimed to investigate the term gerontophobia as a specific phobia and its social and cultural reinforcers. With the intention of articulating Community Social Psychology (PSC) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT), as a resource that provokes the autonomy of the elderly in a dualistic way between their individuality and the community. Studies point to Cognitive Behavioral Therapy as a successful empirical method in the treatment of Specific Phobia. Because irrational beliefs and cognitive distortion are the basis of specific phobia, I highlight Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT), for its effectiveness and significant results, which will have an impact on improving the quality of life of the elderly and concomitantly in all social systems.

Keywords: Gerontophobia, Community Social Psychology, Cognitive Behavioral Therapy

E-mail: marcia.meirelles.psicologia@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Segundo Bacelar (1999), o termo Gerontologia, é cunhado por Élie Metchenikoff no ano de 1903 por meio de seus estudos a respeito dos processos fisiológicos, biopsicossociais do envelhecimento. Etimologicamente de formação grega, traz o radical *GÉRON*, significando geronte ou homem velho, e *LOGO*, que significa *estudo*. Dando origem ao termo Estudo do Homem Velho, seguido por Estudo do Idoso e, hoje, sendo tratado por Gerontologia.

Desta forma o presente estudo justifica-se pelo aumento galopante da longevidade apontado por meio de dados censitários no Brasil e na fobia específica tendo por objetivo refletir sobre o aumento de idosos no Brasil e no mundo, as dificuldades de implementação de políticas sociais favoráveis à sua qualidade de vida, ainda tão desqualificada na sociedade, gerando a Gerontofobia, termo até então desconhecido no senso comum e nos manuais de diagnósticos (CID-10 e DSM-5), e a possível condição de aplicação de técnicas de psicoeducação e questionamento socrático como ativadores de reflexões a partir do indivíduo social na possível condição de trabalho social comunitário.

Destaca-se a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) e suas técnicas mesclada à Psicologia Social Comunitária (PSC), doravante todas citadas por suas respectivas siglas como forma de desenvolver autonomia dos Idosos em situação de vulnerabilidade e provocar mudanças sociais na coletividade.

A contribuição da PSC no processo apoia o desenvolvimento de competências individuais e a saúde mental do sujeito e comunidade na qual está inserido (Lane, 1994). Assim, de forma empírica, ganhos poderão ser validados na qualidade de vida dos idosos, na relação com processo de envelhecimento e suas possibilidades na contemporaneidade.

Teóricos da TCC consideram que o medo, embora inato, poderá ser também aprendido com base na teoria do Condicionamento Clássico de Pavlov, do Condicionamento

Operante de Skinner e da modelação de Bandura (PICCOLOTO, PERGHER, & WAINER, 2004).

Lacunas atravessam nossa cultura e construção social, entre a prática e os marcos legais, o que fez surgir a ideia de um projeto de pesquisa de PSC em Gerontologia para a base filosófica da TCC - TREC e suas técnicas científicas no processo de dessensibilização da fobia e manejo da ansiedade advinda do processo de envelhecimento. Um exemplo seria um centro multidisciplinar de atenção primária e pesquisa científica, buscando discutir a população idosa por amostragem e conhecer suas necessidades sócio laborais diante das mudanças psicossociais do idoso na contemporaneidade.

O alvo de análise tratado no presente artigo está na reflexão sobre as questões que envolvem o bem-estar do idoso na sociedade e possíveis práticas como a realização de um projeto multidisciplinar em gerontologia atravessado por um diálogo teórico-prático entre a PSC e a TCC.

Dessa forma, apresenta-se a contribuição da TCC, desfazendo crenças disfuncionais relativas ao envelhecimento, para que o idoso desenvolva maior autonomia, trazendo de forma consciente e realista um sentido crítico e reflexivo de si, do mundo e do outro, tramando de forma dualística sua relação de individualidade e coletividade, provocando uma mudança sociocultural de inclusão diante do enfraquecimento das crenças disfuncionais que alimenta a fobia em questão.

A hipótese elencada é que a aplicação desse projeto promoverá a dessensibilização da Gerontofobia, de forma individual e, ainda, que cada um dos sujeitos, por intermédio da psicoeducação, respeitada a subjetividade de acordo com os recursos de cada indivíduo, replicará estratégias desenvolvidas por meio da potencialização de seus repertórios de habilidades psicossociais, que o capacitarão para modificar a forma distorcida de a comunidade na qual está inserido relacionar-se com a gerontologia. Promovendo uma transformação social.

A Constituição de 1988, em seu artigo 1º, inciso III, e artigo 3º, determina objetivos fundamentais na promoção do bem-estar de todos, sem preconceito ou discriminação em face da idade do cidadão, seguida da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, do Sistema Único de Saúde, garantindo a integralidade da assistência.

No Pacto pela Vida, a saúde do idoso torna-se uma das seis prioridades do Ministério da Saúde, agregando medidas coletivas e individuais seguindo as diretrizes do SUS na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

Em 2012, a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica – SUS, que, no âmbito da atenção primária, estará no primeiro nível de atenção à saúde (individual e coletiva), promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e redução de danos com o intuito de manutenção da saúde, tendo por objetivo desenvolver a integralidade do sujeito e o impacto positivo na situação da saúde coletiva.

A pesquisa assume-se como bibliográfica, sendo descritiva ao expor as características da população idosa e o seu fenômeno social. Fazendo uso de dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em sua última versão e atualização de uma projeção da população idosa em 2018; de pesquisa do Instituto Qualibest, que, após contato via e-mail, foi direcionada aos Laboratórios Pfizer Ltda. – por se tratar de pesquisa encomendada –, que, via e-mail, após alguns contatos, me cedeu acesso aos dados do levantamento após elucidação do objetivo da pesquisa que trata este trabalho, e, conseqüente, de material já publicado, constituído principalmente em sites científicos, tais como: Scielo, Bireme, Pubmed, Medline, Domínio Público. O termo Gerontofobia traz apenas um autor brasileiro, havendo necessidade de literatura em outros países.

Mediante reflexões apresentadas sobre o tema em questão, o presente artigo tem como objetivo principal investigar de que forma a aplicação de um projeto multidisciplinar de PSC em Gerontologia poderá ter por base teórica e empírica a TCC no manejo da

Gerontofobia. E, para isso, fez-se necessário compreender a etimologicamente o termo Gerontofobia, os aspectos demográficos e epidemiológicos do idoso, a epistemologia da Fobia Específica, os aspectos fenomenológicos da PSC, assim como da TCC e a sua efetividade, analisando projetos que tenham por objetivo final a melhora da qualidade de vida dos idosos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Idoso no Brasil

A partir da segunda metade dos anos 40, o envelhecimento da população tem sido um fenômeno mundial decorrente da queda da mortalidade, garantido por inúmeras variáveis interligadas, principalmente, à atenção primária e ao avanço da científico, relacionados aos investimentos desde os anos 60, possibilitando a prevenção ou a cura de algumas das enfermidades. Estima-se que nos próximos 20 anos a população idosa ultrapasse 30 milhões de pessoas, representando 13% de população (IBGE, 2002) – números que apontam uma importantíssima questão social: a mudança sócio laboral no perfil populacional e a precariedade das Políticas Públicas como reforçadores da Gerontofobia. Trazendo um aumento representativo de envelhecimento populacional, concluindo que passaremos a ocupar, no ano de 2050, na relação de 100 crianças a 172,7 idosos, a oitava posição entre os países mais populosos do mundo (VASCONCELOS, 2010). Atualizando essa projeção em 2018, indicando que, no ano de 2043, um quarto da população terá mais de 60 anos, desacelerando o crescimento, aumentando ainda mais o envelhecimento populacional e apontando que o índice de envelhecimento de 43,19 no ano

de 2018 chega a 173,47% no ano de 2060¹, crescimento populacional que tem gerado mudanças sociais desde o setor econômico, sistemas e serviços de saúde às relações familiares.

Nos anos 70, o fenômeno da terceira idade tomou força no Brasil com a migração de muitas famílias para os centros urbanos, surgindo, então, novas necessidades de adaptação e estrutura familiar. Com a diminuição do número de filhos e a expansão do critério etário, passou-se a elevar a expectativa de vida, tendo provocado maiores demandas sociais e econômicas tirando o idoso do lugar de essencialidade na estrutura social para o de desamparado (MIRANDA, MENDES, & SILVA, 2016).

2.2. Compreendendo o Processo de Formação da Gerontofobia

O envelhecimento, atravessado por fatores genéticos, biológicos e psicossociais, é um processo dinâmico e irreversível desde o nascimento até o final do ciclo vital (COSCO et al., 2014).

Em Cerqueira (2010), existem relatos de que o idadismo era amplamente utilizado como representação negativa quanto ao envelhecimento e ao terror discriminatório do envelhecer. E em publicação de Negredo e Fuentes (2010), o termo está vinculado a estereótipos e discriminações impróprias aplicadas ao idoso de idade avançada, especialmente em caso de doentes e deprimidos.

Segundo Marco e Delgado (2005), o termo velhismo é como um pilar para atribuições negativas e discriminatórias ao idoso, blindando como uma membrana hipotética os mais jovens. Sendo estabelecido um critério homogêneo generalizando o idoso de forma negativa, mas que pesquisas demonstram que a heterogeneidade é mais ampla na idade

¹ <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>

avançada que em qualquer outra faixa etária. Há, então, uma analogia unívoca entre os termos idadeísmo, velhismo e gerontofobia por se tratar de uma relação fóbica com o processo de envelhecimento, embora não haja clareza definida do constructo. No que concerne à etimologia, gerontofobia é o termo que melhor se enquadra no que se refere diretamente ao radical grego *GERÒN*, geronte, e *PHÓBOS*, fobia.

Trazendo pressupostos ao conceito, para Pinto (2008), a gerontofobia trata-se de medo desproporcional, repulsivo e persistente do processo de envelhecimento, desencadeando terror ao processo, podendo estar implicado ao sujeito a respeito de seu próprio processo de envelhecimento, a outro sujeito ou situação fóbica.

Schneider e Irigaray (2008) apontam que o processo de envelhecimento é determinado por um conjunto de fatores como: a autonomia e a expectativa de futuro dentro do contexto social, atravessados pela cultura. E que, diante de tantos recursos para prevenir e retardar doenças, a velhice ainda está fortemente associada à emoção negativa (irracional), sendo temida e encarada como uma etapa detestável da vida, não importando o quanto de idade o sujeito tem, mas como ele se relaciona com seus anos vividos, com o outro e com a sociedade.

Para Manhães e Maciel (2018), a Gerontofobia poderá se relacionar a fatores de vulnerabilidade do sujeito, como: falta de recurso cognitivos e físicos, perda de comboio social, solidão etc., por associação, sendo esses fatores gatilhos provedores da insegurança e provocadores de alto grau de ansiedade. Sendo, ainda, configurado como evento recorrente do cotidiano desses sujeitos guardada a singularidade do caso a caso e o repertório de enfrentamento.

Embora não possua classificação no DSM-5 e no CID-10, é possível perceber a Gerontofobia no comportamento fóbico do sujeito. Por atender aos critérios da Fobia Específica, como medo acentuado acerca de situação ou objeto, provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade, evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento,

sendo desproporcional sua relação de perigo real pelo objeto, situação e contexto sociocultural, com durabilidade mínima de seis meses, trazendo prejuízo no funcionamento social e amplo do sujeito, não estando relacionada a outros transtornos incapacitantes, podendo, de acordo com a OMS (1993), ter comorbidade com ansiedade antecipatória, sintomas físicos e levando o sujeito a esquiva ou fuga (LOTUFO NETO, 2011).

Segundo Berger e Mailloux-Pairier (2005), o processo de envelhecimento traz uma gama de mudanças que afetam o comportamento, mas que é um processo natural, não estando vinculado a doenças. Em pesquisa feita no ano de 2008, verifica-se que 63% dos entrevistados relataram que o medo de envelhecer estava vinculado ao sentimento de angústia, à morte, à solidão, ao abandono e à possível institucionalização por conta das mudanças incontrolláveis e perda de sua autonomia. Estudos epidemiológicos com pessoas entre 55 e 85 anos validam que 11,6% dos testados apresentam transtorno de ansiedade, sendo maior a prevalência da fobia específica, seguida pela fobia social (BYERS et al. 2010).

De acordo com a pesquisa “Envelhecer sem Vergonha, qualidade de vida não tem idade” (2015)², 90% dos brasileiros têm medo de envelhecer. Dados validados por meio de um inédito levantamento desenvolvido pelo Instituto QualiBest (2014-2015), a pedido da Pfizer, que teve amostra de 989 pessoas, de todas as regiões do Brasil, com idade variando de 18 até mais de 61 anos, apontam que, em âmbito geral, somente nove por cento dos entrevistados não têm medo algum em relação à velhice e um por cento não soube responder. Também mostram a existência estigmas estereotipando a velhice atravessados pela cultura brasileira, sendo citado que 57% dos entrevistados afirmam que pessoas idosas são mais teimosas e outros 33%, que são mais impacientes. O levantamento teve por objetivo detectar os mitos sobre a longevidade em uma sociedade que envelhece em ritmo

² <https://drive.google.com/file/d/1OS90ANnFtiy2B2ZrJgSW9lyqgCswcDRv/view?usp=sharing>

acelerado e, a posteriori, trazer à discussão científica por meio de debates, contribuições para novas reflexões. Concluindo que, embora a maioria dos brasileiros tenha medo de envelhecer, não adota hábitos saudáveis para favorecer sua qualidade de vida.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em sua página, aponta até 10 mitos sobre o envelhecimento como elementos ansiogênicos e geradores do medo de envelhecimento, ou seja, uma representação fantasiosa. Cita que a demência é apontada como parte inevitável do processo de envelhecimento; que após os 50 anos é tarde demais para fazer exercícios; que não existe vida sexual na terceira idade; que envelhecer é deprimente; e que as mulheres são as que mais temem o processo de envelhecimento. O mito surge abrangendo a totalidade que a consciência não apreende, simbolizando a fim de sintetizar as profundezas das aspirações humanas rumo ao absolutismo, necessidade de transcendência e plenitude, sendo uma garantia de justificar questões emocionais, ou seja, atribuindo função ao objeto.

É fundamental respeitar o idoso em sua totalidade, provocando o autocuidado e promovendo sua autonomia, capacitar suas habilidades, desvinculando a velhice da inutilidade. Discorrendo questões sobre sexualidade, lazer, relações familiares, direitos sociais, percebendo esse sujeito repleto de anseios, desejos e necessidades e integrando-o de acordo com a Nova Promoção da Saúde (CARVALHO, 2005).

Para os autores Neugarten e Datan (1974), a aposentadoria está relacionada ao limiar da incapacidade, sendo reforçador do envelhecimento psicológico, também determinado, por meio das mudanças biológicas, por normas e estereótipos sociais.

Estudo realizado por Teixeira (2010) demonstrou a existência de correlações positivas entre a depressão e a solidão e negativas entre a qualidade de vida e as duas anteriores. Validando que algumas variáveis sociodemográficas, como o meio de residência e a satisfação nos combos sociais, influenciam a percepção da solidão, depressão e da qualidade de vida e que a implementação do programa teve efeitos positivos ao nível das

variáveis mencionadas. Concluiu que a implementação desse tipo de programa é, sobretudo, especial na promoção de relações sociais nos idosos, tendo significativa melhora em sua qualidade de vida.

2.3. A Psicologia Social Comunitária

Para Lane (1994), a PSC, tem por objetivo melhorar as competências e a saúde mental do sujeito e comunidade na qual está inserido. E que: “não temos utilizado esta ciência para responder às questões sociais específicas do momento histórico em que vivemos”, o que de certa forma nos deixaria à margem pela ausência de projetos de transformação social. E que “Toda Psicologia é Social”, nos deixando, a partir de seus trabalhos, uma herança: a Responsabilidade Social, que seria preencher o discurso vazio da ideologia por meio da intervenção. Dessa forma, prever e antecipar as demandas contextuais exige desenvolver um olhar crítico e científico, um olhar empático, o olhar da Psicologia. Mil novecentos e sessenta e quatro, período marcado por muita violência, oferecendo rótulos de subversão, também provocou uma mudança na postura universitária, tramada em questionamentos sobre o papel diante da sociedade. Quando, em 1968, uma reflexão crítica aflora com maior intensidade, as “Torres de Marfim³” iniciam o seu desmonte. O movimento antimanicomial, ao expandir o seu olhar para fora dos hospitais, mergulha na ação preventiva, na ação social, na preocupação com os vulneráveis e inclusão psicossocial. Sua prática instala-se como multidisciplinar, voltada para a prevenção da saúde mental e educação popular, impulsionando questões que eram discutidas durante encontros regionais

³ <https://edtl.fcsh.unl.pt/encyclopedia/torre-de-marfim>

de Psicologia organizados pela Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSI), que tinham por finalidade trocar experiências de pesquisas e definir a prática. Ficando, em 1988, a sistematização teórico-prática definida:

O psicólogo na comunidade trabalha fundamentalmente com a linguagem e representações, com relações grupais, vínculo essencial entre o indivíduo e a sociedade – e com emoções e afetos próprios da subjetividade, para exercer sua ação a nível da consciência, da atividade e da identidade dos indivíduos que irão, algum dia, viver em verdadeira comunidade. (LANE, 1996, p. 31)

De acordo com Campos (2007), a PSC começou a se desenvolver em meados de 1960 por trabalhos voltados para comunidades mais desfavorecidas, objetivando capacitar o sujeito e a coletividade na qual está inserido para que, de forma autônoma e consciente, passe a provocar mudanças sociais. Estando fundamentada nos pilares da luta pela pobreza, a saúde mental, a cidadania e o *Empowerment*. Tendo se formado por meio de mudanças na própria maneira de se fazer Psicologia.

Em sua publicação, Góis (2008) elucida que a pesquisa participante se dá por meio da inserção do psicólogo nas vivências cotidianas do contexto pesquisado. Por isso, analisar o idoso dentro do contexto familiar e social mais amplo capacitará o pesquisador a compreender e criar estratégias, desenvolver programas socioeducativos, empoderando o sujeito ao seu lugar de importância existencial e conseqüentemente estabelecendo sua autonomia que reforçará vínculos sociais e inclusivos.

Para Freitas (1998), é fundamental conhecimentos da Psicologia e das características da comunidade, pois cada uma terá uma dinâmica de funcionamento peculiar. Atuando de forma ética, legitimando os códigos atribuídos pelos sujeitos e pertencentes ao local de pesquisa.

2.4. A Terapia Cognitivo Comportamental

As Teorias Comportamentais têm por base diversas influências. Herdando do Comportamentalismo métodos de pesquisa, observação e eficácia; da Psicanálise, a estrutura hierárquica da cognição como processo primário de Freud (inconsciente – desejos e fantasias), e o processo secundário (consciência – princípios da realidade objetiva), ou seja, suas representações mentais e do conceito de que os sintomas são originados das ideias patogênicas; do pensar a respeito do próprio pensamento percebendo a maneira distorcida de funcionar para intervir e, finalmente do Humanismo por meio da tríade rogeriana por ser uma terapia de espírito colaborativo. Na década de 1960, Aaron Beck inaugura a TCC com a intenção de desenvolver uma psicoterapia de pouca duração, voltada para o presente, por meio da modificação de comportamentos e pensamentos automáticos, tendo a psicoeducação como ferramenta promotora de autonomia e resolução de problemas (BECK, 2014).

Segundo Knapp (2008), a Terapia Cognitiva fora desenvolvida em contraponto à psicanálise. Pesquisas de seu fundador, Beck, validaram que os sonhos advêm do “senso de fracasso, derrota e perda”, tendo explicado posteriormente os sintomas da depressão por meio da tríade cognitiva das representações negativas de si, do mundo e dos outros, indo além de um conjunto de técnicas, pois seria determinante a competência do terapeuta em estabelecer um vínculo terapêutico entre ele e o paciente, para que houvesse aderência, por ser uma terapia colaborativa.

De acordo com Neto (2011), a base filosófica da TCC dar-se-á por meio da identificação e reestruturação dos três níveis de cognição, que são: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e as crenças centrais ou nucleares, em que os pensamentos automáticos estão no nível mais superficial, portanto mais expostos para avaliação, pois resultam de toda e qualquer situação. As crenças intermediárias apresentam-se em intersecção entre as crenças centrais e as respostas situacionais (pensamentos automáticos), estabelecendo uma tentativa de enfrentamento das crenças nucleares, com

estratégias compensatórias, sempre imperativas. E finalmente as crenças centrais, no nível mais profundo da cognição, são formadas geralmente por percepções negativas/distorcidas, como verdades absolutas e generalizadas da relação do sujeito consigo, com o outro e com o mundo.

Segundo Beck (1997), a TCC é uma abordagem psicoterapêutica educativa e focal, na qual o terapeuta assume postura diretiva e colaborativa por meio de técnicas cognitivas e comportamentais, podendo ser adaptada a indivíduos de todas as classes sociais e faixa etárias, na clínica individual, grupal, família e de casais.

Em seu artigo, Knapp (2008) traz a efetividade da TCC, classificada por desenvolver habilidades de enfrentamento, potencializando o repertório do sujeito em direção de sua autonomia na resolução de seus problemas, por meio do aprendizado de técnicas que ampliem de forma saudável sua percepção a respeito de suas distorções e reelaboração. Tendo por consequência o enfraquecimento de suas crenças intermediárias e centrais. E em Cordioli e Knapp (2008), a TCC vem sendo cada vez mais aplicada em transtornos mentais por trazer uma visão mais abrangente das patologias mentais aos diversos modelos etiológicos, considerando o valor dos pensamentos, das crenças disfuncionais e das distorções cognitivas e o baixo custo-benefício, do que as outras abordagens, permitindo um maior controle das variáveis e aumentando a previsão de resultados.

Em 1955, Albert Ellis desenvolveu um modelo que propõe a análise de em três níveis: (A) um evento ativo, (B) as crenças individuais e (C) as suas consequências, que poderiam ser emocionais, comportamentais e fisiológicas. E, a partir do princípio de que pensamento, a emoção e o comportamento estão em uma relação sistêmica e classificam 12 crenças irracionais (base do transtorno emocional), objetivando, por meio de questionamentos, debates, disputa e desafios, modificá-las por meio da lógica-empírica. E a clínica terapêutica por meio do (D) debate irá capacitar o sujeito que de (E) maneira racional passará a se relacionar com os eventos, aumentando o estado de consciência a respeito de seus

pensamentos automáticos, para escrutá-los, antes de que a emoção ou comportamento reajam trazendo prejuízos.

Estudos apontam que a TCC aplicada a grupo de idosos diminuiu criteriosamente os sintomas de ansiedade, depressão, e crenças disfuncionais (tanto em grupo, quanto em atendimento individual), tendo reduzido os sintomas de depressão e sido averiguado alteração na perda de memória desses sujeitos (TRISTÁN & RANGEL, 2009).

A TCC poderá ter sua configuração tanto na modalidade individual quanto na grupal, o que possibilitará abarcar maior número de pessoas em uma única sessão e assim diminuirá a relação de custo/benefício (OEI & DINGLE, 2008).

A TCC por ter suas sessões estruturadas e tempo limitado é a melhor opção para atender demandas de instituições de saúde mental e por seu formato torna-se mais adequada ao paciente idoso (LIMA & DERDYCK, 2001).

Nas terapias de grupo, a TCC consiste em um modelo educativo, cujo terapeuta busca, em parceria com o cliente, guiá-lo a compreensão de seu funcionamento psíquico, de forma que ele passe a identificar primeiro os seus pensamentos automáticos e depois origem (como geradores de comportamentos disfuncionais e sofrimento) e, finalmente, por meio de seu repertório, desenvolver respostas adaptativas que reforçarão novos aprendizados (BIELING, MCCABE, & ANTONY, 2008).

Em sua publicação, Edelstein (1997) nos traz semelhanças e diferenças entre a TCC e a TREC, mas, em premissa, ambas afirmam que emoções e comportamentos humanos são respostas geradas por ideias, crenças, pensamentos e atitudes concebidas pelo sujeito e não pelo evento em si. As experiências individuais, o aprendizado e o temperamento irão trazer a respeito das bases filosóficas; e estará tanto direcionada às perturbações cognitivas quando as distorções que é o foco da TCC, se apresentando mais efetiva por desenraizar as demandas absolutistas e levando o sujeito a reelaboração de suas distorções cognitivas. Na relação com as perturbações de ordem secundária realçando sua importância visto que se

perturbar com a perturbação é fator endógeno do transtorno de depressão, transtorno de ansiedade e ataques de pânico. A TCC, em suas variáveis, foca em reforçar a autoestima, qualidades positivas, a TREC ensina a autoaceitação incondicional levando o sujeito a evitar armadilhas da autoavaliação, especialmente em casos de baixa autoestima. Uma solução filosófica profunda para que o sujeito tenha uma relação mais adaptativa consigo, com o mundo e com o outro. Possibilitando uma melhor avaliação de seus comportamentos deficientes e focando uma resposta mais adaptativa. A respeito das emoções negativas, somente a TREC estabelece diferença entre emoções negativas autodestrutivas de as emoções negativas adequadas e por isso saudáveis. Colocando no primeiro grupo ansiedade, depressão, raiva e culpa e no segundo preocupação, tristeza, arrependimento e irritação. Assim contrária a TCC que poderá delinear a raiva como uma emoção saudável, a TREC trará em seu núcleo uma tendência de demandas rígidas e condenatórias. Finalizando o autor aponta a TREC como uma terapia mais breve.

Para Ellis (1998), a TREC prima por minimizar a vulnerabilidade biológica como base da “irracionalidade humana”, objetivando modificar a baixa tolerância à frustração e promover a mudança emocional. Utilizando para isso técnicas de inundação, dessensibilização, exposição, treino de habilidade sociais que provocarão mudanças em crenças irracionais. Por meio do questionamento das ideias perturbadoras o psicoterapeuta fornecerá ferramentas para desenvolver um sistema mais racional e adaptativo, ampliando o repertório cognitivo do sujeito rumo ao seu equilíbrio emocional. Para que a partir da psicoeducação entre em contato cada vez mais com suas crenças racionais, se auto direcionando para uma maior tolerância, comprometimento, autoaceitação e expectativas realísticas. Buscando trazer a esse sujeito um conjunto determinado por muitas variáveis que o levem a compreender essa transição e se conscientizar do envelhecimento como processo natural, sendo fundamental para que a velhice não seja vista como sinônimo de finitude, mas com o chegar de novas fases (WITTER & BURITI, 2011).

Aceite a si mesmo e aos outros incondicionalmente. Não o que você faz, ou o que os outros fazem. É comum errar, cometer uma gafe, fazer papel de bobo ou comportar-se de maneira inadequada; isso acontece com você e com todo mundo. Não rotule, não julgue, não condene, nem a você mesmo nem aos outros. Aceite o pecador, mas não o pecado. (ELLIS, 2004, p. 69)

Para Moreno (2000), uma das técnicas mais eficaz no tratamento de fobias, é a exposição ao vivo. Faz-se necessário esclarecer ao cliente o funcionamento ABCDE que será aplicado após a identificação das crenças úteis e não úteis geradoras da fobia. Sugerindo uma combinação com outras técnicas complementares, por exemplo, a técnica de respiração diafragmática ou qualquer uma que escolher, em caso de ataque de pânico durante a exposição ao vivo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensarmos em gerontologia, desde a representação sócio-histórica e seus efeitos é compreender a formação da gerontofobia no Brasil. Contudo, ao longo dos últimos 50 anos, a Psicologia vem ampliando sua relação com o sujeito e a sociedade, passando da clínica para a pesquisa e sucessivamente implementando ações de intervenção. Tendo por finalidade a construção do ser social, ativo e transformador, instrumentalizando o sujeito, respeitando a sua subjetividade, atento às demandas sócio laborais impostas pela contemporaneidade, primando alcançar uma melhor qualidade de vida. E, é nesse contexto de transformação que trará suas contribuições por meio das intervenções, capacitações, articulações, primando desenvolver o sujeito social atento às suas demandas. Se de um lado temos o idoso ainda negligenciado pela lacuna entre a lei e a prática, do outro, temos instrumentos que possibilitem intervir por meio do compromisso social com a realidade brasileira.

A TCC é o elemento fundamental para provocar essa mudança, e a TREC, por sua efetividade e abrangência, adequa-se perfeitamente ao idoso e aos grupos sociais, por meio

do questionamento socrático e da técnica de psicoeducação como ativadores de reflexões a partir do indivíduo social integrado de forma dualística a sua coletividade, oferecendo uma relação custo x benefício favorável para ser aplicada na PSC.

Expandir o projeto para um programa com foco na qualidade de vida em Gerontologia, reunindo PSC e a TREC, no manejo da Gerontofobia é uma proposta interventiva que, além de possibilitar uma maior interação multidisciplinar para conversar com esse sujeito, respeitando o seu lugar de fala, trará instrumentos por meio da psicoeducação para que ele replique as técnicas vivenciadas nas dinâmicas do projeto, principalmente o questionamento socrático no que diz respeito aos pensamentos intrusivos, limitantes do idoso diante de seus sistemas sociais, garantindo seu empoderamento e desenvolvendo sua autonomia.

A TREC é favorável por estabelecer condições para solucionar os problemas identificados na coletividade e colocar em prática um plano de ação conjunta, provocando uma condição de vida mais saudável e humanizada, diminuindo a força do estímulo ansiogênico, levando o sujeito a compreender que só não fica velho quem morre. Sendo breve, focal e eficaz em grupo ou individual, efetiva em idosos e em transtornos das patologias mentais, considerando o valor dos pensamentos, das crenças disfuncionais e das distorções cognitivas, aumentando a previsão de resultados. Seja por meio de medidas preventivas na saúde primária, técnicas de dessensibilização e questionamentos guiados, exposição, rodas de conversa e a escuta ativa na comunidade da pesquisa, pois assim se dá a pesquisa participante, posto que envelhecimento é um processo natural do ciclo vital.

Aponto o diálogo com outras abordagens da Psicologia e a possível prática de campo, como expectativa para aprimorar essa pesquisa, tendo sido impossibilitados no momento covid-19. E, finalmente, que não somos mais velhinhos de conto infantil, aguardando a netinha ou temerosos ao lobo mau. Na contemporaneidade, somos rotineiramente

apresentados a novas possibilidades, esse lugar de estigma está no passado. Velho não! Viver é um processo de envelhecimento constante, porque velha é a vovozinha!

REFERÊNCIAS:

AMPLIANDO, Revista Científica da Facerb, **A legislação brasileira em relação à criança, ao adolescente e ao idoso** – Artigo Original.v.2, n. 2, Julho/Dezembro, 2015.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BACELAR, R. **Envelhecimento e produtividade: Processos de subjetivação**. Fundação Antônio dos Santos Abranches, FASA, 1999.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BIELING, P., MCCABE, R. E. & ANTONY, M. M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Artmed, 2008.

BRASIL. CF. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

_____, **Plano Nacional para o Envelhecimento, resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento** realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, promovida pela ONU. Esta publicação é o resultado da cooperação entre o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD e a Secretaria dos Direitos Humanos. Presidência da República. SEDH, Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – **(Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5 1. Diretrizes para o planejamento em saúde. 2. Serviços de saúde. 3. SUS (BR). I. Título. II. Série.** NLM WA 525, 2006.

_____, Ministério da Saúde, **Pactos pela saúde**. Regulamento – Pactos pela vida e de Gestão, Cláusula terceira, volume 2, páginas 31 a 35, 2006.

_____, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Política Nacional do Idoso, **Plano de Ação para o enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**, páginas 67 a 94, 1ª edição, 2018.

BOCK, A. M. B., GONÇALVES, M. G. M., FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia Sócio-Histórica: Uma perspectiva crítica em Psicologia**. Cortez, 2001.

BYERS, A. M. et al. **Occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the national comorbidity survey replication**. *Archives of General Psychiatry*, 67(5): 489-496, 2010

CAMPOS, R. H. de F. **Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade a autonomia**. (13ª ed.). Vozes, 2007.

CARVALHO Filho, E. T. & PAPALÉO Netto, M. **Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica**. (2ª ed.). Atheneu, 2006.

CARVALHO, Rosita Edler. **Educação inclusiva: com os pingos nos "is"**. 2. ed. Porto Alegre: Ed. Meditação, 2006.

CERQUEIRA, M. M. **Imagens do Envelhecimento e da Velhice – Um estudo na população portuguesa**. Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 2010.

CORDIOLI, A. V. & KNAPP, P. **A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais**, 2008. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(Supl. 2): s51-s53. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600001>. Acesso dia 20 de outubro de 2020.

COSCO, T. D, HOWSE, K., BRAYNE, C. **Definições operacionais do envelhecimento bem-sucedido: uma revisão sistemática**. *Int Psychogeriatr*, 26(3): 373-381, 2014.

CURY, Lucilene. Revisitando Morin: os novos desafios para os educadores. **Comunicação & educação**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 39-47, 2012. DOI: 10.11606/issn.2316-9125.v17i1p39-47. Acesso dia 15 de outubro de 2020.

EDELSTEIN, M. R., STEELE, D. R. **Three Minute Therapy, Change Your Thinking, Change Your Life, Expanded Edition**, Lakewood. Glembridge Pub., 1997.

ELLIS, A., W.D. **Como Conquistar sua Própria Felicidade** (2ª ed.). Editora Best Seller – Ed. Nova Cultural Ltda, 2004.

ELLIS, A. & BLAU, S. **Rational emotive behavior therapy. *Directions in Clinical and Counseling Psychology***, 8: 41-56, 1998.

FREITAS, M. F. Q. **Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Psicologia, Reflexão e Crítica***, 1(11): 175-189, 1998. de https://www.researchgate.net/publication/26362064_Insercao_na_comunidade_e_analise_de_necessidades_reflexoes_sobre_a_pratica_do_psicologo. Acesso dia 30 outubro de 2020.

FUENTES, C. & NEGREDO, A. **Esteriotipos viejistas em ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy***, 10(2): 259-278, 2010.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. Editora Hucitec, 2008.

KNAPP, P. & BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. 2008. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Supl. 2): s54-s64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>. Acesso dia 22 de outubro de 2020.

LANE, S. T. M. **O que é psicologia social** (6ª reimp., 22ª ed.). Brasiliense, 1994.

LANE, S. T. M. Histórico e fundamentos da Psicologia Comunitária no Brasil. In R. H. F. Campos (Ed.), **Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade à autonomia** (pp. 17-34). Vozes, 1996.

Lei n.º 8.842, de janeiro de 1994. (1ª ed., pp. 5-16). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Política Nacional do Idoso.

Lei Federal n.º 10741, de 1º de outubro de 2003 (2003). Estatuto do Idoso. de <http://www.planalto.gov.br>. Acesso dia 12 março de 2020.

LIMA, C. V. O. & DERDYCK, P. R. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão**. In B. Range (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 491-498). Artmed, 2001

LOTUFO Neto, F. **Fobias específicas**. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 19-310). Artmed, 2011.

MANHÃES, F. C., GUIMARÃES, D. N. do, MACIEL, P. C. S. da. **Gerontofobia, o medo de envelhecer na sociedade contemporânea: Uma análise bibliográfica.** In R. e Santos Crespo & F. C. Manhães. *ISTOÉ* (pp. 29, 30 e 31), 2018.

MARCO, M. J. & DELGADO, B. J. **Modificación de los estereótipos sobre los mayores: Análisis del cambio de actitudes.** *Imsero* (pp. 38-55), 2005

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. **Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 19(3): 507-519, 2016, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso. Acesso dia 10 de setembro de 2020.

MORENO Gil. Pedro J., F. X. **Eficacia de los tratamientos cognitivos-conductuales para la fobia social: Una revision meta-analitica.** Murcia, 2000.

MORIN, E., **A cabeça bem-feita: Repensar a reforma, reformar o pensamento** (21ª ed.). Bertrand Brasil, 2014.

NEUGARTEN & DATAN. **The Middle Years in S. Arieti.** Basic Books, 1974.

OEI, T. P. S. & DINGLE, G. **The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders.** *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3): 5-21, 2008. <https://daneshyari.com/article/preview/6236819.pdf>. Acesso em 14 de junho de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002** (Arlene Santos, Trad.). Secretaria Especial dos Direitos Humanos. (Série Institucional em Direitos Humanos, Vol. 1), 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** (10ª rev., Vol. 1). Universidade de São Paulo, 1997.

PICCOLOTO, N. M., PERGHER, G. K., & WAINER, R. (2004). **Fobias específicas: Diagnósticos, etiológicos, mantenedores e terapêuticos.** In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica* (pp. 248-266). Artmed, 2004.

PINTO, T. A. Novas Tecnologias & Idosos. *Revista Rediteia*, 41.

SCHNEIDER, R. H. & IRIGARAY, T. Q. **O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Estudos de Psicologia, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (2016). **Mitos sobre o envelhecimento**, 2016. <http://www.sbgg-sp.com.br/pub/mitos-sobre-o-envelhecimento/>. Acesso 4 janeiro de 2020.

SPIGOLON, A. L. & SILVA, A. A. **Os desafios do idoso no mercado de trabalho atual.** Revista Americana Fatec Americana, 6(2), 2018.

TEIXEIRA, L. M. F. **Solidão, Depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo e exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção** [Tese de Doutorado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia], 2010.

TRISTÁN, S. V. L. & RANGEL, A. L. G. **Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores**, 2009.

WITTER, C. & BURITTI, M. A. **Envelhecimento e contingências de vida.** Revista Intercontinental De Psicología Y Educación, 11(2): 155-189. Alínea (Orgs.), 2011.