

**CONTRIBUIÇÕES DA
TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL PARA
A SAÚDE MENTAL DO
IDOSO: UMA ANÁLISE DAS
ESTRATÉGIAS DE
INTERVENÇÃO EM
QUADROS DEPRESSIVOS
LEVES E MODERADOS**

**CONTRIBUTIONS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY TO THE MENTAL
HEALTH OF THE ELDERLY: AN ANALYSIS OF INTERVENTION STRATEGIES
FOR MILD AND MODERATE DEPRESSION**

Ciências da Saúde • 18/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792200983](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792200983)

Virginia da Silva Rangel¹

Andressa Costenaro de Alencar²

RESUMO

O envelhecimento é um processo multifatorial, dinâmico e heterogêneo, que reúne aspectos biológicos, psicológicos e psicossociais capazes de afetar a saúde mental e a funcionalidade da pessoa idosa. Nesse cenário, a depressão pode comprometer o humor, a motivação, o sono, a cognição, as relações sociais e a autonomia, e resulta da combinação de fatores individuais, clínicos e ambientais. Este estudo analisa as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a intervenção psicológica em idosos com sintomas depressivos, sobretudo em quadros leves e moderados. Com base no referencial consultado, verifica-se que a TCC permite entender como pensamentos, emoções, comportamentos e contexto se relacionam, o que favorece intervenções individualizadas e voltadas a objetivos. Entre as estratégias mais empregadas estão a psicoeducação, a ativação comportamental, a reestruturação cognitiva, a resolução de problemas, o treino de habilidades sociais e a prevenção de recaídas. Sua aplicação, contudo, exige atenção às particularidades da velhice, como perdas, mudanças de papéis sociais, condições de saúde, limitações funcionais, isolamento e necessidades sensoriais e cognitivas. Destacam-se ainda a aliança terapêutica, a autonomia do paciente e a participação colaborativa no tratamento. As evidências apontam que as intervenções cognitivo-comportamentais podem reduzir sintomas depressivos e ampliar estratégias de enfrentamento, embora os resultados variem conforme o perfil do paciente, o contexto e o protocolo adotado. Conclui-se que a TCC é uma abordagem relevante para a atenção psicológica ao idoso, principalmente quando associada a uma avaliação clínica ampla e a um cuidado individualizado.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental;

envelhecimento; pessoa idosa; depressão; saúde mental; intervenção psicológica.

ABSTRACT

Aging is a multifactorial, dynamic, and heterogeneous process that involves biological, psychological, and psychosocial aspects capable of affecting the mental health and functioning of older adults. In this context, depression can impair mood, motivation, sleep, cognition, social relationships, and autonomy, and results from a combination of individual, clinical, and environmental factors. This study analyzes the contributions of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) to psychological intervention in older adults with depressive symptoms, particularly in mild and moderate cases. Based on the reviewed literature, it appears that CBT helps us understand how thoughts, emotions, behaviors, and context are interrelated, which facilitates individualized and goal-oriented interventions. Among the most commonly used strategies are psychoeducation, behavioral activation, cognitive restructuring, problem-solving, social skills training, and relapse prevention. Their application, however, requires attention to the specific characteristics of old age, such as losses, changes in social roles, health conditions, functional limitations, isolation, and sensory and cognitive needs. Also noteworthy are the therapeutic alliance, patient autonomy, and collaborative participation in treatment. Evidence suggests that cognitive-behavioral interventions can reduce depressive symptoms and enhance coping strategies, although results vary depending on the patient's profile, the context, and the protocol used. It is concluded that CBT is a relevant approach for psychological care of older adults, particularly when combined with a comprehensive clinical assessment and individualized care.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy; aging; older adults; depression; mental health; psychological intervention.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma etapa natural do desenvolvimento humano e traz mudanças que alcançam dimensões físicas, cognitivas, emocionais, familiares e sociais. Essas mudanças não ocorrem do mesmo modo para todos, já que cada idoso tem uma história de vida, condições de saúde, relações e maneiras próprias de lidar com as transformações. Compreender o envelhecimento exige, portanto, uma visão ampla, que leve em conta tanto as alterações próprias da idade quanto as condições sociais e psicológicas que favorecem ou dificultam a qualidade de vida.

A depressão figura entre os problemas que podem surgir ou se agravar nessa fase. A perda de pessoas próximas, a aposentadoria, a menor participação social, as mudanças na autonomia, as limitações físicas e as alterações na rotina são situações que podem gerar sofrimento. Ainda assim, é preciso distinguir o envelhecimento natural de um transtorno depressivo: a tristeza diante de uma perda, por exemplo, não deve ser tomada automaticamente como doença. A avaliação psicológica precisa considerar a duração, a intensidade e o impacto dos sintomas na vida da pessoa. Na população idosa, a depressão também pode se manifestar de forma diferente da observada em adultos jovens. Além da tristeza e da desesperança, é comum haver desinteresse pelas atividades, isolamento, alterações de sono e apetite, cansaço, dificuldade de concentração, queixas de memória e sintomas físicos. Essa diversidade dificulta o reconhecimento do quadro e reforça a necessidade de uma

avaliação cuidadosa, em especial quando há outras condições de saúde associadas.

Nesse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem psicológica estruturada que trabalha a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos. Seu objetivo vai além de modificar pensamentos negativos: busca entender como certas interpretações influenciam a reação da pessoa diante das situações e, a partir daí, desenvolver formas mais funcionais de enfrentamento. Com idosos, a intervenção deve levar em conta a história de vida, as condições clínicas, o ritmo de aprendizagem, as possíveis alterações sensoriais e cognitivas e as perdas que marcam a trajetória de cada um.

O uso da TCC com idosos envolve estratégias como psicoeducação, ativação comportamental, identificação de pensamentos automáticos, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, treino de habilidades sociais e planejamento de atividades, todas passíveis de adaptação às necessidades de cada paciente. Diante de um luto ou de perdas concretas, por exemplo, o trabalho terapêutico não deve reduzir a dor legítima a uma simples distorção cognitiva. O acolhimento e a validação da experiência ajudam o idoso a elaborar a perda e a encontrar novas formas de organizar a vida. Diante disso, este trabalho discute as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental para a saúde mental da pessoa idosa, com atenção especial aos quadros depressivos leves e moderados. A pesquisa parte da necessidade de entender como os recursos da TCC podem ser utilizados e adaptados a essa população, considerando os aspectos psicológicos e sociais do envelhecimento

Além disso, discutir a saúde mental na velhice implica reconhecer que a depressão não se desenvolve de maneira isolada. As condições de moradia, o acesso aos serviços de saúde, a presença ou ausência de uma rede de apoio, as condições financeiras e as oportunidades de participação social podem interferir diretamente na forma como o idoso vivencia suas dificuldades. Por essa razão, a compreensão do sofrimento psíquico nessa etapa da vida precisa ultrapassar uma leitura exclusivamente individual, considerando a interação entre características pessoais e contexto de vida. A relevância da TCC nesse cenário está relacionada também ao seu caráter estruturado, colaborativo e orientado para objetivos. Ao trabalhar com situações concretas do cotidiano, a abordagem pode favorecer a identificação de padrões de pensamento e comportamento que contribuem para a manutenção dos sintomas, ao mesmo tempo em que possibilita a construção de estratégias de enfrentamento mais adequadas. Entretanto, a utilização dessas técnicas não deve ocorrer de forma automática.

É necessário compreender o significado que as experiências possuem para cada pessoa e respeitar seu ritmo, sua autonomia e suas condições clínicas. Outro aspecto importante diz respeito à necessidade de diferenciar o sofrimento esperado diante de acontecimentos marcantes da presença de um quadro depressivo. Na velhice, perdas e mudanças podem fazer parte da trajetória de vida, mas isso não significa que toda manifestação de tristeza, desânimo ou redução das atividades corresponda necessariamente a um transtorno. A avaliação cuidadosa permite compreender a intensidade, a duração e as repercussões dos sintomas, evitando tanto a patologização de experiências humanas quanto a negligência de sinais que demandem intervenção profissional.

Assim, analisar as contribuições da TCC para idosos com quadros depressivos leves e moderados também significa refletir sobre os limites e as possibilidades de uma intervenção psicológica contextualizada. A abordagem pode oferecer instrumentos para ampliar a participação em atividades significativas, fortalecer recursos de enfrentamento, trabalhar dificuldades concretas e favorecer maior autonomia. Para que esses recursos sejam efetivos, contudo, precisam estar articulados à realidade do paciente e, quando necessário, ao acompanhamento de outros profissionais de saúde.

Partindo dessa compreensão, o presente estudo busca reunir e discutir os principais recursos da Terapia Cognitivo-Comportamental empregados no cuidado de pessoas idosas com sintomas depressivos, destacando as adaptações necessárias para essa população. A discussão considera aspectos psicossociais do envelhecimento, características da depressão na velhice, fundamentos da TCC e estratégias de intervenção, com atenção à aliança terapêutica, à validação emocional, à autonomia e às condições concretas que atravessam a experiência do idoso.

2. O PROCESSO DE ENVELHECER: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E DESAFIOS DA SENESCÊNCIA

O envelhecimento humano é um processo multifatorial, dinâmico e heterogêneo, resultante da interação entre dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e históricas. Por isso, não há uma única experiência de velhice: pessoas da mesma faixa etária podem diferir quanto à saúde, à autonomia, à participação social, aos recursos econômicos e ao suporte familiar (Neri, 2013; Papalia; Martorell, 2022). A perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida mostra

que mudanças e possibilidades de adaptação permanecem presentes também na velhice.

Distinguir senescência de senilidade ajuda a evitar que idade avançada seja associada automaticamente a doença. A senescência corresponde às mudanças fisiológicas esperadas do envelhecimento; a senilidade refere-se a condições patológicas que comprometem de modo relevante o funcionamento. Para a psicologia, essa diferença é essencial, pois esquecimento, lentificação, alterações do sono ou perda de certas capacidades não devem ser lidos, isoladamente, como indício de transtorno mental ou neurocognitivo (Neri, 2013; Malloy-Diniz et al., 2018).

No plano psicossocial, a aposentadoria pode alterar a rotina, a identidade profissional, a renda e a participação social, e o modo como essa transição é vivida depende das condições econômicas, da trajetória ocupacional, dos projetos pessoais e da chance de manter atividades significativas. A saída dos filhos de casa, a viuvez, o afastamento de amigos e a perda de mobilidade também podem modificar a rede de suporte e exigir uma reorganização de papéis (Fontenelle, 2019).

O luto merece atenção especial. Perdas de pessoas significativas fazem parte da vida de muitos idosos e, por si só, não indicam depressão. Cabe à avaliação psicológica diferenciar o sofrimento ligado à perda, os processos de adaptação e os sintomas persistentes que comprometem o funcionamento. Na TCC, essa distinção impede que a técnica seja usada para negar a realidade da perda e orienta intervenções centradas no significado, na adaptação e na reconstrução das rotinas.

O isolamento social é outro fator relevante. A redução dos contatos pode decorrer de barreiras de mobilidade, problemas de saúde, perdas sucessivas, dificuldades financeiras ou mudanças no território de convivência. A Organização Mundial da Saúde aponta a solidão e o isolamento social como fatores importantes para a saúde mental na velhice (Organização Mundial da Saúde, 2026). Assim, o trabalho psicoterapêutico precisa considerar não só os pensamentos individuais, mas também as condições concretas que sustentam a diminuição de atividades e vínculos.

2.1. Transtorno Depressivo na Terceira Idade

A depressão em pessoas idosas é um problema de saúde pública e pode afetar o humor, a motivação, o sono, a cognição, as relações sociais e a funcionalidade. O quadro clínico varia, e os sintomas emocionais nem sempre aparecem como queixa principal. Em certos casos predominam a perda de energia, as alterações do sono, as queixas cognitivas, o desinteresse e as manifestações somáticas, o que exige investigação cuidadosa (Organização Mundial da Saúde, 2026; Malloy-Diniz et al., 2018).

A etiologia é multifatorial. Fatores biológicos, doenças crônicas, dor, alterações funcionais, vulnerabilidades psicológicas e eventos estressores podem interagir tanto no surgimento quanto na manutenção dos sintomas. Essa perspectiva afasta explicações reducionistas e favorece uma avaliação integrada das condições de vida e de saúde do idoso. Um ponto central é o diagnóstico diferencial com os transtornos neurocognitivos. Queixas de memória e concentração ocorrem na depressão e também em processos neurodegenerativos, de modo que sua natureza, seu curso e sua relação com o estado afetivo precisam ser avaliados clinicamente.

Quando indicada, a avaliação psicológica deve considerar a história do paciente, o funcionamento atual, informações de familiares ou cuidadores, se apropriado, e instrumentos validados, sem reduzir o diagnóstico a um único teste (Malloy-Diniz et al., 2018).

A depressão também pode reduzir a atividade e a autonomia. A pessoa passa a realizar menos tarefas, evita situações sociais e perde fontes de reforço positivo, o que contribui para a manutenção do quadro. Essa relação entre comportamento, ambiente e humor é particularmente importante para a TCC, porque permite formular objetivos terapêuticos concretos e graduais. A abordagem da depressão na velhice deve considerar, ainda, as condições médicas concomitantes, o acesso aos serviços, o uso de medicamentos e a participação de familiares ou cuidadores, quando desejada pelo paciente e clinicamente adequada. Diretrizes para depressão em adultos recomendam levar em conta as circunstâncias individuais, os eventos de vida e as necessidades de suporte ao organizar o cuidado (Nice, 2022).

2.2. Fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental originou-se dos trabalhos de Aaron Beck e de outros autores que passaram a investigar a relação entre processos cognitivos, emoções e comportamentos. O modelo cognitivo propõe que as situações não determinam diretamente as respostas emocionais; a interpretação que a pessoa faz do acontecimento influencia o que ela sente e como age (Beck, 2013).

Na depressão, o modelo de Beck descreve padrões cognitivos negativos voltados a si mesmo, ao mundo e ao futuro, que se expressam em pensamentos automáticos e se apoiam em crenças

mais profundas formadas ao longo da história de aprendizagem. O trabalho terapêutico não se resume a trocar pensamentos negativos por positivos: envolve examinar evidências, identificar padrões de interpretação, ampliar alternativas e construir respostas mais funcionais e compatíveis com a realidade (Beck, 2013; Oliveira, 2011).

Os pensamentos automáticos são conteúdos cognitivos que surgem rapidamente diante de situações específicas. Já as crenças intermediárias e centrais são mais estáveis e organizam a interpretação das experiências. A intervenção pode incluir a identificação de pensamentos, o exame de evidências, a avaliação de consequências, experimentos comportamentais e a construção de respostas alternativas. A escolha da técnica deve seguir a formulação do caso e as necessidades do paciente, e não a aplicação mecânica de procedimentos fixos. Outro princípio da TCC é a formulação individualizada do caso. O terapeuta busca entender a relação entre situação, pensamentos, emoções, respostas fisiológicas e comportamentos, bem como os fatores que iniciam e mantêm o problema. No caso da pessoa idosa, essa formulação precisa incluir a história de vida, as relações familiares, a experiência de trabalho, as perdas, as condições de saúde, os recursos comunitários e as mudanças de papéis.

A estrutura das sessões é outra marca da abordagem. Em geral, o atendimento inclui a revisão do período anterior, a definição da agenda, o trabalho sobre objetivos prioritários, o uso de técnicas e o planejamento de tarefas entre as sessões. Com idosos, essa estrutura deve continuar clara, mas pode ser ajustada ao ritmo de processamento, à fadiga e às necessidades sensoriais. Wright et al. (2018) ressaltam a importância de tornar o processo compreensível e colaborativo.

A colaboração terapêutica também é central. O paciente não é visto como simples receptor de técnicas, e sim como participante ativo na definição das metas e na avaliação das estratégias. Esse princípio pesa ainda mais na velhice, pois evita práticas paternalistas e reconhece a autonomia e a experiência acumulada da pessoa. A TCC tem ainda pontos de contato com os modelos comportamentais. A ativação comportamental parte da relação entre atividade, contexto e humor e procura ampliar o contato com fontes de reforço e com atividades coerentes com os valores e objetivos do paciente. Com idosos, isso pode significar a retomada gradual de atividades domésticas, sociais, recreativas, físicas e comunitárias, respeitadas as condições funcionais.

A resolução de problemas é outra estratégia importante. Em vez de trabalhar apenas com conteúdos internos, o terapeuta ajuda o paciente a definir um problema, gerar alternativas, avaliar recursos e consequências, escolher uma ação viável e revisar os resultados. A técnica é especialmente pertinente quando o sofrimento se relaciona a dificuldades concretas. A literatura recente sustenta a utilidade das intervenções cognitivo-comportamentais em diferentes formatos, mas aponta limitações metodológicas e diferenças entre protocolos. Corpas, Gilbody e McMillan (2022), em revisão sistemática e metanálise, encontraram evidência de redução de sintomas depressivos com intervenções cognitivo-comportamentais de autoajuda em idosos com sintomas subclínicos, sem evidência suficiente, porém, de que elas previnam novos episódios de depressão. O resultado reforça a necessidade de separar redução de sintomas, tratamento de transtornos estabelecidos e prevenção

Em síntese, os fundamentos da TCC oferecem uma estrutura para compreender e intervir na depressão, mas sua aplicação na velhice requer uma formulação sensível ao contexto. A técnica deve estar subordinada à compreensão da pessoa e de suas circunstâncias, preservando a colaboração, a validação, a individualização e o acompanhamento sistemático.

2.3. A Intervenção em TCC Junto Ao Idoso Depressivo

Aplicar a TCC à pessoa idosa exige adaptação clínica, mas sem descaracterizar os princípios da abordagem. O propósito é tornar as estratégias acessíveis e significativas, considerando as capacidades sensoriais e cognitivas, o contexto social, a história de vida, as preferências e as condições de saúde. As diretrizes clínicas reconhecem a TCC como modalidade estruturada e orientada a objetivos e, ao mesmo tempo, recomendam ajustar o cuidado às circunstâncias individuais (Nice, 2022).

Essa adaptação envolve mais do que simplificar a linguagem ou modificar o ritmo das sessões. É necessário avaliar quais estratégias fazem sentido diante da rotina, dos recursos disponíveis e das dificuldades apresentadas pelo paciente. Uma pessoa idosa que esteja vivenciando isolamento social, por exemplo, pode necessitar de objetivos graduais relacionados à retomada de contatos e atividades, enquanto outra pode apresentar como demanda principal a reorganização da rotina após uma perda ou mudança importante de funcionalidade. A formulação do caso orienta, portanto, a escolha e a sequência das técnicas.

Também é importante considerar que a intervenção pode precisar ser articulada ao contexto de saúde do idoso. Limitações de

mobilidade, dor, alterações sensoriais, uso de medicamentos e outras condições clínicas podem interferir na participação e na execução das tarefas propostas. Nesses casos, o planejamento terapêutico deve ser realista e flexível, preservando os objetivos da TCC sem desconsiderar as condições concretas do paciente. A adaptação, nesse sentido, constitui parte do cuidado clínico e não uma descaracterização da abordagem.

2.4. Adaptações Clínicas e Aliança Terapêutica

A aliança terapêutica envolve confiança, colaboração, respeito e construção compartilhada de metas. Com idosos, isso implica evitar a infantilização, os pressupostos baseados apenas na idade e as decisões tomadas sem a participação do paciente. O profissional deve reconhecer a autonomia possível e investigar como a pessoa entende seus problemas e o que considera importante mudar.

A qualidade dessa relação pode favorecer a adesão às atividades propostas e permitir que dificuldades, dúvidas e limites sejam discutidos de maneira aberta. Em idosos, essa construção é especialmente importante quando existem experiências anteriores de cuidado marcadas por decisões tomadas por terceiros. A postura colaborativa ajuda a preservar o lugar do paciente como sujeito do processo terapêutico e permite que as metas sejam definidas a partir de suas prioridades.

As adaptações podem incluir linguagem simples, frases curtas, repetição de informações, sínteses ao final da sessão, registros escritos legíveis e mais tempo para as respostas. Diante de dificuldades auditivas ou visuais, recursos acessíveis podem favorecer a participação. A frequência e a duração das sessões

também podem ser ajustadas conforme a fadiga, o transporte e a disponibilidade do paciente.

A participação de familiares ou cuidadores pode ser considerada quando o paciente concordar e houver benefício clínico. Ela pode facilitar a realização das atividades e a compreensão do tratamento, mas não deve substituir a voz do paciente.

2.5. Psicoeducação e Ativação Comportamental

A psicoeducação apresenta ao paciente a lógica da depressão e do tratamento, explicando de modo acessível como pensamentos, emoções, comportamentos e contexto se influenciam. O recurso pode reduzir estigmas, ampliar a compreensão do tratamento e favorecer a participação ativa. A ativação comportamental, por sua vez, busca interromper ciclos de esquiva, passividade e redução de atividades, com planejamento gradual e realista, que parta de tarefas possíveis e significativas. O terapeuta pode trabalhar atividades ligadas a prazer, domínio, contato social, autocuidado e participação comunitária, sempre respeitando as limitações físicas e as orientações de outros profissionais de saúde.

Acompanhar os efeitos das atividades é fundamental. Em lugar de metas abstratas, podem ser registrados o que foi feito, como a pessoa se sentiu antes e depois e quais obstáculos apareceram. A finalidade é gerar aprendizagem sobre a relação entre comportamento e estado emocional e ajustar as tarefas conforme os resultados.

Evidências sobre intervenções cognitivo-comportamentais em idosos indicam que formatos de baixa intensidade também podem reduzir sintomas em determinados grupos, embora os efeitos

costumem ser modestos e não devam ser confundidos com prova de prevenção do transtorno depressivo maior (Corpas; Gilbody; McMillan, 2022).

2.6. Reestruturação Cognitiva e Validação Emocional de Perdas Reais

A reestruturação cognitiva consiste em identificar pensamentos automáticos, examinar interpretações e construir alternativas mais equilibradas. Na velhice, porém, é preciso distinguir uma distorção cognitiva de uma avaliação realista de uma perda.

Aposentadoria, viuvez, limitação funcional ou mudança financeira podem representar alterações objetivas na vida da pessoa. Nessas situações, validar a emoção não significa concordar com conclusões negativas generalizadas, e sim reconhecer que o sentimento tem relação compreensível com a experiência vivida. O terapeuta pode acolher a dor e, em seguida, investigar se o significado atribuído à perda se tornou excessivamente amplo.

A intervenção pode então se voltar a questões como quais aspectos da vida continuam disponíveis, que atividades podem ser adaptadas, quais relações podem ser fortalecidas e que recursos já foram usados em situações anteriores. Assim, a TCC reconhece a realidade da perda e, ao mesmo tempo, trabalha as possibilidades de adaptação.

2.7. Resolução de Problemas e Treino de Habilidades Sociais

A resolução de problemas pode ser útil quando o sofrimento está ligado a dificuldades concretas. O processo inclui definir claramente o problema, levantar alternativas, avaliar vantagens e limitações,

escolher uma estratégia viável, executá-la e revisá-la. O método diminui a sensação de desorganização diante de muitas demandas simultâneas. O treino de habilidades sociais pode ser indicado quando dificuldades de comunicação, de assertividade ou de estabelecimento de limites contribuem para o isolamento e para conflitos. Na velhice, essas habilidades ajudam a manter vínculos e a buscar apoio. O trabalho deve respeitar a cultura, a história e o estilo de relacionamento do paciente.

2.8. Prevenção de Recaídas e Manutenção dos Ganhos

A etapa final do tratamento deve consolidar as aprendizagens. O paciente pode ser orientado a reconhecer sinais de piora, situações que costumam aumentar a esquivas ou a ruminação e as estratégias que funcionaram durante a terapia. O plano de manutenção pode reunir atividades significativas, rede de apoio, continuidade de cuidados e formas de procurar ajuda quando necessário.

As diretrizes atuais para depressão destacam a importância de revisar mudanças nas circunstâncias, eventos de vida e sinais de agravamento, além de planejar estratégias para manter os ganhos obtidos na psicoterapia (Nice, 2022). Na população idosa, esse acompanhamento deve incluir também as mudanças de saúde e de funcionalidade.

2.9. Recursos Digitais e Modalidades de Baixa Intensidade

A expansão dos recursos digitais amplia as possibilidades de acesso à TCC, sobretudo para pessoas com dificuldade de deslocamento. No entanto, o uso desses materiais exige avaliar a familiaridade tecnológica, a acessibilidade visual e auditiva, a disponibilidade de

internet e a preferência do paciente. A modalidade deve ser escolhida de forma colaborativa.

Apesar dessas possibilidades, a modalidade remota ou de baixa intensidade não deve ser tratada como solução universal. Barreiras de alfabetização digital, limitações visuais ou auditivas, dificuldades de acesso e preferência por atendimento presencial podem comprometer a utilização dos recursos. Por isso, a escolha da modalidade precisa considerar não apenas a disponibilidade tecnológica, mas também a capacidade e a disposição do paciente para utilizá-la de maneira confortável e segura.

Revisões sobre intervenções cognitivo-comportamentais mediadas por tecnologia em adultos mais velhos apontam resultados promissores para sintomas depressivos, mas ressaltam a necessidade de considerar adesão, acesso e características dos estudos. Desse modo, os recursos digitais podem complementar o cuidado, sem eliminar a necessidade de avaliação clínica e de adaptação individual (Xiang et al., 2020).

2.10. Avaliação Clínica, Diagnóstico Diferencial e Limites da Intervenção Síntese das Contribuições da TCC para a Clínica Gerontológica.

A TCC não substitui a avaliação diagnóstica abrangente. Antes e durante o tratamento, é importante acompanhar sintomas, funcionamento e mudanças de contexto. Instrumentos de rastreio auxiliam a identificar sintomas depressivos, mas seus resultados devem ser interpretados junto com a entrevista clínica e as demais informações relevantes.

Esse cuidado é fundamental porque a presença de sintomas depressivos em pessoas idosas pode estar associada a diferentes condições e circunstâncias. A identificação de alterações cognitivas, mudanças importantes de funcionalidade ou agravamento do quadro deve orientar a continuidade da avaliação e, quando necessário, o encaminhamento para outros profissionais. Dessa forma, a TCC deve ser compreendida como parte de um cuidado clínico responsável, e não como intervenção isolada para todas as situações apresentadas na velhice.

O diagnóstico diferencial torna-se ainda mais necessário diante de queixas cognitivas, múltiplas condições médicas ou mudanças funcionais. A equipe deve considerar o encaminhamento ou o trabalho interdisciplinar sempre que houver necessidade de avaliação médica, neuropsicológica ou de outros profissionais.

Outro limite diz respeito à diversidade da população idosa. Evidências obtidas em determinados contextos não podem ser estendidas automaticamente a todos os idosos, em especial aos que apresentam comprometimento cognitivo importante, limitações sensoriais severas ou condições sociais específicas. A revisão da literatura deve separar os resultados para sintomas subclínicos, depressão diagnosticada, instituições de longa permanência e presença de transtornos neurocognitivos.

Em idosos com doença de Alzheimer e sintomas depressivos, uma revisão sistemática com metanálise encontrou resultados favoráveis à TCC, mas apontou heterogeneidade entre os protocolos e a necessidade de novas pesquisas (González-Martín et al., 2023). Isso reforça a necessidade de adaptar as intervenções e de evitar conclusões generalizantes.

2.11. Síntese das Contribuições da TCC para a Clínica Gerontológica

A partir do referencial apresentado, a TCC pode ser entendida como uma abordagem que oferece recursos para trabalhar a relação entre pensamentos, emoções, comportamentos e contexto, com foco em objetivos definidos em conjunto com o paciente. Na velhice, suas contribuições dependem de integrar técnicas estruturadas a uma compreensão ampla da história de vida e das condições concretas de cada indivíduo.

A intervenção pode ampliar os repertórios de enfrentamento, favorecer a retomada de atividades significativas, desenvolver habilidades de resolução de problemas, flexibilizar interpretações excessivamente generalizadas e fortalecer a autonomia possível. Contudo, é preciso manter a distinção entre sintomas depressivos e respostas humanas compreensíveis diante de perdas. A qualidade do atendimento depende, assim, não apenas do domínio técnico das ferramentas, mas também da capacidade de formular o caso, validar experiências e ajustar a intervenção.

As evidências disponíveis sustentam a relevância das psicoterapias para a depressão na velhice, mas também revelam diferenças entre protocolos e níveis de certeza. A TCC deve ser inserida em um cuidado individualizado e, quando necessário, articulado a outros profissionais e serviços. Essa perspectiva situa a intervenção psicológica como parte de um cuidado integral.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, de caráter qualitativo e exploratório. A investigação fundamentou-se no

levantamento e na análise de publicações científicas, diretrizes internacionais e livros-texto consagrados na área da psicologia gerontológica e do modelo cognitivo-comportamental.

Os critérios adotados para a seleção do material priorizaram a inclusão de artigos científicos nacionais e internacionais, manuais conceituais da abordagem cognitivo-comportamental, obras de referência em neuropsicologia gerontológica e diretrizes oficiais de órgãos de saúde como o National Institute for Health and Care Excellence e a Organização Mundial da Saúde, enquanto foram descartados do corpus analítico os trabalhos duplicados, as pesquisas voltadas exclusivamente para intervenções psicofarmacológicas isoladas e os estudos focados em quadros demenciais graves sem articulação com a TCC. A análise do material selecionado deu-se de forma analítico-interpretativa, categorizando as evidências em eixos temáticos que fundamentam os resultados e as reflexões apresentadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Aspectos Psicossociais e Especificidades da Depressão na Velhice

Os achados destacam a relevância de diferenciar a senescência (envelhecimento fisiológico) da senilidade (condições patológicas). Eventos como aposentadoria, isolamento social, luto e redução do suporte relacional atua como importantes desencadeadores de sofrimento psíquico. Além disso, a sintomatologia depressiva no idoso apresenta-se frequentemente de forma atípica, sobressaindo-se queixas somáticas, astenia, anedonia e alterações cognitivas

(como lapsos de memória) em detrimento da verbalização direta de tristeza.

4.2. Estratégias e Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental

A literatura mapeia um conjunto de intervenções fundamentais adaptadas à população idosa, que incluem a psicoeducação (para explicar o modelo cognitivo e diminuir estigmas), a ativação comportamental (planeamento gradual de tarefas de prazer e domínio para interromper ciclos de esquiva e isolamento), a reestruturação cognitiva (flexibilização de pensamentos automáticos distorcidos sem invalidar perdas reais), a resolução de problemas (enfrentamento de estressores do quotidiano), o treino de habilidades sociais (fortalecimento da comunicação e suporte) e a prevenção de recaídas (mapeamento de gatilhos e plano de manutenção).

4.3. Ajustes Clínicos e Modalidades de Atendimento

Para assegurar a eficácia das intervenções, os estudos apontam a necessidade de flexibilização das sessões, utilizando linguagem clara e acessível, fornecendo resumos escritos ou verbais ao final do atendimento, respeitando os ritmos de processamento, a fadiga e as limitações sensoriais do idoso, além da possibilidade de inclusão colaborativa de familiares ou cuidadores. Aponta-se ainda o potencial promissor de recursos digitais e intervenções de baixa intensidade, ressaltando-se as barreiras de acesso e letramento tecnológico.

5. CONCLUSÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental demonstra ser um referencial psicoterápico sólido, consistente e eficaz para o acompanhamento da pessoa idosa com depressão leve e moderada. Seus métodos estruturados e focados na resolução de problemas adaptam-se com êxito às demandas específicas da gerontologia.

A efetividade da abordagem fundamenta-se no alinhamento entre as técnicas operacionais (ativação comportamental, reestruturação cognitiva e psicoeducação) e a sensibilidade clínica do profissional em acolher as subjetividades do envelhecer. Evitar o atalho da patologização do luto, respeitar as limitações biológicas e promover a autonomia do idoso são condições imprescindíveis para o sucesso do plano terapêutico.

Recomenda-se a realização de novas pesquisas empíricas que investiguem a aplicabilidade a longo prazo de intervenções adaptadas no contexto público de saúde, bem como estudos que aprofundem o impacto do trabalho multiprofissional integrado na saúde mental do idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, Judith S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: mortalidade por suicídio e lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 52, n. 33, 2021.

CORPAS, Jorge; GILBODY, Simon; MCMILLAN, Dean. Cognitive, behavioural or cognitive-behavioural self-help interventions for

subclinical depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 308, p. 384-390, 2022.

FONTENELLE, Leonardo F. **Saúde mental e envelhecimento: diagnóstico e intervenções**. São Paulo: Roca, 2019.

GOLDFRIED, Marvin R. **A psicoterapia e a pessoa idosa: integração de abordagens para uma intervenção eficaz**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GONZÁLEZ-MARTÍN, Ana María et al. Addressing depression in older adults with Alzheimer's through cognitive behavioral therapy: systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 15, 1222197, 2023.

KNAPP, Paulo (org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MALLOY-DINIZ, Leandro F. et al. **Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NERI, Anita Liberalesso (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociais**. 7. ed. Campinas: Papirus, 2013.

NICE – NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Depression in adults: treatment and management (NG222)**. London: NICE, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>. Acesso em: 29 set. 2026.

OLIVEIRA, Irismar Reis de. **Terapia cognitivo-comportamental: modelos de intervenção nas psicopatologias.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas globais de saúde. Genebra: OMS, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization, 2026. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Acesso em: 29 set. 2026.

PAPALIA, Diane E.; **MARTORELL,** Gabriela. **Desenvolvimento humano.** 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022.

WRIGHT, Jesse H. et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

XIANG, Xiaoling et al. Internet-delivered cognitive behavioral therapies for late-life depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Internet Research**, 2020.

¹ Curso Superior de Psicologia do Instituto FEST – Faculdade De Educação Santa Terezinha *Campus* Imperatriz. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Discente Professora Administradora, Advogada, Psicóloga e Teóloga. Especialista em Docência do Ensino Superior e em Gestão e Legislação Tributária. Especialista do Curso de Psicologia do Instituto

FEST – Faculdade De Educação Santa Terezinha *Campus* Imperatriz.

E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)