

DEPRESSÃO NA VELHICE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO: ENTRE A TEORIA COGNITIVA E O SUPORTE ESPIRITUAL

DEPRESSION IN OLD AGE AND COPING STRATEGIES: BETWEEN COGNITIVE THEORY AND SPIRITUAL SUPPORT

Elizete Maria Bittencourt Soares Miranda

<https://orcid.org/0009-0000-0268-0618>

Caroline Bittencourt Miranda

<https://orcid.org/0009-0006-7270-0809>

Flávio Martins da Silva

<https://orcid.org/0009-0005-1162-5609>

Valtair Afonso Miranda

<https://orcid.org/0000-0003-4556-2253>

Rosalee Santos Crespo Istoe

<https://orcid.org/0000-0001-8959-9280>

Resumo: O presente artigo analisa a depressão na velhice como um fenômeno complexo que transcende a dimensão biológica, configurando-se como um desafio biopsicossocial e existencial, com impactos significativos na qualidade de vida e no bem-estar subjetivo dos idosos. A partir das reflexões de Simone de Beauvoir sobre a invisibilidade social e a morte voluntária, o texto discute como o idadismo contribui para o subdiagnóstico da patologia, dificultando o reconhecimento clínico e a implementação de intervenções adequadas. Sob a ótica da gerontologia e da psicologia cognitiva, examinam-se os mecanismos de resiliência e a reestruturação de esquemas negativos, destacando-se o papel das crenças, da interpretação da realidade e dos processos adaptativos na experiência do envelhecimento. Por fim, propõe-se o suporte espiritual, fundamentado no conceito de Coping Religioso-Espiritual (CRE) e na literatura de lamento bíblico, como uma estratégia complementar eficaz, especialmente no enfrentamento do sofrimento psíquico e existencial. Considera-se que a espiritualidade pode oferecer sentido, esperança e recursos simbólicos para lidar com perdas e limitações. Conclui-se que o cuidado integral ao idoso exige uma atuação intersetorial que articule dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, promovendo uma abordagem mais humanizada, sensível às singularidades do envelhecimento e comprometida com a dignidade da pessoa idosa em diferentes contextos de vida.

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PGCL/UENF), elizetemiranda@gmail.com ;

²Mestre em Biologia pela Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PGCL/UENF), Carolbitten151@gmail.com ;

³Doutorando do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PGCL/UENF), martinsflaviosilva@gmail.com ;

⁴Pós-doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com ;

⁵Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;

Palavras-chave: Envelhecimento; Depressão; Gerontologia; Espiritualidade; Coping Religioso.

Abstract: This article analyzes depression in old age as a complex phenomenon that transcends the biological dimension, constituting a biopsychosocial and existential challenge, with significant impacts on quality of life and the subjective well-being of older adults. Drawing on the reflections of Simone de Beauvoir on social invisibility and voluntary death, the text discusses how ageism contributes to the underdiagnosis of the condition, hindering clinical recognition and the implementation of appropriate interventions. From the perspectives of gerontology and cognitive psychology, the mechanisms of resilience and the restructuring of negative schemas are examined, highlighting the role of beliefs, the interpretation of reality, and adaptive processes in the experience of aging. Finally, spiritual support is proposed, grounded in the concept of Religious-Spiritual Coping (RSC) and in the literature of biblical lament, as an effective complementary strategy, especially in coping with psychological and existential suffering. It is considered that spirituality can offer meaning, hope, and symbolic resources to deal with losses and limitations. It is concluded that comprehensive care for older adults requires an intersectoral approach that articulates biological, psychological, social, and spiritual dimensions, promoting a more humanized approach, sensitive to the singularities of aging and committed to the dignity of the elderly person in different life contexts.

Keywords: Aging; Depression; Gerontology; Spirituality; Religious Coping.

1. INTRODUÇÃO

Simone de Beauvoir, em sua obra *A Velhice* (1970), especificamente no capítulo “A velhice na sociedade de hoje”, expõe a realidade de homens e mulheres idosos diante de quadros de solidão, abandono, ansiedade e depressão. Embora a pesquisa tenha sido publicada há mais de cinco décadas e utilize dados estatísticos das décadas de 1940 a 1960, sua análise preserva uma atualidade desconcertante. A permanência dessas referências justifica-se pela persistência estrutural do que a autora denomina “escândalo”, qual seja, um descaso social crônico que atravessa gerações e mantém o idoso em uma condição de marginalidade. Beauvoir demonstra, por meio de uma investigação densa, que a precariedade da existência na idade derradeira não é um dado biológico inevitável, mas uma construção social de invisibilidade. Ao discutir o sofrimento psíquico, ela afirma: “A velhice aparece mais claramente como aquilo que sempre foi: uma espécie de segredo vergonhoso, do qual é indecente falar” (BEAUVOIR, 1970, p. 553).

A autora argumenta que, para parcela significativa dessa população, a situação de vida torna-se tão intolerável que a morte é preferível ao que denominam “suplício de viver”. Beauvoir introduz aqui o conceito de “morte voluntária”, estabelecendo uma distinção crucial entre o suicídio decorrente de psicose (patológico) e a decisão existencial do indivíduo diante de um mundo que lhe retirou o sentido da vida. Historicamente, a velhice é a faixa etária em que esses índices são mais elevados. A autora demonstra que os levantamentos estatísticos na França já indicavam um aumento progressivo na porcentagem de mortes voluntárias conforme o avanço da idade, especialmente entre os 40 e os 80 anos.

Durante a análise, observa-se que a incidência desses eventos é consideravelmente superior entre homens. Essa disparidade pode ser compreendida pela intersecção entre o envelhecimento e o papel social masculino, frequentemente alicerçado na produtividade e no provimento. A perda dessas funções sociais mergulha o homem em um isolamento que antecipa a própria extinção física. Este fenômeno dialoga com o conceito contemporâneo de morte social, no qual o indivíduo é privado de sua relevância e agência antes mesmo do fim biológico. As estatísticas de diversos países e os dados compilados por alguns pesquisadores corroboram essa tendência.

Dados subsequentes demonstraram que o suicídio de idosos representava, na França, três quartos das mortes voluntárias. Enquanto a taxa até os 55 anos era de 51 casos por 100.000 habitantes, após essa idade o índice subia para 158. Um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1960, indicou que a taxa máxima de suicídios masculinos se situava aos 70 anos ou mais em nações europeias e na Austrália. A taxa máxima feminina ocorria dez anos antes, mantendo-se em patamares inferiores. No Canadá, na Escandinávia e entre a população afro-americana dos Estados Unidos, o pico situava-se entre os 60 e 69 anos. Nesses contextos, a morte voluntária na velhice figurava como causa de mortalidade mais expressiva do que patologias como a tuberculose pulmonar, evidenciando o peso do sofrimento existencial sobre a saúde coletiva.

Embora os índices gerais de suicídio tenham declinado globalmente após a Primeira Guerra Mundial, essa tendência não se refletiu na população acima de 60 anos. De acordo com dados levantados, a taxa entre quadragenários estadunidenses era de 22/100.000, ascendendo drasticamente para 697/100.000 aos 80 anos. Ainda que parte desses óbitos decorra de quadros depressivos não tratados, Beauvoir insiste que a psicose raramente é a causa primária. A explicação reside na convergência de fatores sociais e psicológicos, tais como o declínio biológico, o isolamento e, acima de tudo, a inadaptação a uma sociedade que invisibiliza o velho. Conforme Gruhle, o suicídio não é fruto de um episódio isolado, mas o desfecho de uma trajetória histórica marcada pela perda progressiva de lugar no mundo.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a depressão na velhice a partir de uma abordagem interdisciplinar que integre contribuições da gerontologia, da psicologia cognitiva e da espiritualidade. De modo específico, busca-se compreender como os fatores sociais, cognitivos e existenciais interagem na constituição do sofrimento psíquico na terceira idade, bem como investigar em que medida estratégias de enfrentamento, como a reestruturação cognitiva e o Coping Religioso-Espiritual (CRE), podem contribuir para a promoção do bem-estar e da resiliência. Parte-se do pressuposto de que a depressão no envelhecimento não pode ser compreendida de forma isolada, exigindo uma leitura ampliada que considere o sujeito em sua totalidade.

Como hipótese central, sustenta-se que a integração entre intervenções psicológicas baseadas na Teoria Cognitivo-Comportamental e o suporte espiritual pode potencializar os mecanismos de enfrentamento do idoso diante do sofrimento existencial. Considera-se que a reestruturação de esquemas cognitivos negativos, aliada à oferta de sentido, esperança e pertencimento proporcionados pela espiritualidade, constitui uma via eficaz para mitigar os impactos da depressão. Ademais, pressupõe-se que o reconhecimento da dimensão espiritual não substitui, mas complementa as abordagens clínicas tradicionais, favorecendo uma assistência mais humanizada e sensível às demandas subjetivas do envelhecimento.

Do ponto de vista metodológico, o estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter exploratório e fundamentada em revisão bibliográfica. Foram analisadas obras clássicas e contemporâneas no campo da gerontologia, da

psicologia cognitiva e da espiritualidade, com destaque para autores como Simone de Beauvoir, Aaron T. Beck, Anita Liberalesso Neri e Kenneth Pargament. A análise dos dados foi conduzida de forma interpretativa, buscando articular os referenciais teóricos com a problemática da depressão na velhice, a fim de construir uma compreensão integrada do fenômeno e de suas possíveis estratégias de enfrentamento.

2. PERSPECTIVAS GERONTOLÓGICAS E DIAGNÓSTICAS DA DEPRESSÃO NA VELHICE

Diante de quadros alarmantes de sofrimento psíquico na terceira idade, torna-se imperativo discutir estratégias de auxílio e mitigação. Julianne Pessequillo, geriatra especializada em longevidade, observa que as transições típicas dessa fase, como a aposentadoria, as perdas afetivas e as alterações de rotina, tornam os idosos particularmente vulneráveis ao transtorno depressivo. Embora frequentemente confundida com uma "tristeza inerente à idade", a depressão é uma condição clínica severa que compromete a autonomia, a saúde física e a qualidade de vida (PESSEQUILLO, 2025).

Em termos globais, estima-se que cerca de um terço da população idosa apresente sintomas depressivos, especialmente em contextos de isolamento social ou luto. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE) indicam que até 13% dos indivíduos com mais de 60 anos possuem diagnóstico formal da doença. Contudo, esse número pode ser ainda mais expressivo se considerarmos o idadismo (ou ageísmo). Esse preconceito estrutural faz com que familiares e profissionais de saúde negligenciem o sofrimento psíquico do idoso, interpretando a dor existencial e a apatia como manifestações naturais e inevitáveis da senescência, o que contribui para um cenário crítico de subdiagnóstico.

Sob a perspectiva da gerontologia de Anita Liberalesso Neri, o envelhecimento bem-sucedido é um processo de adaptação contínua pautado pela resiliência. Neri enfatiza que o bem-estar na velhice depende do modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC). Segundo essa métrica, o idoso mobiliza recursos para selecionar metas viáveis, otimizar suas capacidades remanescentes e compensar perdas funcionais ou sociais. Quando o indivíduo não consegue operar esses mecanismos, seja por fragilidade biológica ou escassez de suporte social, a vulnerabilidade emocional se acentua, elevando a probabilidade de episódios depressivos (NERI, 2007).

Fatores como doenças crônicas e limitações funcionais exercem impacto negativo sobre a autoimagem, levando o idoso a perceber-se sob o estigma do "encargo social". Do ponto de vista psicológico, o modelo cognitivo de Aaron T. Beck e Bradley A. Alford (2009) sugere que experiências de perda podem ativar esquemas cognitivos negativos. No envelhecimento, o declínio funcional atua como gatilho para esses esquemas, favorecendo padrões de pensamento caracterizados pelo pessimismo e pela desvalorização pessoal.

Para o enfrentamento clínico, instrumentos como o Beck Depression Inventory II (BDI-II) mostram-se fundamentais. Embora existam escalas específicas para a gerontologia, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), o BDI-II justifica-se por sua capacidade de avaliar a tríade cognitiva (visão negativa de si, do mundo e do futuro) sob a égide da Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC). O inventário permite identificar não apenas o afeto deprimido, mas também as distorções de pensamento que sustentam o quadro, facilitando a elaboração de intervenções psicoterapêuticas focadas na reestruturação cognitiva.

A depressão não constitui uma consequência inevitável do envelhecimento. Quando identificada precocemente, permite intervenções eficazes que incluem o fortalecimento de redes de apoio e o estímulo ao envelhecimento ativo. O tratamento deve ser interdisciplinar e individualizado, envolvendo psicoterapia e, se necessário, suporte farmacológico, com atenção às interações medicamentosas.

Expandir a atenção à saúde mental do idoso é, portanto, uma necessidade premente em sociedades com envelhecimento populacional acelerado, combatendo a invisibilidade e garantindo a dignidade na fase derradeira da vida. Considerando que o tratamento da depressão no envelhecimento exige uma abordagem interdisciplinar, a compreensão do fenômeno não se esgota nas dimensões biológica e cognitiva. Para além do suporte farmacológico e psicoterápico, emerge a necessidade de investigar como o idoso ressignifica sua existência por meio de sistemas de crenças. Nesse sentido, a dimensão espiritual apresenta-se não apenas como um conforto subjetivo, mas também como uma estrutura cognitiva e social de amparo.

Nesse horizonte ampliado, a espiritualidade pode ser compreendida como um recurso de elaboração simbólica capaz de reorganizar a experiência subjetiva do sofrimento. Diferentemente de uma abordagem meramente confessional, trata-se de reconhecer a espiritualidade como dimensão constitutiva da subjetividade humana, articulada à busca por sentido, pertencimento e transcendência. Em contextos de envelhecimento, marcados por perdas sucessivas e pela proximidade da finitude, essa dimensão adquire centralidade, funcionando como mediadora entre o sofrimento psíquico e a reconstrução de narrativas existenciais.

Do ponto de vista da psicologia cognitiva, a inserção da espiritualidade no processo terapêutico pode favorecer a ressignificação de esquemas disfuncionais. Crenças centrais associadas à inutilidade, abandono ou desesperança podem ser reinterpretadas à luz de sistemas simbólicos que oferecem sentido e continuidade. Assim, o suporte espiritual não se opõe à intervenção psicológica, mas atua de forma complementar, contribuindo para a flexibilização cognitiva e para a ampliação de repertórios interpretativos diante da realidade vivida pelo idoso.

A participação em comunidades religiosas ou grupos de apoio espiritual promove efeitos psicossociais relevantes, como o fortalecimento de vínculos, a redução do isolamento e o aumento da percepção de suporte social. Esses fatores são amplamente reconhecidos na literatura como elementos protetivos contra a depressão. A inserção social mediada pela religiosidade contribui para restaurar o sentimento de pertencimento, frequentemente comprometido no envelhecimento, especialmente em contextos de abandono familiar ou institucionalização.

Outro aspecto relevante refere-se à dimensão ética do cuidado, que exige a consideração integral do sujeito em sua singularidade. Nesse sentido, a escuta qualificada das demandas espirituais do idoso deve ser incorporada às práticas de saúde, respeitando suas crenças, valores e trajetórias de vida. Tal postura implica reconhecer que o sofrimento existencial não pode ser reduzido a categorias diagnósticas, demandando abordagens que contemplem o sentido da experiência humana para além dos sintomas clínicos.

Entretanto, é fundamental estabelecer limites claros na utilização da espiritualidade como estratégia de enfrentamento. Quando mal conduzida, pode reforçar sentimentos de culpa, inadequação ou punição, especialmente em interpretações religiosas negativas. Por isso, a atuação de profissionais e agentes de apoio deve estar orientada por princípios éticos e pelo conhecimento das dinâmicas do Coping Religioso-Espiritual, distinguindo práticas que promovem saúde daquelas que agravam o sofrimento psíquico.

A integração entre ciência e espiritualidade apresenta-se como um caminho promissor para a construção de práticas de cuidado mais abrangentes e eficazes. Ao reconhecer a complexidade da depressão na velhice, torna-se possível desenvolver intervenções que não apenas tratem sintomas, mas que também promovam sentido, dignidade e qualidade de vida. Essa perspectiva reforça a necessidade de políticas públicas e práticas institucionais que incorporem a dimensão espiritual como parte legítima do cuidado integral ao idoso.

3. O SUPORTE RELIGIOSO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

Assim, no âmbito da espiritualidade, as intervenções compreendem o acompanhamento por orientadores e grupos de apoio que visam oferecer ao idoso, por meio da fé, suporte emocional e senso de comunidade. A mobilização da dimensão transcendental configura-se como uma ferramenta de Coping Religioso-Espiritual (CRE). Conforme os estudos de Kenneth Pargament (1997) e de Alexander Moreira-Almeida e André Stroppa (2012), o CRE utiliza recursos religiosos para o manejo do estresse e do sofrimento, auxiliando o indivíduo na busca por resiliência diante da patologia mental. Nesse sentido, a participação da família é fundamental no encaminhamento do idoso ao suporte pastoral ou confessional, promovendo um apoio psicossocial essencial que contribui para mitigar quadros depressivos. Todavia, é importante que o conselheiro atue na promoção do Coping Religioso Positivo, caracterizado pela busca de sentido e apoio em Deus, em detrimento do Coping Religioso Negativo, que interpreta a doença como punição divina ou falta de fé, visões que aprofundam a culpa e o isolamento.

A Bíblia oferece o suporte tradicional necessário para essa abordagem, conferindo autoridade e estrutura à intervenção por meio de categorias conceituais fundamentais. Uma delas é o fortalecimento transparente, no qual a perspectiva teológica sugere que o amparo divino ocorre pela concessão de força para o manejo da depressão, conforme ilustrado em Filipenses 4:13 e no Salmo 34:18. Essa proximidade com o "espírito oprimido" é reforçada em Romanos 8:26-27, que valida a intercessão espiritual mesmo quando o sofrimento é inexprimível verbalmente. Além disso, o uso dos Salmos permite ao idoso identificar-se com a literatura de lamento, legitimando a expressão da dor e dialogando com a reestruturação de esquemas cognitivos negativos. Ao validar o clamor, o texto bíblico permite que o sujeito expresse sua angústia sem o peso do estigma moral, enquanto a escatologia bíblica oferece uma perspectiva de futuro e esperança, atuando como contraponto ao desamparo aprendido. Por fim, textos como o Salmo 73:21-25 descrevem estados de amargura como reações humanas compreensíveis, reafirmando a presença contínua como guia para a estabilidade emocional.

Complementarmente, a prática da oração é central no manejo do sofrimento real, exigindo do intercessor empatia e foco na esperança. Para que respeite a condição clínica do idoso, a oração deve pautar-se pela concisão e serenidade, reconhecendo a dificuldade de concentração típica dos quadros depressivos. O foco na aceitação divina deve ser utilizado para combater a autoimagem negativa e a invisibilidade social, reforçando a dignidade do indivíduo, ao mesmo tempo em que se busca o alívio da dor existencial. É essencial que a oração seja realizada com o sujeito, fortalecendo o vínculo social e combatendo o isolamento, sem jamais sugerir que a patologia decorra de fragilidades morais. Por fim, o acolhimento espiritual deve exercer a intersectorialidade, reconhecendo os limites da atuação pastoral e garantindo que o quadro clínico seja acompanhado por suporte médico ou psicológico especializado, assegurando uma assistência integral e segura.

A integração entre a abordagem cognitiva e o suporte espiritual exige, portanto, uma atuação interdisciplinar que respeite tanto os limites quanto as potencialidades de cada campo. A psicologia cognitiva oferece instrumentos valiosos para a identificação de pensamentos automáticos disfuncionais, enquanto a espiritualidade amplia o horizonte de sentido, permitindo ao idoso reinterpretar sua experiência de sofrimento à luz de valores transcendentes. Essa complementaridade não implica a sobreposição de saberes, mas sim um diálogo cuidadoso, orientado pelo bem-estar integral do sujeito.

Nesse contexto, torna-se fundamental considerar a singularidade da trajetória de vida do idoso, incluindo suas crenças, práticas religiosas e experiências prévias com a fé. A espiritualidade não deve ser imposta como estratégia terapêutica, mas acolhida quando já se apresenta como dimensão significativa da existência do indivíduo. Tal postura ética

evita a instrumentalização da fé e garante que o cuidado seja centrado na pessoa, respeitando sua autonomia e dignidade.

Além disso, a escuta qualificada assume papel central nesse processo, funcionando como ponto de convergência entre o cuidado psicológico e o acompanhamento espiritual. Ouvir o idoso em sua totalidade — suas dores, memórias, perdas e esperanças — possibilita a construção de vínculos de confiança, essenciais para qualquer intervenção eficaz. A escuta empática também contribui para a redução do sentimento de invisibilidade frequentemente relatado por indivíduos nessa fase da vida.

Outro aspecto relevante diz respeito à resignificação das perdas, que são recorrentes na velhice, como a diminuição da autonomia, o afastamento social e o luto por entes queridos. A articulação entre técnicas cognitivas e recursos espirituais pode favorecer a elaboração dessas experiências, transformando-as em oportunidades de crescimento interior e fortalecimento emocional. Nesse sentido, a fé pode atuar como mediadora na construção de novos significados para a existência.

A promoção de atividades coletivas, como grupos de apoio com base espiritual, também se mostra eficaz na redução de sintomas depressivos. Esses espaços favorecem a socialização, o compartilhamento de experiências e o fortalecimento do senso de pertencimento, elementos fundamentais para a saúde mental do idoso. Ao mesmo tempo, devem ser conduzidos com sensibilidade, evitando discursos normativos ou culpabilizadores que possam agravar o sofrimento psíquico.

Cabe destacar ainda a importância da formação dos profissionais e líderes religiosos envolvidos nesse tipo de intervenção. É imprescindível que estejam capacitados para reconhecer sinais de depressão, compreender suas manifestações clínicas e encaminhar adequadamente os casos que demandam acompanhamento especializado. A atuação responsável e informada contribui para a prevenção de práticas inadequadas e para a promoção de um cuidado ético e eficaz.

No âmbito familiar, o incentivo à participação ativa no cuidado espiritual e emocional do idoso pode potencializar os efeitos das intervenções. A família, quando orientada, torna-se um agente de apoio contínuo, reforçando práticas saudáveis e contribuindo para a manutenção do vínculo afetivo. Essa rede de suporte é essencial para a construção de um ambiente acolhedor e protetivo.

É necessário reconhecer que o enfrentamento da depressão na velhice é um processo contínuo, que demanda acompanhamento, sensibilidade e adaptação às mudanças ao longo do tempo. A integração entre teoria cognitiva e suporte espiritual não oferece soluções imediatas, mas constitui um caminho consistente e humanizado, capaz de promover não apenas a redução dos sintomas, mas também a reconstrução do sentido da vida e da esperança.

4. PROTOCOLO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO: ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL E ESPIRITUAL NA DEPRESSÃO NA VELHICE

A complexidade da depressão na velhice exige a superação de modelos unidimensionais de cuidado, demandando a construção de estratégias que articulem, de forma sistemática, as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual da experiência humana. Nesse sentido, propõe-se um protocolo integrado de intervenção que combina pressupostos da gerontologia, da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e do Coping Religioso-Espiritual (CRE), visando oferecer um cuidado mais abrangente, sensível às singularidades do envelhecimento e orientado à promoção da dignidade da pessoa idosa.

O protocolo inicia-se com uma avaliação multidimensional, que contempla não apenas os aspectos clínicos da depressão, mas também as condições sociais, o nível de

suporte familiar, as crenças cognitivas disfuncionais e os recursos espirituais do indivíduo. Instrumentos como o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) podem ser utilizados para mensuração dos sintomas, enquanto entrevistas semiestruturadas permitem identificar padrões de pensamento associados à desesperança, à perda de sentido e à autoimagem negativa. Paralelamente, investiga-se a dimensão espiritual, considerando o papel da fé, das práticas religiosas e das narrativas existenciais na forma como o idoso interpreta sua condição.

Na dimensão psicológica, a intervenção baseia-se na reestruturação cognitiva proposta pela TCC, com foco na identificação e modificação de pensamentos automáticos negativos e crenças centrais disfuncionais. Idosos frequentemente internalizam discursos sociais marcados pelo idadismo, desenvolvendo esquemas cognitivos relacionados à inutilidade, ao abandono e à perda de valor. A intervenção busca, portanto, promover a flexibilização dessas crenças, estimulando interpretações mais adaptativas da realidade e fortalecendo a percepção de autoeficácia e pertencimento.

A integração com a dimensão espiritual ocorre de forma complementar e não impositiva, respeitando a autonomia e a história de vida do indivíduo. O Coping Religioso-Espiritual (CRE) é mobilizado como recurso terapêutico na ressignificação do sofrimento, possibilitando ao idoso reinterpretar suas perdas à luz de valores transcendentais. Elementos como a esperança, o perdão, a confiança e o sentido existencial são trabalhados como mediadores psicológicos que contribuem para a redução da desesperança e da ideação suicida. A literatura de lamento, especialmente presente em tradições bíblicas, pode ser utilizada como ferramenta simbólica de expressão emocional, legitimando a dor sem negar a possibilidade de reconstrução de sentido.

No âmbito social, o protocolo enfatiza a reconstrução de vínculos e a inserção do idoso em redes de apoio, formais e informais. A solidão e o isolamento social são fatores de risco significativos para a depressão, sendo necessário estimular a participação em grupos comunitários, atividades coletivas e espaços de convivência que favoreçam o reconhecimento social e a valorização da experiência acumulada ao longo da vida. A atuação intersetorial, envolvendo profissionais da saúde, assistência social e lideranças comunitárias ou religiosas, mostra-se fundamental para a efetividade dessas ações.

A dimensão biológica, por sua vez, não é negligenciada, sendo integrada ao protocolo por meio do acompanhamento médico adequado, especialmente no que se refere ao uso de farmacoterapia quando indicada. A articulação entre intervenção psicoterapêutica e tratamento medicamentoso potencializa os resultados clínicos, sobretudo em quadros moderados e graves de depressão. A comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado deve ser contínua, garantindo uma abordagem coerente e centrada no paciente.

A operacionalização do protocolo pode ser organizada em etapas sequenciais e flexíveis, iniciando-se pela avaliação, seguida da formulação de caso, intervenção e monitoramento contínuo. A formulação de caso, em particular, desempenha papel central ao integrar os dados obtidos nas diferentes dimensões, permitindo compreender como fatores biológicos, cognitivos, sociais e espirituais interagem na manutenção do quadro depressivo. Essa compreensão orienta a construção de estratégias terapêuticas individualizadas e mais eficazes.

No processo interventivo, técnicas específicas da Terapia Cognitivo-Comportamental podem ser adaptadas à realidade da pessoa idosa, considerando possíveis limitações cognitivas, sensoriais ou funcionais. Estratégias como registro de pensamentos, reestruturação cognitiva guiada, ativação comportamental e treino de habilidades sociais devem ser conduzidas com linguagem acessível e ritmo compatível com o paciente, garantindo maior adesão ao tratamento.

A dimensão espiritual pode ser incorporada por meio de práticas como a escuta de narrativas de fé, leitura de textos significativos, momentos de oração (quando desejado pelo paciente) e incentivo à participação em comunidades religiosas. Tais práticas funcionam como mediadoras de sentido e pertencimento, contribuindo para a elaboração simbólica das perdas e para o fortalecimento de recursos internos diante do sofrimento.

Outro aspecto relevante refere-se ao envolvimento da família no processo terapêutico. A família constitui, muitas vezes, a principal rede de apoio do idoso, sendo fundamental orientá-la quanto à natureza da depressão, às formas de cuidado e à importância de evitar atitudes que reforcem a dependência excessiva ou a desvalorização do indivíduo. A psicoeducação familiar contribui para a construção de um ambiente mais acolhedor e favorecedor da recuperação.

Além disso, o protocolo propõe o monitoramento contínuo dos resultados, por meio da reavaliação periódica dos sintomas e da qualidade de vida do paciente. Esse acompanhamento permite ajustes nas intervenções, garantindo maior efetividade do cuidado e prevenindo recaídas. A utilização de indicadores objetivos e subjetivos possibilita uma visão mais ampla da evolução clínica e existencial do idoso.

É importante considerar também os limites do protocolo, reconhecendo que sua aplicação depende de fatores contextuais, como a disponibilidade de recursos institucionais, a formação dos profissionais e as especificidades culturais dos indivíduos atendidos. Dessa forma, a proposta não deve ser entendida como um modelo rígido, mas como um referencial flexível, passível de adaptação às diferentes realidades.

Em síntese, o protocolo integrado aqui proposto reafirma a necessidade de uma abordagem ampliada da depressão na velhice, que vá além da redução de sintomas e contemple a reconstrução do sentido de vida, o fortalecimento dos vínculos e a valorização da dimensão espiritual. Ao articular diferentes campos do saber, essa perspectiva contribui para um cuidado mais humano, eficaz e comprometido com a dignidade da pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação sobre a depressão e o sofrimento existencial na velhice revela que o envelhecimento, embora seja um processo biológico universal, é vivenciado sob o peso de estruturas sociais que frequentemente marginalizam o indivíduo. A análise da obra de Simone de Beauvoir demonstrou que a invisibilidade social e a perda de papéis significativos podem converter a longevidade em um “suplício de viver”, transformando o envelhecimento em uma espécie de tortura e elevando os índices de morte voluntária a patamares alarmantes. Esse cenário evidencia que o declínio psíquico na terceira idade não é uma fatalidade orgânica, mas um reflexo da insuficiência das redes de apoio e do estigma do idadismo, que naturaliza a dor e impede sua elaboração.

Nesse contexto, a transição para uma perspectiva interdisciplinar mostrou-se indispensável. A aplicação de modelos da gerontologia e da psicologia cognitiva, como o modelo de Seleção, Otimização e Compensação, de Anita Neri, e a tríade cognitiva, de Beck, permite compreender os mecanismos de resiliência e as distorções cognitivas que sustentam a patologia. Isso conduz à compreensão de que o enfrentamento eficaz da depressão exige a mobilização de recursos que devolvam ao idoso sua autonomia e senso de valor, combatendo a autoimagem negativa alimentada pelo isolamento.

A dimensão espiritual emerge como uma estratégia de coping fundamental. A integração do suporte religioso, quando pautada pelo acolhimento e pela literatura de lamento, oferece ao idoso uma estrutura simbólica para ressignificar as perdas e encontrar amparo existencial. É fundamental, contudo, que essa assistência ocorra sob a lógica da

intersectorialidade, na qual a fé e a ciência médica convergem para o cuidado integral. Assim, o reconhecimento da dignidade do idoso e a oferta de intervenções biopsicossociais e espirituais apresentam-se como um caminho viável para transformar o “segredo vergonhoso” da velhice em uma fase de existência plena e assistida, marcada por dignidade e legitimidade.

Os dados e discussões apresentados ao longo deste estudo reforçam que a depressão na velhice não pode ser compreendida de forma isolada ou reduzida a um diagnóstico clínico desvinculado de seu contexto. Trata-se de um fenômeno multifatorial, no qual se entrelaçam dimensões biológicas, psicológicas, sociais e existenciais. A negligência de qualquer uma dessas esferas compromete a eficácia das intervenções e perpetua o ciclo de invisibilidade e sofrimento que marca a experiência de muitos idosos.

A crítica de Beauvoir à estrutura social que marginaliza o idoso permanece, portanto, não apenas atual, mas urgente. Em sociedades orientadas pela produtividade, o envelhecimento tende a ser associado à perda de valor social, o que impacta diretamente a construção da identidade e da autoestima. Nesse sentido, o enfrentamento da depressão na velhice exige também uma transformação cultural mais ampla, capaz de ressignificar o lugar do idoso como sujeito de direitos, saberes e experiências.

Sob a perspectiva da psicologia cognitiva, evidenciou-se que a reestruturação de pensamentos disfuncionais constitui um eixo fundamental no tratamento da depressão. No entanto, sua eficácia está diretamente relacionada à capacidade de o indivíduo encontrar novos referenciais de sentido que sustentem essa mudança. É nesse ponto que a espiritualidade se apresenta como um recurso potente, ao oferecer narrativas que transcendem a lógica imediata da perda e da limitação.

A articulação entre coping religioso-espiritual e intervenções cognitivas demonstra que o enfrentamento do sofrimento psíquico pode ser potencializado quando há convergência entre diferentes formas de cuidado. A fé, quando compreendida como fonte de acolhimento e não de julgamento, contribui para a redução da culpa, para o fortalecimento da esperança e para a reconstrução da identidade fragilizada pelo processo depressivo. Essa integração amplia as possibilidades terapêuticas e favorece uma abordagem mais humanizada.

Outro ponto relevante diz respeito à necessidade de políticas públicas que contemplem a saúde mental do idoso de maneira integral. A ampliação do acesso a serviços especializados, a capacitação de profissionais e a inclusão da dimensão espiritual nos protocolos de cuidado constituem medidas fundamentais para enfrentar o crescimento dos casos de depressão na terceira idade. Tais ações devem estar alinhadas a uma perspectiva ética que valorize a singularidade e a dignidade da pessoa idosa.

No âmbito institucional, destaca-se a importância de práticas que promovam o envelhecimento ativo e a participação social. Espaços de convivência, atividades culturais e grupos de apoio — inclusive de natureza espiritual — desempenham papel crucial na prevenção do isolamento e na promoção do bem-estar psicológico. Essas iniciativas contribuem para a reconstrução do sentimento de pertencimento, elemento central na experiência subjetiva do envelhecimento.

No plano familiar, torna-se imprescindível o fortalecimento de vínculos intergeracionais que reconheçam o idoso como parte integrante e significativa do núcleo social. A presença, o cuidado e a escuta constituem formas concretas de enfrentamento da solidão, frequentemente associada aos quadros depressivos. A família, quando orientada, pode atuar como mediadora entre o cuidado clínico e o suporte emocional e espiritual.

Conclui-se que o enfrentamento da depressão na velhice demanda uma mudança de paradigma que ultrapasse abordagens fragmentadas e reducionistas. A integração entre teoria cognitiva e suporte espiritual, aliada a políticas públicas eficazes e a transformações

socioculturais, configura-se como um caminho promissor para a promoção da saúde mental na terceira idade. Mais do que tratar sintomas, trata-se de restaurar o sentido da existência, reconhecendo no idoso não um sujeito em declínio, mas um ser humano pleno, digno de cuidado, escuta e pertencimento.

REFERÊNCIAS

- BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução de Heloysa de Lima Dantas. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.
- BECK, Aaron T. **Depression: causes and treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.
- BECK, Aaron T.; ALFORD, Bradley A. **Depression: causes and treatment**. 2. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009. Parte superior do formulário
- MOREIRA-ALMEIDA A, STROPPIA A. **Espiritualidade e Saúde Mental: o que as evidências mostram?** Revista Debates em Psiquiatria. 2012; 2: 34-41.
- NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2014.
- NERI, Anita Liberalesso. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher**. Campinas: Alínea, 2001.
- NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007.
- PARGAMENT, Kenneth I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York: Guilford Press, 1997.
- PESSEQUILLO, Julianne. **Idosos sofrem em silêncio: como reconhecer a depressão e ajudar a tempo**. CNN Brasil, 13 dez. 2025. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/idosos-sofrem-em-silencio-como-reconhecer-a-depressao-e-ajudar-a-tempo/>. Acesso em: 6 mar. 2026.
- RUSH, A. John et al. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979.
- RUSH, A. John; FIRST, Michael B.; BLACKER, Deborah (Eds.). **Handbook of psychiatric measures**. 2. ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2008.
- STEER, Robert A.; BROWN, Gregory K. **Manual for the Beck Depression Inventory-II**. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.