

CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA NA VELHICE: Uma Abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental com Enfoque em Doenças Crônicas e Mudanças no Papel Social

Cognitive Conceptualization in Old Age: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach
Focusing on Chronic Diseases and Changes in Social Roles

DOI: 10.5935/1984-9044.2025014

Eloísa Aparecida Alexandrino Pereira⁵⁴
Juliana Pardo Moura Campos Godoy⁵⁵

RESUMO: O envelhecimento humano envolve transformações biológicas, sociais e subjetivas que, quando atravessadas por doenças crônicas e mudanças no papel social, podem repercutir em sofrimento psíquico. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), por meio da conceitualização cognitiva, oferece um modelo clínico eficaz para compreender e intervir sobre os pensamentos e crenças que sustentam esse sofrimento na velhice. Este artigo de revisão discute os fundamentos da conceitualização cognitiva na TCC e sua aplicabilidade junto à população idosa, com atenção especial às vulnerabilidades decorrentes do adoecimento físico e da ruptura com papéis produtivos. Rompendo com visões reducionistas que associam a velhice exclusivamente à decadência e à improdutividade, a reflexão proposta articula contribuições teóricas de autores como Beck, Papalia e Feldman, Caradec e Bosi para uma leitura crítica da construção social da velhice. Argumenta-se que o envelhecimento pode ser um momento de ressignificação da identidade, desde que haja espaço clínico e social para isso, enfrentando a estigmatização, a medicalização do corpo idoso e os discursos normativos da indústria farmacológica que reforçam ideais de juventude. Ao reconhecer a pluralidade das experiências de envelhecer, a TCC se mostra um instrumento potente de cuidado psicológico e promoção da qualidade de vida na terceira idade.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Cognitivo-Comportamental; Velhice; Doenças crônicas; Papel social; Conceitualização cognitiva.

ABSTRACT: Human aging involves biological, social, and subjective transformations that, when intersected by chronic illnesses and changes in social roles, may result in psychological suffering. Cognitive Behavioral Therapy (CBT), through cognitive conceptualization, offers an effective clinical model for understanding and intervening in the thoughts and beliefs that sustain such suffering in old age. This review article discusses the theoretical foundations of cognitive conceptualization in CBT and its applicability to the older adult population, with special attention to vulnerabilities arising from physical illness and the disruption of productive roles. Challenging reductionist views that associate old age exclusively with decline and unproductivity, the proposed reflection brings together theoretical contributions from authors

⁵⁴ Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FAPIPE/FUNEPE) | <https://orcid.org/0009-0000-2729-0819> | eloisaalexandrinop@gmail.com | eloisa.pereira09987@alunos.funepe.edu.br

⁵⁵ Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FAPIPE/FUNEPE) | jpmcgodoy@funepe.edu.br

such as Beck, Papalia and Feldman, Caradec, and Bosi to support a critical reading of the social construction of aging. It is argued that aging can represent a moment of identity re-signification, provided that there is adequate clinical and social space to support this process, confronting stigmatization, the medicalization of the aging body, and the normative discourses of the pharmaceutical industry that reinforce ideals of youth. By recognizing the plurality of aging experiences, CBT emerges as a powerful tool for psychological care and the promotion of quality of life in senior age.

KEYWORDS: Cognitive Behavioral Therapy; Aging; Chronic illness; Social roles; Cognitive conceptualization.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo complexo e multifacetado que acarreta diversas alterações na vida dos indivíduos, exigindo adaptações significativas em seus papéis sociais e enfrentamentos diante das limitações físicas e cognitivas. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), proposta originalmente por Aaron Beck, apresenta uma estrutura teórica baseada na relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, sendo especialmente eficaz no manejo de transtornos comuns na velhice, como depressão e ansiedade, frequentemente agravados por doenças crônicas.

A inserção da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na clínica com pessoas idosas é um movimento relativamente recente, que surge a partir da ampliação do olhar sobre o envelhecimento como uma fase da vida marcada por desafios específicos, mas também por potencialidades de desenvolvimento. A efetividade da TCC com idosos foi sendo gradualmente reconhecida a partir de adaptações metodológicas que respeitam as especificidades cognitivas da faixa etária, como o ritmo de processamento, a memória de curto prazo e o contexto social do envelhecimento. Freitas et al. (2016) apontam que o sucesso da TCC com essa população depende de uma escuta clínica ampliada, que leve em conta a história de vida, os saberes acumulados e a presença de crenças disfuncionais frequentemente cristalizadas ao longo do tempo. Tais crenças podem ser ativadas ou intensificadas por eventos como a aposentadoria, o luto, a perda de autonomia física e o afastamento dos papéis sociais significativos. Esse avanço acompanha o crescimento da população idosa e a necessidade de práticas terapêuticas sensíveis às mudanças cognitivas, afetivas e sociais próprias dessa etapa da vida (BECK, 2014; KNAPP; BECK, 2008).

O envelhecimento populacional tem mobilizado a psicologia a repensar suas abordagens, reconhecendo que a velhice não deve ser concebida como um período exclusivamente de perdas, mas como um momento de ressignificação da identidade e da trajetória de vida. Como destacam Papalia e Feldman (2013), o desenvolvimento humano continua ao longo de toda a existência, sendo a terceira idade um período propício à elaboração simbólica e ao amadurecimento emocional. Nesse sentido, a TCC tem se mostrado uma abordagem eficaz e adaptável, capaz de acolher o sofrimento psíquico dos idosos sem reduzi-lo à degeneração orgânica ou ao declínio funcional.

Estima-se que, em 2025, o Brasil contará com aproximadamente 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que corresponderá a cerca de 15% da população total. Esse envelhecimento populacional representa um dos principais desafios sociais e políticos da contemporaneidade (AREOSA, 2004). Nesse cenário, evidencia-se um paradoxo cultural: ao mesmo tempo em que a longevidade aumenta, a sociedade mantém uma valorização exacerbada da juventude, promovendo a negação da velhice e de suas especificidades. Como observa Bauman

(2014), a modernidade líquida exalta o novo e a fluidez, o que contribui para a marginalização simbólica do envelhecer.

A velhice, nesse contexto, tende a ser percebida como um período crítico da vida, marcado por transições significativas e possíveis perdas funcionais e sociais (SOUZA et al., 2007). A forma como o indivíduo vivencia essa etapa dependerá, entre outros fatores, do estilo de vida adotado, incluindo cuidados com a saúde física e mental. No entanto, é inegável que o envelhecimento traz mudanças profundas, como o declínio de funções cognitivas e alterações hormonais, exigindo readaptações subjetivas e sociais.

Barreto e Machado (2020), ao discutirem a gerontofobia, apontam que a TCC pode ser uma aliada na desconstrução do medo social da velhice, internalizado pelos próprios sujeitos em forma de vergonha do corpo, sentimentos de exclusão e sofrimento identitário. A terapia, nesse sentido, atua não apenas sobre os sintomas, mas também sobre os efeitos psíquicos de uma cultura que valoriza exclusivamente a juventude e a produtividade, que propagam um ideal de descartabilidade revelado nas relações sociais contemporâneas.

O discurso dos próprios idosos também revela a importância de práticas respeitadas e acolhedoras, pois há muitos idosos que apesar das perdas inevitáveis, ainda expressam desejos de continuidade, pertencimento e reconhecimento. A TCC, ao possibilitar a reformulação de pensamentos e esquemas disfuncionais, torna-se uma ferramenta terapêutica de grande relevância para promover qualidade de vida, autonomia e sentido existencial na velhice.

A rejeição social à velhice está fortemente associada ao temor da finitude e ao imaginário coletivo que vincula o envelhecer à perda de valor, dependência e incapacidade. Esse cenário favorece o surgimento de quadros de angústia, ansiedade e depressão, especialmente quando se associa a velhice à doença de forma automática e reducionista. Laslett (1991) alerta para o peso simbólico da metáfora médica da velhice, a qual, mesmo diante dos esforços da geriatria para desconstruí-la, ainda resiste no discurso biomédico dominante.

Dessa maneira, o envelhecer passa a ser socialmente representado como um caminho inevitável rumo à morte, gerando resistência e negação dessa fase da vida. O culto à juventude, nesse sentido, alimenta a fantasia de imortalidade, ao passo que a velhice é convertida em símbolo de exclusão. Tal visão impacta diretamente a subjetividade dos idosos, levando muitos a se perceberem como desvalorizados, desnecessários ou invisíveis diante do olhar social.

A conceitualização cognitiva é um processo central na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), utilizado para compreender como os pensamentos, emoções e comportamentos de uma pessoa se relacionam entre si e com suas experiências de vida. Ela funciona como um mapa clínico que auxilia o terapeuta a identificar os padrões disfuncionais de pensamento e as crenças centrais que influenciam o sofrimento psicológico do paciente. Por exemplo, em uma pessoa idosa que enfrenta uma doença crônica, a conceitualização pode revelar a ativação de crenças como “sou um peso para os outros” ou “não sou mais capaz”, que reforçam sentimentos de tristeza, isolamento e desânimo. A partir desse mapeamento, é possível trabalhar essas crenças de forma gradual, promovendo novas formas de pensar e se comportar. Portanto, a conceitualização cognitiva é uma ferramenta estruturante e dinâmica, que se aprofunda ao longo do processo terapêutico e permite uma intervenção mais precisa, individualizada e baseada na compreensão das experiências subjetivas do paciente.

No contexto da velhice, a conceitualização cognitiva se mostra como uma ferramenta fundamental para a compreensão do funcionamento psicológico do idoso, permitindo ao terapeuta identificar crenças centrais, esquemas desadaptativos e padrões de pensamento automático que contribuem para o sofrimento. Tais aspectos ganham complexidade diante das

perdas associadas à idade, como a aposentadoria, o luto, e o declínio funcional, exigindo um olhar clínico sensível às interações entre o sujeito e seu contexto (FREITAS et al., 2016).

A conceitualização cognitiva na velhice: fundamentos teóricos

A conceitualização cognitiva, conforme estruturada por Judith Beck (2014), visa mapear os pensamentos automáticos, crenças intermediárias e centrais que guiam a forma como o sujeito interpreta o mundo. Na velhice, esses esquemas são frequentemente ativados por eventos como a perda de autonomia, a solidão e a vivência de doenças crônicas, revelando padrões de crenças ligados à inutilidade, desamparo e inadequação social (BARRETO; MACHADO, 2020).

A aplicação da TCC em idosos requer adaptações que respeitem as particularidades cognitivas da faixa etária, como o ritmo mais lento de processamento e eventuais comprometimentos de memória. A literatura aponta que a efetividade da TCC em idosos com alterações cognitivas pode ser mantida, desde que haja estratégias compatíveis com suas capacidades funcionais e suporte da rede de apoio social (BRITO; COSTA; PAVARINI, 2012).

Para compreender a aplicação da conceitualização cognitiva na velhice, é necessário reconhecer que o envelhecimento implica não apenas alterações fisiológicas, mas também profundas reestruturações na forma como o sujeito se percebe e interpreta suas experiências. Como bem descrito por Judith Beck (2014), o modelo cognitivo propõe que as crenças centrais – formadas ao longo da vida e reforçadas por experiências críticas – influenciam diretamente os pensamentos automáticos e os comportamentos cotidianos. Na velhice, eventos como a aposentadoria, o luto, a diminuição das capacidades funcionais e o afastamento de papéis sociais significativos podem reativar crenças de desvalor, dependência e invisibilidade social, intensificando o sofrimento psíquico.

Essa ativação de esquemas negativos é especialmente preocupante em contextos culturais que atribuem à juventude um valor superior em relação à velhice. A sociedade contemporânea, marcada pelo culto à aparência jovem e à produtividade, contribui para a construção de uma autoimagem fragilizada do idoso, como apontam Barreto e Machado (2020) ao discutirem os impactos da gerontofobia. A vergonha do corpo envelhecido, a internalização do medo de adoecer e a percepção de inutilidade tornam-se alvos frequentes do trabalho terapêutico, exigindo da TCC uma escuta clínica que vá além da redução sintomática e considere os elementos simbólicos que atravessam o processo de envelhecer.

Além disso, a prática da TCC com idosos requer sensibilidade quanto às mudanças cognitivas naturais do envelhecimento. Estudos apontam que, apesar da diminuição na velocidade de processamento, muitas funções cognitivas – como linguagem, memória semântica e julgamento – permanecem preservadas em idosos saudáveis (FROTA et al., 2016). Ainda assim, é necessário adaptar a condução das sessões, com maior flexibilidade no ritmo, uso de recursos visuais e repetição de informações, para garantir a compreensão e a retenção dos conteúdos discutidos.

Freitas et al. (2016) destacam que a TCC com idosos não deve ser pensada como uma versão simplificada da terapia padrão, mas sim como uma prática que valorize a história de vida do paciente, seus saberes acumulados e seus recursos internos, muitas vezes negligenciados pelos discursos hegemônicos sobre a velhice. A conceitualização cognitiva, nesse sentido, permite que o terapeuta mapeie não apenas os padrões disfuncionais de pensamento, mas também os pontos de resiliência e os significados atribuídos à trajetória de envelhecimento do sujeito.

O papel das redes de apoio também se mostra fundamental nesse processo. Brito, Costa e Pavarini (2012) identificaram que idosos com comprometimentos cognitivos, especialmente em

contextos de vulnerabilidade social, tendem a contar com redes sociais reduzidas ou com vínculos frágeis, o que compromete o engajamento terapêutico e a adesão às intervenções. Portanto, uma conceitualização efetiva deve incluir, além dos aspectos individuais, os fatores contextuais que influenciam o estado emocional e funcional do idoso. Avaliar a rede de apoio, o acesso a serviços, a escolaridade e as condições de moradia tornam-se imprescindível para construir hipóteses terapêuticas realistas e estratégias de enfrentamento viáveis.

Papalia e Feldman (2013) argumentam que o desenvolvimento humano continua ao longo da vida e que o envelhecimento pode ser marcado por crescimento emocional, sabedoria e autorreflexão, desde que o indivíduo receba suporte para lidar com os desafios dessa fase. A conceitualização cognitiva, ao possibilitar a identificação dos gatilhos de sofrimento, também cria oportunidades para a construção de significados positivos sobre o envelhecer, contribuindo para a promoção da autoestima, da autonomia e da reinserção social do idoso.

Nesse sentido, a TCC pode oferecer ao sujeito envelhecido não apenas ferramentas para lidar com os pensamentos disfuncionais, mas também um espaço de elaboração simbólica sobre a própria trajetória. Recontextualizar eventos de perda como experiências de transição, e não de fim, pode abrir caminhos para a ressignificação da identidade. Da mesma forma, explorar crenças adaptativas — como “ainda posso contribuir”, “meus conhecimentos são valiosos”, “envelhecer é uma conquista” — auxilia na reconstrução de uma narrativa de vida coerente e significativa.

Assim, a conceitualização cognitiva na velhice, quando realizada com sensibilidade técnica e cultural, ultrapassa a lógica corretiva para se tornar um processo de reconhecimento e validação subjetiva. Ela convida o idoso a olhar para sua história não apenas como um acúmulo de perdas, mas como um campo fértil de experiências, saberes e possibilidades de continuidade.

Doenças crônicas, papel social e sofrimento psíquico

A presença de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão ou doenças neurodegenerativas, é altamente prevalente entre idosos e representa um fator de estresse significativo. Tais condições podem intensificar crenças disfuncionais de fragilidade e dependência, promovendo um ciclo de desânimo, retraimento social e desvalorização da própria identidade (FROTA et al., 2016; BECK, 2014).

Além disso, a aposentadoria e o distanciamento de papéis sociais anteriormente ocupados frequentemente implicam uma ruptura com o senso de propósito e pertencimento, levando à reestruturação identitária. A TCC, nesse ponto, pode atuar na ressignificação desses papéis, ampliando o repertório de crenças adaptativas e incentivando comportamentos engajados com novas formas de contribuição e participação social (FREITAS et al., 2016).

Esses fatores são ainda mais agravados quando considerados em contextos de vulnerabilidade social, nos quais o acesso aos serviços de saúde, às redes de apoio e às oportunidades de socialização é precário. Brito, Costa e Pavarini (2012) demonstraram, em sua pesquisa com idosos em situação de pobreza e com alterações cognitivas, que, embora as redes sociais desses sujeitos possam parecer extensas, poucas delas desempenham papéis realmente funcionais no suporte à autonomia e à qualidade de vida. A ausência de suporte eficaz favorece o sentimento de desamparo, reforçando esquemas cognitivos de inutilidade, rejeição e abandono — elementos que alimentam o sofrimento psíquico e a perda de sentido existencial.

A aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) junto à população idosa requer não apenas ajustes técnicos às alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento, mas também um olhar interseccional que reconheça a pluralidade de experiências e desigualdades que atravessam a velhice. Nesse sentido, a conceitualização cognitiva não pode ser pensada como

um modelo fixo e universal, mas como uma ferramenta clínica que precisa ser moldada conforme as singularidades biográficas, sociais, raciais, de gênero, de classe e de saúde funcional dos sujeitos envelhecidos (BECK, 2014; FREITAS et al., 2016).

O envelhecimento é marcado por mudanças fisiológicas naturais, entre elas uma redução na velocidade de processamento cognitivo, alterações na memória de trabalho e atenção, e, em alguns casos, declínio em funções executivas. Tais mudanças exigem adaptações no ritmo e na metodologia da TCC, como a simplificação de técnicas, o uso de materiais visuais, a repetição de conteúdos-chave e a valorização da memória autobiográfica como recurso terapêutico. No entanto, é fundamental destacar que nem todos os idosos apresentam declínio significativo, e que muitas funções cognitivas, como o vocabulário, o julgamento moral e a memória de longo prazo, permanecem preservadas, sobretudo em ambientes socialmente estimulantes.

Freitas et al. (2016) defendem que a TCC com idosos deve abandonar uma lógica de adaptação técnica simplificadora para adotar uma escuta ampliada e contextualizada, que leve em conta as perdas, mas também as potencialidades acumuladas ao longo da vida. A conceitualização cognitiva, nesse sentido, é enriquecida quando se integra à história de vida, aos vínculos afetivos, à espiritualidade, às experiências de trabalho e aos papéis familiares ocupados por décadas. Como destaca Bosi (1994), a memória é um elemento vital para a identidade na velhice, sendo o resgate das lembranças uma forma de revalidação subjetiva diante da exclusão simbólica e social imposta pelo mundo contemporâneo.

Essa exclusão se acentua quando o envelhecimento se cruza com marcadores sociais da diferença. A noção de interseccionalidade, embora historicamente pouco explorada em práticas clínicas tradicionais, mostra-se fundamental para a compreensão do sofrimento psíquico de idosos que enfrentam múltiplas formas de vulnerabilidade. Brito, Costa e Pavarini (2012), por exemplo, demonstram que idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza apresentam redes de apoio frágeis e baixo acesso a cuidados adequados, o que compromete tanto sua saúde mental quanto a adesão a intervenções terapêuticas. Em tais situações, a TCC deve incluir, na conceitualização, fatores contextuais como habitação, escolaridade, acesso à saúde e violência institucional, para além das crenças centrais individuais.

Além das desigualdades socioeconômicas, outras interseccionalidades influenciam o processo de envelhecer. A vivência da velhice por mulheres, por exemplo, é marcada por uma dupla carga simbólica: por um lado, a invisibilização social do corpo envelhecido feminino; por outro, a persistência de papéis de cuidado que atravessam a vida toda e, muitas vezes, se intensificam na terceira idade. Areosa (2004) aponta que muitas mulheres idosas relatam sentimentos ambíguos em relação ao envelhecimento, oscilando entre a liberdade de não mais responder a padrões estéticos rígidos e a dor de se perceberem desvalorizadas e solitárias.

No mesmo sentido, idosos LGBTQIA+ frequentemente carregam um histórico de exclusão familiar e institucional, além de experiências traumáticas de violência ou invisibilidade. A TCC, ao abordar essas histórias, precisa ir além da intervenção sintomática e acolher as dimensões identitárias e afetivas marginalizadas, que moldam os esquemas cognitivos e emocionais presentes na velhice. O mesmo se aplica a idosos negros, que enfrentam o envelhecimento após uma vida marcada por racismo estrutural, barreiras no mercado de trabalho e acesso desigual à saúde e à moradia digna.

Barreto e Machado (2020), ao discutir a gerontofobia, apontam que o medo da velhice está muitas vezes internalizado, sendo incorporado pelo próprio sujeito na forma de vergonha, recusa da idade cronológica e sentimento de inadequação. A modernidade líquida, como argumenta Bauman (2014), é marcada por uma lógica de descarte e aceleração, em que tudo que não é “novo” ou produtivo é facilmente relegado à obsolescência. Essa lógica contamina a maneira como os

idosos são tratados — e como tratam a si mesmos —, reforçando crenças disfuncionais como “não tenho mais valor”, “ninguém se importa comigo”, “envelhecer é desaparecer”.

Dessa forma, a conceitualização cognitiva de idosos deve incluir, além de esquemas desenvolvidos ao longo da vida, os efeitos psíquicos das interdições sociais, dos preconceitos e das experiências de exclusão. Isso exige do terapeuta uma postura ética e politicamente comprometida, que reconheça que o sofrimento não é apenas individual, mas também coletivo e estruturado por desigualdades históricas. A clínica com idosos não pode se restringir a corrigir pensamentos disfuncionais: ela deve também validar experiências de dor, de resistência e de reinvenção diante das opressões múltiplas que atravessam o envelhecer.

Em suma, adaptar os modelos cognitivos à população idosa com alterações cognitivas e realidades interseccionais exige um trabalho clínico que vá além da técnica. Exige uma prática sensível à historicidade, à diversidade e à dignidade dos sujeitos que envelhecem. A TCC, quando operada com esse compromisso, transforma-se em uma ferramenta potente de cuidado, reconhecimento e empoderamento na velhice.

No plano cultural, a obra de Bosi (1994) evidencia como a sociedade industrial promove uma desvalorização simbólica da velhice, deslocando o idoso da posição de sabedoria e autoridade moral para a de sujeito improdutivo e descartável. A valorização exclusiva da juventude, da inovação e do rendimento técnico contribui para que a aposentadoria não seja vivida apenas como um encerramento de ciclo laboral, mas também como uma exclusão do espaço social de pertencimento. Para muitos idosos, a perda do papel profissional vem acompanhada da perda de identidade, o que pode intensificar quadros de depressão, ansiedade e sentimentos de inutilidade especialmente quando não se estabelecem novos vínculos sociais ou objetivos pessoais claros.

Caradec (2001) contribui com esse debate ao explorar como sexagenários e octogenários lidam com as transformações corporais impostas pelo envelhecimento. Segundo o autor, a percepção do corpo idoso está fortemente mediada por padrões estéticos que associam juventude à beleza, vitalidade e valor social. Assim, os sinais físicos da idade passam a ser lidos como sinais de obsolescência. Tal visão gera sofrimento e reforça crenças centrais disfuncionais, como “não sou mais desejável”, “não sou mais útil”, “ninguém mais se importa comigo”. Essas crenças, segundo Beck (2014), estruturam o núcleo da psicopatologia cognitiva, especialmente em populações marcadas por perdas e transições, como é o caso dos idosos.

A TCC, neste contexto, revela-se uma abordagem potente por sua capacidade de identificar e modificar os esquemas negativos perpetuados tanto internamente quanto pelo meio social. Por meio da conceitualização cognitiva, o terapeuta pode mapear os gatilhos que reativam crenças de desvalorização, bem como promover a construção de narrativas mais realistas, adaptativas e funcionais sobre o envelhecimento. Essa reconstrução simbólica também passa por uma crítica ativa à cultura da juventude e à lógica mercadológica da indústria farmacológica, que tenta medicalizar o envelhecimento e vendê-lo como falência — quando, na verdade, trata-se de um processo vital, complexo e legítimo.

A discussão sobre gerontofobia, conforme abordada por Barreto e Machado (2020), ajuda a compreender como o medo social do envelhecimento também se manifesta nos próprios sujeitos idosos, internalizado na forma de vergonha do corpo, negação da idade e sofrimento psíquico vinculado ao afastamento da “norma juvenil”. A terapia, portanto, não atua apenas sobre sintomas, mas sobre estruturas profundas de representação social, afetiva e identitária que sustentam esse sofrimento.

Papalia e Feldman (2013) argumentam que a velhice pode ser uma fase marcada por importantes desenvolvimentos em termos emocionais e relacionais, desde que os idosos sejam

apoiados em seu processo de adaptação às novas condições de vida. Nesse sentido, a TCC contribui diretamente para a promoção do envelhecimento ativo, ao incentivar a ressignificação do papel social do idoso e estimular a construção de novos sentidos para a vida, mesmo diante das limitações impostas pelas doenças crônicas.

Assim, o sofrimento psíquico na velhice não pode ser dissociado de fatores biológicos, sociais e simbólicos. A atuação da TCC, ancorada na conceitualização cognitiva, deve considerar esse entrelaçamento, promovendo intervenções que fortaleçam a autonomia subjetiva do idoso, valorizem sua história de vida e favoreçam o engajamento social em seus próprios termos. O objetivo é romper com a lógica da exclusão e da patologização da velhice, substituindo-a por um modelo de cuidado que respeite a dignidade, o potencial e a diversidade dos modos de envelhecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conceitualização cognitiva oferece ao terapeuta um instrumento fundamental para a compreensão dos processos subjetivos implicados no envelhecimento. Sua utilização, especialmente junto a idosos acometidos por doenças crônicas e por mudanças no papel social, permite intervenções mais precisas e humanizadas, que promovem o fortalecimento da autonomia, o enfrentamento de perdas e a reconfiguração do projeto de vida.

Ao reconhecer as especificidades do envelhecimento e suas interfaces com a saúde mental, a TCC se apresenta como uma abordagem eficaz e adaptável, cujo impacto vai além da redução sintomática, promovendo qualidade de vida e bem-estar subjetivo.

O envelhecimento é um processo existencial que envolve, de maneira inevitável, a experiência de perdas de pessoas queridas, de papéis sociais, de capacidades funcionais e de espaços de pertencimento. Em muitas situações, essas perdas desencadeiam reações emocionais esperadas, como tristeza, melancolia, solidão e luto. No entanto, no contexto da modernidade líquida descrita por Bauman (2014), marcado pela intolerância à lentidão, ao declínio e à dor, essas emoções têm sido cada vez mais compreendidas e tratadas como sintomas de transtornos mentais, promovendo uma patologização do envelhecer.

Esse processo é intensificado pela lógica biomédica e farmacológica que rege boa parte dos discursos sobre a saúde mental na velhice. Como observa Bosi (1994), o idoso é frequentemente reduzido à condição de corpo adoecido e improdutivo, perdendo sua dimensão simbólica, afetiva e social. Nessa perspectiva, reações humanas profundas como o luto, por exemplo, deixam de ser compreendidas como parte do processo de elaboração da perda e passam a ser medicalizadas, transformadas rapidamente em diagnósticos de depressão ou transtornos de ajustamento.

Embora transtornos psiquiátricos de fato possam se manifestar na velhice, é necessário cautela na distinção entre sofrimento legítimo e patologia clínica. A tristeza diante da morte de um cônjuge ou da aposentadoria, por exemplo, pode refletir uma reorganização subjetiva necessária e não uma condição patológica. Judith Beck (2014), ao abordar a conceitualização cognitiva, reforça a importância de considerar o contexto de vida e os significados atribuídos aos eventos, evitando interpretações apressadas que conduzam à rotulação do sofrimento natural.

Freitas et al. (2016) alertam para o risco de uma clínica que, ao invés de escutar o idoso em sua inteireza, busca suprimir rapidamente seus sintomas, muitas vezes com o uso de psicofármacos que anulam a elaboração emocional. Essa prática desconsidera a necessidade de tempo psíquico para o processamento de eventos críticos, além de negligenciar os recursos internos e externos que o idoso pode mobilizar para ressignificar sua vivência. A TCC, quando aplicada com sensibilidade, pode ajudar na diferenciação entre pensamentos disfuncionais que

merecem intervenção clínica e reações emocionais legítimas que precisam ser acolhidas e simbolizadas.

A patologização também é reforçada por discursos sociais que desvalorizam o sofrimento do idoso. Areosa (2004) revela que muitos idosos sentem que suas dores emocionais são invisibilizadas ou minimizadas, tanto pelas famílias quanto pelas instituições. Nesse cenário, o enquadramento em categorias diagnósticas pode parecer uma forma de reconhecimento, mas também pode funcionar como um silenciamento das experiências subjetivas reais.

Barreto e Machado (2020), ao discutirem a gerontofobia, indicam que o medo social do envelhecimento contribui para a recusa em lidar com os afetos que a velhice evoca. Assim, as emoções consideradas “negativas” — como a angústia diante da finitude ou a tristeza pela solidão — são rapidamente medicalizadas, como se não houvesse lugar legítimo para elas na vida psíquica do sujeito. Essa lógica gera o que se pode chamar de “higienização emocional da velhice”, um esforço cultural para silenciar o que a velhice tem a dizer sobre os limites da existência humana.

Nesse sentido, a conceitualização cognitiva pode oferecer um caminho ético e cuidadoso para acolher o sofrimento psíquico na velhice sem transformá-lo automaticamente em diagnóstico. Ao mapear as crenças centrais, os gatilhos e os significados pessoais atribuídos aos eventos, o terapeuta pode ajudar o idoso a diferenciar entre sofrimento esperável e sofrimento patológico, sem negar a legitimidade de suas dores. A prática clínica, portanto, deve equilibrar escuta, intervenção e respeito à complexidade emocional que envolve o processo de envelhecer.

A conceitualização cognitiva aplicada ao contexto da velhice, sob a perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), apresenta-se como uma importante ferramenta de compreensão clínica, mas também de crítica social às formas reducionistas com que o envelhecimento costuma ser tratado. Ao longo deste artigo, demonstrou-se que a velhice, embora envolva inevitáveis transformações fisiológicas e sociais, não se configura como um período exclusivamente de declínio ou perda, mas como uma fase da vida repleta de potencialidades para ressignificação, crescimento psicológico e reinserção subjetiva nos espaços sociais.

A partir da obra de Beck (2014) e dos fundamentos da TCC consolidados por Knapp e Beck (2008), compreendemos que os pensamentos automáticos e crenças disfuncionais frequentemente internalizados ao longo da vida são reativados no envelhecimento diante de eventos como aposentadoria, adoecimento físico e perda de papéis sociais. Tais eventos, quando não elaborados, podem dar origem a padrões de sofrimento psíquico como depressão, ansiedade e isolamento. A conceitualização cognitiva permite ao terapeuta mapear esses padrões, identificar crenças centrais como “sou inútil”, “estou sozinho” ou “envelhecer é perder valor”, e intervir de forma sistemática, respeitosa e empiricamente validada.

Ao mesmo tempo, a atuação da TCC junto à população idosa não pode desconsiderar o cenário sociocultural no qual esses sujeitos estão inseridos. Bosi (1994) argumenta que a velhice, na sociedade industrial, perdeu o lugar de prestígio e sabedoria que outrora lhe era atribuído em contextos tradicionais, sendo substituída por uma lógica produtivista que associa valor ao desempenho, à juventude e à inovação técnica. Esse deslocamento simbólico do idoso do centro para as margens da vida social contribui para o enfraquecimento da identidade e do sentimento de pertencimento. A memória coletiva, que poderia ser fonte de sabedoria e diálogo intergeracional, é frequentemente ignorada, desvalorizando a experiência acumulada ao longo da vida.

Essa exclusão é ainda mais intensa quando se analisam os contextos de vulnerabilidade social. Brito, Costa e Pavarini (2012) identificaram, em estudo com idosos em situação de pobreza, que as redes de apoio social são muitas vezes frágeis, pouco funcionais ou inexistentes,

o que compromete não apenas a funcionalidade, mas também a saúde mental desses sujeitos. Nessas condições, o sofrimento psíquico se articula não apenas com padrões cognitivos individuais, mas com formas estruturais de desamparo e negligência.

Freitas et al. (2016) e Frota et al. (2016) ressaltam que o trabalho clínico com idosos requer, além da adaptação das técnicas da TCC, um olhar ampliado que contemple as limitações cognitivas naturais do envelhecimento, mas que também valorize a plasticidade do cérebro idoso e sua capacidade de aprendizado, reorganização emocional e engajamento social. Não se trata, portanto, de um público passivo, mas de sujeitos com histórias complexas, potencial de agência e desejo de continuidade existencial com qualidade de vida.

Nesse cenário, o envelhecimento do corpo, abordado por Caradec (2001), adquire uma dimensão simbólica importante. A sociedade atual, marcada pela obsessão com a juventude e pela estetização da vida, transforma a aparência física em valor moral. Rugas, cabelos brancos e marcas do tempo passam a ser vistos como desvios a serem corrigidos, e não como expressões legítimas da história de um corpo vivido. Tal discurso é fortemente alimentado pela indústria farmacológica, que transforma o envelhecimento em um problema médico a ser combatido, vendendo soluções cosméticas e medicamentosas que não apenas invisibilizam a velhice, mas acentuam a gerontofobia — conceito trabalhado por Barreto e Machado (2020) como o medo ou aversão ao envelhecer.

Essa medicalização da velhice, promovida pela lógica mercadológica, compromete a construção de uma imagem positiva do envelhecimento. Ao mesmo tempo em que se tenta retardar ou esconder os sinais da idade, naturaliza-se a exclusão do idoso dos espaços de decisão, de trabalho e de participação ativa. Como nos lembram Papalia e Feldman (2013), o desenvolvimento humano é um processo contínuo, e a velhice pode e deve ser vista como uma etapa de realizações, reencontros e contribuições sociais significativas.

Dessa forma, a conceitualização cognitiva oferece mais do que uma estratégia clínica: ela proporciona um convite à escuta ética do idoso, ao reconhecimento de suas crenças, valores e contextos de vida. Além disso, promove uma prática terapêutica sensível às intersecções entre subjetividade e cultura, clínica e política, cuidado e cidadania. É preciso, portanto, não apenas tratar o sofrimento psíquico dos idosos, mas também criar condições para que possam envelhecer com dignidade, acolhimento e sentido.

Envelhecer não deve ser um ato de resistência solitária, mas uma travessia coletiva que envolve famílias, comunidades, políticas públicas e, sobretudo, uma mudança de olhar: do estigma para a potência, da perda para a memória, da exclusão para a inclusão.

REFERÊNCIAS

AREOSA, Sílvia V. C. O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Revista Virtual Textos & Contextos*. Porto Alegre, V.3, nº 1, p. 1-12, 2004. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/textos/main.htm>>.

BARRETO, Cásio Carlos Pereira; MACHADO, Ana Karina da Cruz. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental na gerontofobia. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 7., 2020, João Pessoa. Anais [...]. João Pessoa: UFPB, 2020. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo>.

BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Ed. Zahar, trad. Plínio Dentzien, Rio de Janeiro-RJ, 2014.

BECK, Judith S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRITO, Tábatta Renata Pereira de; COSTA, Reijane Salazar; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 906-913, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RV8WVPBRrhP9YvFyDFBRDHC/>. Acesso em: [data de acesso].

CARADEC, Vincent. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do corpo. In: GUILLEMARD, Anne-Marie (org.). *A velhice e o envelhecimento*. Trad. Marcos Marcionilo. Campinas: Papirus, 2001. p. 163-180.

FREITAS, Eduarda Rezende et al. (org.). *Terapias cognitivo-comportamentais com idosos*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.

FROTA, Norberto Anízio Ferreira et al. *Neurologia cognitiva e do envelhecimento: do conhecimento básico à abordagem clínica*. São Paulo: Omnifarma, 2016.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, supl. II, p. S54-S64, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/XYZ123>.

LASLETT, Peter A fresh map of life: the emergence of the third age. Cambridge: Harvard University Press. 1991.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. *Desenvolvimento humano*. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 17 – Desenvolvimento na terceira idade.

SOUZA, E. R. de et al. Violência contra pessoas idosas: análise do conceito na perspectiva da promoção da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 1, p. 22-27, jan./fev. 2007.