

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR LATINO-AMERICANO-IESLA**AS CONTRIBUIÇÕES DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS
NO ENVELHECIMENTO¹**

América Passos Machado
Josiane Barbosa Dias Alves
Mariuza Cândida de Souza²

RESUMO

O Brasil está passando por um rápido envelhecimento populacional, o que requer atenção às necessidades de saúde dos idosos. O processo de envelhecimento é complexo e pode resultar em perda de autonomia e maior vulnerabilidade, manifestando-se em alterações no pensamento, humor e comportamentos relacionados à angústia. Problemas como depressão, ansiedade, estresse e insônia são agravados por fatores psicossociais, como aposentadoria sem planejamento e isolamento social. Este trabalho teve como objetivo mapear as estratégias das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para a população idosa. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com análise crítica de artigos e documentos relevantes. Os resultados mostram que as TCCs oferecem intervenções eficientes para tratar transtornos em pessoas idosas. A TCC Clássica ajuda na reestruturação de crenças

¹Artigo orientado pela professora Sara Lopes Fonseca, apresentado como requisito para aprovação no Curso de Psicologia.

² Estudantes do 10º período do curso de graduação em Psicologia do IESLA

disfuncionais e no equilíbrio das perdas e ganhos da velhice. Intervenções baseadas em Mindfulness e Compaixão demonstraram significativos benefícios, como a redução dos sintomas de depressão. A autocompaixão correlacionou-se positivamente com o bem-estar psicológico. Além disso, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) promove a flexibilidade psicológica, enquanto a Terapia Comportamental Dialética (DBT) adaptada serve de base para tratar alterações como a depressão. Os achados da pesquisa indicam que a TCC fornece base para intervenções diversas que contribuem para intervenções que favorecem a saúde mental na velhice.

Palavras-chave: Saúde mental; Pessoa idosa; Terapias Cognitivo-Comportamentais.

ABSTRACT

Brazil is experiencing rapid population aging, which requires attention to the health needs of the elderly. The aging process is complex and can lead to a loss of autonomy and increased vulnerability, manifesting as changes in thinking, mood, and behaviors related to distress. Issues such as depression, anxiety, stress, and insomnia are exacerbated by psychosocial factors, such as unplanned retirement and social isolation. This study aimed to map the strategies of Cognitive Behavioral Therapies (CBTs) for the elderly population. A narrative literature review was conducted, with a critical analysis of relevant articles and documents. The results show that CBTs provide effective interventions for treating disorders in older individuals. Classical CBT assists in restructuring dysfunctional beliefs and balancing the losses and gains of

aging. Interventions based on Mindfulness and Compassion demonstrated significant benefits, such as the reduction of depressive symptoms. Self-compassion was positively correlated with psychological well-being. Additionally, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) promotes psychological flexibility, while Dialectical Behavior Therapy (DBT) adapted for older adults serves as a foundation for treating conditions like depression. The research findings indicate that CBT provides a basis for various interventions that contribute to mental health in aging.

Keywords: Mental health; Elderly person; Cognitive Behavioral Therapies.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional acelerado no Brasil constitui um fenômeno demográfico que impõe desafios de diversos âmbitos, incluindo saúde, economia e políticas públicas psicossociais. Esse contexto evidencia a necessidade de cuidados específicos, por parte da sociedade, uma vez que a elevada vulnerabilidade dos idosos está associada a um maior risco de problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, que se manifestam em alterações de humor e comportamento. Diante desse panorama, o presente estudo, delineado como uma revisão narrativa da literatura, propõe-se a mapear as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para a população idosa.

O Brasil, assim como outros países, tem presenciado o processo de envelhecimento populacional que se alinha a uma tendência global, situação que vem enfatizar a necessidade premente de um estudo da saúde mental na população idosa. Esse fenômeno é impulsionado pela diminuição da taxa de fecundidade, que atingiu 1,76 em 2021, e pelo aumento da expectativa de vida ao nascer, que subiu de 73,4 anos em 2010 para 77 anos em 2021 (IBGE, 2023).

No Brasil, a população idosa é definida pelo Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), que considera como tal aqueles com 60 anos ou mais. O Estatuto garante, ainda, prioridade especial para aqueles com mais de 80 anos, um grupo que está crescendo rapidamente e que enfrenta maior risco de doenças crônicas e limitações funcionais. Esse grupo também é dividido em idosos jovens, de 60 a 79 anos e idosos longevos, de 80 anos para frente. (BRASIL, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, 2023)

Para Albuquerque e Silva (2015), embora o envelhecimento traga virtudes, experiências e sabedoria, também é um processo repleto de desafios. Muitas pessoas enfrentam perdas como a juventude, a autonomia e a independência, além de limitações físicas e problemas de saúde, que podem ser descritas como mortes simbólicas. E, para além disso, segundo o IBGE (2023), o envelhecimento no Brasil é marcado por desigualdades profundas, influenciadas por fatores como renda, sexo, raça/cor, etnia e localização geográfica, o que vem agravar ainda mais esse processo e corroborar com a relevância desse estudo. Os dados do Censo Demográfico de 2021, realizado pelo IBGE (2023), revelam que cerca de 32 milhões de pessoas (15,8% da população total de 203 milhões) são idosas. Em comparação com 2010, quando esse grupo contava com 20 milhões de indivíduos, houve um crescimento significativo, passando de 11% para 15,8% da população brasileira. Esse aumento coloca o Brasil como o 6º no ranking da população mundial de idosos, como afirma Costa et al. (2023). Já a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2021) estima que, até 2050, o percentual de idosos com 65 anos ou mais nas Américas pode exceder 30%. Este crescimento impõe uma reflexão sobre as necessidades do idoso, demandando atendimento de equipe multidisciplinar (psicólogos, geriatras, gerontólogos, etc.), suporte previdenciário e visita domiciliar.

Costa et al. (2023), citam Coimbra e Badaró (2022) e Martins et al. (2021) que classificaram o processo de envelhecimento em três tipos: velhice bem-sucedida: o idoso possui autonomia e baixo risco genético de doenças adquiridas; velhice normal: a pessoa sofreu alterações fisiológicas e biológicas; e velhice patológica: as alterações culminam em um impacto negativo na saúde física e mental do idoso. Eles discorrem também, sobre alguns desafios muito comuns enfrentados pelos idosos, como a sexualidade, que gera conflitos e

impactos psicológicos como tristeza e frustração; a perda da visão que diminui a autonomia; dificuldades com questões fisiológicas e ambientais que podem levar a transtornos e depressão. E concluem que idosos esquecidos e abandonados tendem a desenvolver mais problemas de saúde mental.

Diante desse cenário, é importante desenvolver estratégias específicas de cuidado em prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, especialmente da saúde mental. É neste contexto que as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) se destacam como um modelo teórico-prático empiricamente validado para a atuação com a pessoa idosa. As várias abordagens da TCC oferecem ferramentas para várias intervenções ao público estudado.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi mapear as contribuições das TCCs para a população idosa. Com este estudo almeja-se trazer reflexões sobre os limites e as potencialidades dessas intervenções psicológicas e reconhecendo que, embora sejam eficazes em muitos contextos, também enfrentam barreiras e desafios em relação às realidades do envelhecimento, conforme aponta Argimon e Cerutti (2016).

O presente estudo está organizado em seções sequenciais. Inicialmente, o capítulo Desenvolvimento inicia apresentando o método utilizado, caracterizado como uma revisão narrativa da literatura, com foco na análise crítica de artigos e documentos relevantes para o tema. Em seguida, na seção Referencial Teórico dedica-se ao estudo dos principais autores da psicologia do desenvolvimento e das terapias cognitivo-comportamentais, abordando os aspectos psicológicos, biológicos e culturais do envelhecimento.

Na seção de Discussão dos Resultados apresenta-se e sistematiza os diversos estudos sobre a aplicação das TCCs. E a última seção é a conclusão padrão na qual são expostas as limitações e dificuldades percebidas no trabalho, assim como as principais contribuições desse estudo para a psicologia do desenvolvimento do envelhecimento.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Método

A pesquisa é uma revisão narrativa da literatura, voltada à organização, sistematização e análise crítica de produções científicas sobre o processo de envelhecimento e as abordagens cognitivas e comportamentais voltadas à promoção da saúde mental na velhice. A revisão narrativa, de acordo com Rother (2007), citado por Cavalcante e Oliveira (2020), permite ao pesquisador reunir diferentes perspectivas teóricas e aplicadas, promovendo uma discussão aprofundada sobre determinado fenômeno, sem o rigor estatístico de uma revisão sistemática.

Foram considerados estudos sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental Clássica (TCC), Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Comportamental Dialética (DBT), Terapia Focada na Compaixão (TFC) e Mindfulness, buscando identificar suas principais contribuições teóricas e aplicadas para o cuidado psicológico de pessoas idosas. As fontes utilizadas foram previamente selecionadas com base em sua relevância temática, sobre as terapias acima citadas, aplicadas à velhice no período de 10 anos, de 2015 a 2025, devido à época de publicação dos artigos considerados mais indicados.

Como a pesquisa se baseia apenas em fontes secundárias, não envolve a participação de seres humanos, sendo, portanto, dispensada de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme os critérios da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os autores e obras citados ao longo do trabalho são devidamente referenciados, em conformidade com as normas da ABNT e os princípios de integridade acadêmica.

2.2 Envelhecimento e Saúde Mental

O envelhecimento cognitivo provoca alterações cerebrais, como a redução da massa cinzenta no córtex pré-frontal, lobo temporal e hipocampo, devido à morte de neurônios e perda de conexões sinápticas. O acúmulo de beta-amiloide, ligado a doenças neurodegenerativas como Alzheimer, também pode ocorrer em idosos saudáveis, sugerindo risco cognitivo futuro. A atrofia cerebral pode

preceder déficits cognitivos, permitindo a identificação de biomarcadores preditivos. Além disso, o envelhecimento afeta a substância branca, reduzindo a comunicação entre áreas do cérebro, com lesões causadas por problemas vasculares e aumento da neuroinflamação, contribuindo para o declínio cognitivo. A compreensão dessas mudanças é essencial, pois impactam a qualidade de vida dos idosos. Estratégias que promovem a neuroplasticidade, como estimulação cognitiva, combinadas com bons hábitos saudáveis, podem melhorar o desempenho cognitivo e possibilitar um envelhecimento mais saudável (COCHAR-SOARES *et al.*, 2021).

Segundo Marcelino *et al.* (2020), os transtornos mentais mais comuns em idosos são, geralmente, relacionados a um conjunto de sintomas não psicóticos que incluem: ansiedade; depressão; estresse; insônia; fadiga; irritabilidade; esquecimento; dificuldade de concentração; queixas somáticas que elevam o quadro de sofrimento mental. Sendo a depressão e a ansiedade frequentemente mais destacadas nos estudos analisados na revisão, considerados um dos maiores problemas de saúde pública mundial e, que, em resumo, abrangem os outros sintomas acima citados.

A depressão é um transtorno multifatorial que afeta funções cognitivas, emocionais e neurovegetativas, especialmente em idosos, manifestando-se por humor rebaixado, perda de interesse, lentidão motora e sentimentos de inutilidade e culpa, podendo levar à ideação suicida em casos graves. Ela está, frequentemente, ligada a dificuldades em lidar com perdas, problemas de saúde e mudanças financeiras. É uma condição incapacitante que compromete a vida funcional e social, sendo classificada pela OMS (2004) como a doença não fatal mais incapacitante, com projeção para continuar liderando até 2030. Além disso, o estigma social negativo pode intensificar pensamentos depreciativos e provocar isolamento, contribuindo para sentimentos de tristeza e desamparo (GONZÁLEZ *et al.*, 2016).

Muniz *et al.* (2012), citados por Ferreira, Sathler e Tavares (2016), argumentam que a depressão em idosos é frequentemente subdiagnosticada e subtratada, pois seus sintomas são muitas vezes confundidos com o envelhecimento normal, tanto por profissionais de saúde quanto pelos próprios idosos, que veem a condição como sinal de fraqueza moral. O diagnóstico é desafiador devido às

suas particularidades e comorbidades. Mas, no intuito de facilitar o diagnóstico, a psiquiatria geriátrica classifica a depressão em dois tipos: de início precoce, com histórico de episódios depressivos, e de início tardio, associada a estressores típicos da velhice, como doenças crônicas e perdas, doenças neurológicas e cardiovasculares (PINHO, CUSTÓDIO e MAKDISSE, 2009).

Em relação à ansiedade, de acordo com Nardi *et al.* (2016), o diagnóstico em idosos pode ser complicado por vários fatores, como a atribuição de sintomas físicos (tensão muscular, hipervigilância, insônia), a condições clínicas preexistentes, como doenças cardiovasculares e respiratórias, que podem apresentar sintomas semelhantes e, também, a efeitos colaterais de medicamentos. Os autores destacam, ainda, que em casos de doenças combinadas com ansiedade, é difícil distinguir os sintomas ansiosos de preocupações justificadas. Os idosos tendem a minimizar seus sintomas e processam emoções de maneira diferente dos adultos, apresentando menos reações negativas, assim como as dificuldades de memória podem impedir o reconhecimento adequado dos sintomas.

2.3 Terapias Cognitivo-Comportamentais

O termo "terapias cognitivas" abrange diversas linhas e uma evolução notável na psicoterapia, dividida em três ondas. A primeira onda foca em comportamentos observáveis, estabelecendo uma base científica para a psicologia clínica, centrada na teoria comportamental. A segunda onda expandiu essa abordagem ao incorporar processos cognitivos, levando ao desenvolvimento da Terapia Cognitivo-Comportamental por Aaron Beck em 1960. Já a terceira onda introduziu uma perspectiva mais ampla, destacando a conexão com valores pessoais como essenciais para o bem-estar e a mudança, incluindo modalidades como Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT), Terapia Comportamental Dialética (DBT) e Terapia Focada na Compaixão (TFC). Essas ondas se complementam e não seguem uma ordem fixa, permitindo que profissionais integrem elementos de todas em suas intervenções, adaptando-se às necessidades individuais (FALCO, 2019).

Nos próximos tópicos, será feita uma exposição das TCCs que permitirá uma compreensão da contribuição de cada uma delas para a população idosa.

2.3.1 Terapia Cognitivo-Comportamental Clássica

Beck (2022), em seu livro *Terapia Cognitivo-Comportamental – Teoria e Prática*, cita que Aaron T. Beck foi o primeiro a desenvolver de forma sistemática as teorias e os métodos que permitiram a aplicação das intervenções cognitivas e comportamentais no tratamento de transtornos emocionais. E, apesar de ter iniciado sua trajetória dentro da psicanálise, Aaron Beck percebeu que suas ideias cognitivas eram influenciadas por diversos pensadores pós-freudianos, como Alfred Adler, Karen Horney e Harry Stack Sullivan.

A TCC foi originalmente desenvolvida para o tratamento da depressão. Com o tempo, sua eficácia passou a ser investigada também em quadros de ansiedade, e, ao longo das décadas, expandiu-se para o manejo de diversos transtornos psiquiátricos. A TCC tem sido, também, ajustada para atender pessoas de diferentes faixas etárias, níveis de escolaridade, condições socioeconômicas e contextos culturais, desde crianças até idosos. Atualmente, é aplicada em diversos ambientes, como hospitais, clínicas, escolas, instituições prisionais e programas de inserção profissional (BECK, 2022).

Além disso, pode ser conduzida em diferentes formatos, incluindo atendimentos em grupo, para casais ou em contexto familiar. Mas embora deva ser adaptada às necessidades específicas de cada paciente e condição clínica, a TCC se baseia em princípios fundamentais que são comuns a todos os tratamentos. São eles:

1. Os planos de tratamento na TCC estão baseados em uma conceitualização cognitiva em desenvolvimento contínuo.
2. A TCC requer uma aliança terapêutica sólida.
3. A TCC monitora continuamente o progresso do cliente.
4. A TCC é culturalmente adaptada e adapta o tratamento ao indivíduo.
5. A TCC enfatiza o positivo.
6. A TCC enfatiza a colaboração e a participação ativa.
7. A TCC é aspiracional, baseada em valores e orientada para os objetivos.
8. A TCC inicialmente enfatiza o presente.

9. A TCC é educativa.
10. A TCC é atenta ao tempo de tratamento.
11. As sessões de TCC são estruturadas.
12. A TCC utiliza a descoberta guiada e ensina os clientes a responderem às suas cognições disfuncionais.
13. A TCC inclui Planos de Ação (tarefa de casa da terapia).
14. A TCC utiliza uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento. (BECK, 2022, p.15-16).

Segundo Wright *et al* (2019), a TCC fundamenta-se em dois princípios centrais. O primeiro argumenta que os pensamentos exercem influência determinante sobre as emoções e os comportamentos. O segundo estabelece que os comportamentos e ações, por sua vez, podem impactar de forma profunda os nossos sentimentos e a maneira como pensamos.

Para Beck (2022) o modelo cognitivo propõe que os padrões de pensamentos distorcidos são um elemento central na origem e manutenção de diversos transtornos psicológicos. Esses pensamentos disfuncionais (que influenciam o humor ou comportamento) não são exclusivos de um único transtorno, mas comuns a diferentes condições psicológicas. Esse modelo cognitivo demonstra que as reações emocionais e comportamentais das pessoas estão mais ligadas à forma como elas interpretam e percebem uma situação do que ao evento em si.

A TCC vai, então, mostrar ao indivíduo um padrão de pensamentos disfuncionais que irá gerar emoções e comportamentos desagradáveis para ele. Com esse reconhecimento, a TCC propõe que é possível construir novas percepções a respeito da vida e de si mesmo que sejam mais adaptativas e funcionais. O indivíduo desenvolve a capacidade de reconhecer seus padrões de pensamentos automáticos; avaliar criticamente essas cognições e ressignificar suas interpretações de forma mais objetiva e construtiva (BECK, 2022) .

O tratamento com TCC leva em conta a cultura, história familiar e outras características importantes dos indivíduos; a natureza das suas dificuldades; seus objetivos e aspirações; sua habilidade para formar um vínculo terapêutico forte; sua motivação para mudar; sua experiência prévia com terapia; e suas preferências. O fundamento do tratamento é sempre uma relação terapêutica sólida. (BECK, 2022, p. 24).

2.3.2 Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT

De acordo com Monteiro *et al.* (2015) a ACT faz parte do conjunto das abordagens cognitivo-comportamentais e tem como ideia central e objetivo final a flexibilidade psicológica, ajudando os indivíduos a aceitarem pensamentos e sentimentos desagradáveis, e a viverem uma vida significativa, comprometidos com ações alinhadas aos seus valores, mesmo diante de desafios emocionais.

Saban (2015) discorre sobre as seis principais fases do processo terapêutico que são os conceitos centrais da ACT, sendo eles: aceitação de eventos internos (pensamentos, sentimentos, memórias) sem tentar controlá-los; foco na ação comprometida com valores pessoais; desenvolvimento do self como contexto; uso de mindfulness para contato com o momento presente; desfusão cognitiva (problemas psicológicos surgem da fusão cognitiva, ou seja, identificação excessiva com pensamentos e tentativa de evitar experiências internas desagradáveis); técnicas e metáforas: para ajudar os clientes a compreenderem e aplicarem os conceitos da ACT.

2.3.3 Mindfulness e Terapia Focada na Compaixão (TFC)

Conforme os autores Cunha e Galbardo (2019), Mindfulness e Compaixão fazem parte das intervenções terapêuticas mais recentes, inseridas no grupo das terapias contextuais. Elas têm demonstrado resultados positivos em diferentes populações e contextos. O foco destas abordagens não é modificar pensamentos ou emoções consideradas problemáticas, mas sim promover uma atitude de aceitação perante essas experiências internas. Isso significa reconhecer-las como eventos subjetivos, experiências privadas, e não como verdades absolutas. Essa mudança de perspectiva permite ao indivíduo transformar a forma como se relaciona com os seus pensamentos, emoções, sensações corporais ou memórias, promovendo uma mudança significativa na sua experiência subjetiva, mesmo sem alterar diretamente o conteúdo desses eventos.

Gilbert (2010), citado Cunha e Galbardo (2019), afirma que a Terapia Focada na Compaixão (TFC) foi criada como uma abordagem terapêutica voltada para pessoas que enfrentam dificuldades de saúde mental associadas à vergonha e ao autocriticismo e não tem como principal objetivo a reestruturação de

pensamentos negativos disfuncionais sobre o self. Citam, ainda, Cozolino (2006) e Siegel (2001, 2007), estudiosos que têm destacado a importância de sentir-se amado, aceito e integrado socialmente, como elementos fundamentais para o desenvolvimento fisiológico saudável e para o bem-estar emocional.

Ainda, segundo Cunha e Galbardo (2019), essa abordagem parte do princípio de que muitas reações automáticas são fruto de defesas evolutivas, influências genéticas, experiências de aprendizagem e condicionamentos. Por isso, seu principal objetivo é ajudar os indivíduos a enfrentarem essas reações automáticas sem recorrerem à autocrítica, à autocondenação ou à vergonha, visando cultivar uma relação interna baseada na bondade, no calor e na compaixão. Esses sentimentos, ao favorecerem a autotranquilização, contribuem para a redução do afeto negativo e do sofrimento emocional.

Em relação ao Mindfulness, Cunha e Galbardo (2019), declaram que de acordo com Kabat-Zinn (1994), é a consciência que surge ao se prestar atenção intencionalmente ao momento presente, sem julgamentos. Isso envolve aceitar a realidade como ela é, permitindo que a experiência se manifeste. Germer (2005), também citado por Cunha e Galbardo (2019), descreve mindfulness como uma maneira simples de se relacionar com a experiência, utilizada para aliviar o sofrimento da vida, especialmente o autoimposto. Assim, o conceito de mindfulness pode ser visto sob diversas perspectivas: como um constructo teórico, uma prática desenvolvida, como a meditação, ou como um processo psicológico de consciência plena. Na prática, o mindfulness se opõe ao funcionamento automático ou à divagação mental, requerendo um direcionamento intencional da atenção para o momento presente.

2.3.4 Terapia Comportamental Dialética - DBT

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) é uma abordagem que tem como base uma perspectiva biosocial e dialética. Ela integra diversos princípios e técnicas das terapias cognitivas e comportamentais, aliando estratégias de aceitação e de mudança. Desenvolvida na década de 1970 pela psicóloga americana Marsha Linehan, a DBT foi originalmente criada para atender pacientes com comportamentos suicidas crônicos. Seu foco principal está no

ensino e fortalecimento de habilidades comportamentais, a fim de atingir os seguintes objetivos: regulação emocional - auxiliar os pacientes a identificar, compreender e modular suas respostas emocionais, reduzindo a vulnerabilidade a emoções intensas e modificando padrões emocionais disfuncionais; controle de impulsos - desenvolver estratégias para evitar comportamentos impulsivos e autodestrutivos, promovendo maior estabilidade emocional; tolerância ao mal-estar - ensinar habilidades para enfrentar momentos de sofrimento intenso sem recorrer a comportamentos prejudiciais, como automutilação; efetividade interpessoal - melhorar as relações sociais por meio de treinamento em habilidades interpessoais, como assertividade, resolução de conflitos e estabelecimento de limites; aceitação e mudança - equilibrar a validação emocional (aceitação) com a promoção de mudanças comportamentais, ajudando os pacientes a lidar com suas experiências e emoções de forma mais adaptativa(LLAUSAS et al., 2025).

De acordo com Salsman e Linehan (2016), citados por Melo *et al.* (2016), embora a terapia tenha sido inicialmente reconhecida como o tratamento padrão ouro para o Transtorno de Personalidade Borderline, na última década passou por adaptações e vem sendo aplicada a outras populações clínicas, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, pessoas com dependência de substâncias, e transtornos alimentares.

3 DISCUSSÃO

O desenvolvimento teórico deste trabalho, ao abordar as transformações no envelhecimento e apresentar a estrutura dos diversos modelos de Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs), estabeleceu a base conceitual para a atuação na saúde mental da pessoa idosa. Com o arcabouço da TCC clássica e das Terapias de Terceira Onda consolidado, o presente capítulo apresenta o mapeamento com as contribuições dessas abordagens no contexto da velhice. A discussão foi organizada por modalidades terapêuticas, demonstrando como cada intervenção se adapta às necessidades específicas da população idosa.

3.1 Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) e o envelhecimento.

O atendimento em grupo foi apresentado por Reis *et al.* (2014), citados por Argimon e Cerutti (2016), como uma forma eficaz de ampliar o contato social entre os idosos, oferecendo-lhes a oportunidade de compartilhar experiências e dificuldades semelhantes. O enfrentamento de problemas como dificuldades nos relacionamentos, limitações na adaptação a mudanças e a redução da rede de apoio social pode contribuir para a recuperação, ainda que parcial, dessa qualidade de vida comprometida. Esse tipo de interação contribui para a redução do sentimento de estigmatização e promove um ambiente em que se sentem mais à vontade para expressar suas ideias. Por meio dessa vivência grupal, os participantes percebem que não estão sozinhos em seus desafios e podem desenvolver novas perspectivas a partir da troca com os demais membros do grupo terapêutico, destacam Argimon e Cerutti (2016).

A TCCG busca auxiliar os idosos deprimidos no enfrentamento de suas dificuldades, que muitas vezes estão relacionadas a crenças disfuncionais, como: “estou atrapalhando”, “não posso pedir que meu filho devolva o dinheiro que emprestei” ou “devo aceitar esse comportamento para não parecer desagradável”. Estratégias como o registro de pensamentos automáticos, o monitoramento do humor, a resolução de problemas e a aquisição do conhecimento através da psicoeducação têm se mostrado eficazes no enfrentamento desses conflitos segundo Freitas *et al.* (2016), citados por Argimon e Cerutti (2016).

Argimon e Cerutti (2016), enfatizam, ainda, que o uso da TCC no tratamento de idosos mostra-se uma abordagem eficaz para ajudar a equilibrar as experiências de perdas e ganhos típicas dessa fase da vida. Além de possibilitar a reestruturação de crenças disfuncionais, tornando-as mais adaptativas, a terapia evidencia que o envelhecimento, assim como qualquer outra etapa do desenvolvimento humano, envolve tanto limitações quanto possibilidades.

3.2 Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e flexibilidade psicológica na velhice.

Seguindo as conclusões sobre as contribuições das terapias cognitivo-comportamentais ao envelhecimento, Barbosa *et al.* (2016) destacam que a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), apesar de ainda pouco utilizada na promoção da saúde e prevenção de riscos de adoecimento, mostra-se adequada como base teórica e metodológica para intervenções voltadas ao envelhecimento ativo. Habilidades como viver de acordo com valores pessoais (em vez de uma existência vazia), estar conectado ao presente (em vez de apego patológico ao passado) e ser sensível à experiência (em contraposição a um conjunto rígido de crenças) são tão relevantes na velhice quanto em fases anteriores da vida.

A ACT surge como uma intervenção para quem está em transição à aposentadoria, podendo aumentar a flexibilidade psicológica e reduzir desfechos negativos de saúde no envelhecimento. Essas intervenções trabalham competências como aceitação, atenção plena e comprometimento, assim como o fortalecimento da flexibilidade psicológica, que tende a favorecer uma vida mais aberta, centrada e engajada na velhice. Pesquisas empíricas sobre essa abordagem estão em andamento, e novos estudos são necessários dado o seu papel relevante na área.

3.3 Terapia Comportamental Dialética (DBT) e regulação emocional.

Melo *et al* (2016), salientam que na aplicação da DBT em idosos com psicopatologias como depressão e transtornos de personalidade, os aspectos fundamentais da abordagem original são preservados. Isso inclui o formato estruturado do tratamento, a teoria biossocial como base explicativa para a gênese e manutenção das dificuldades, e o foco no treino de habilidades comportamentais, cognitivas e emocionais.

Contudo, para sua efetiva implementação na população idosa, algumas adaptações são necessárias. Em primeiro lugar, é preciso ampliar a abrangência da terapia, de forma a incluir estratégias voltadas não apenas aos transtornos de personalidade borderline, mas aos transtornos da personalidade em geral, mais prevalentes na velhice. Em segundo lugar, deve-se integrar conhecimentos

específicos da Gerontologia, considerando os aspectos biopsicossociais do envelhecimento.(Melo *et al.* 2016).

Lynch (2000), citado por Melo *et al.* (2016), ao modificar o formato padrão da DBT, introduziu um conjunto de habilidades voltadas especificamente ao tratamento da depressão em idosos, entre as quais se destacam: aceitação radical - desenvolver a aceitação plena da realidade e das limitações relacionadas ao envelhecimento; consciência plena sem julgamento (mindfulness) - focar a atenção no momento presente com atitude de aceitação e curiosidade; controle atencional (mindfulness) - redirecionar o foco da atenção de forma intencional, favorecendo a autorregulação emocional; tolerância ao sofrimento - habilidades de enfrentamento para suportar dor emocional sem recorrer a estratégias desadaptativas; ação oposta aos impulsos depressivos - incentivo ao engajamento em comportamentos positivos mesmo diante do humor deprimido; eficácia interpessoal - desenvolvimento de habilidades sociais para fortalecer relações e promover suporte social. A

Ainda, segundo Lynch *et al.* (2007), citados por Melo *et al.* (2016), a DBT aplicada a idosos com depressão deve centrar-se na análise funcional dos comportamentos associados à sintomatologia depressiva, bem como das estratégias de coping disfuncionais, frequentemente rígidas e ineficazes. O objetivo terapêutico é promover o equilíbrio dialético entre polos opostos do funcionamento (por exemplo, aceitação vs. mudança; dependência vs. autonomia), por meio da aprendizagem de respostas mais flexíveis e adaptativas, tanto no plano cognitivo quanto emocional e comportamental.

Melo *et al.* (2016) chamam atenção para o fato de que o tratamento dos transtornos de personalidade na terceira idade tem sido amplamente negligenciado pela comunidade científica e clínica, apesar de sua relevância clínica. Os autores argumentam que a DBT pode oferecer uma estrutura terapêutica capaz de preencher essa lacuna, ao proporcionar intervenções organizadas e flexíveis voltadas às necessidades específicas da população idosa. Ainda segundo os autores, embora manuais e protocolos clínicos sejam ferramentas essenciais para orientar o trabalho do terapeuta, eles não devem limitar a atuação clínica. Nesse sentido, Melo *et al.* (2016, p.185) citam uma conhecida afirmação de Linehan (1996), que expressou essa ideia de forma

clara: “O terapeuta deve conhecer o manual como a palma da sua mão, mas deixá-lo do lado de fora da porta quando estiver com o paciente”. E reforçam essa citação ao destacar a importância de um equilíbrio entre a fidelidade ao modelo terapêutico e a flexibilidade clínica necessária para atender às particularidades individuais de cada paciente, especialmente no contexto da velhice, em que fatores como perdas, comorbidades, limitações funcionais e trajetórias de vida complexas exigem uma postura clínica sensível, adaptável e centrada na pessoa.

3.4 Mindfulness e Terapia Focada na Compaixão: autocompaixão e bem-estar.

Cunha e Galbardo (2019), ao afirmarem que o envelhecimento é acompanhado de transformações nem sempre desejadas, como o declínio das funções físicas, mentais, emocionais e sociais que podem resultar em dificuldades no desempenho de tarefas simples do dia a dia, salientam que essas limitações podem levar os idosos a adotarem uma postura de autocrítica e até de autossabotagem, sentindo-se frustrados com a perda de capacidades que antes possuíam. Nesse contexto, tanto o mindfulness como a autocompaixão, ao contribuírem para uma redução das reações negativas face a acontecimentos adversos, podem desempenhar um papel essencial no apoio à adaptação dos idosos a essas mudanças.

As referidas autoras, Cunha e Galbardo (2019) ressaltam, ainda, que diante do exposto, o mindfulness e a autocompaixão, enquanto estratégias para lidar com experiências dolorosas, têm sido estudadas como processos de regulação emocional que exercem um papel protetor contra o desenvolvimento de psicopatologias. E citam, em seu texto, os autores Neff & Costigan, 2014; Neff, Kirkpatrick e Rude, 2007; Neff *et al.* 2007, que afirmaram que a autocompaixão tem mostrado uma forte correlação com indicadores de bem-estar psicológico, como felicidade, satisfação com a vida, otimismo, inteligência emocional e qualidade nas relações interpessoais. Para Cunha e Galbardo (2019) o fato das competências de autocompaixão estarem relacionadas com a capacidade de enfrentar adversidades e de promover mudanças significativas na vida é

relevante no caso de pessoas em idade avançada, considerando os desafios característicos desta etapa do desenvolvimento.

Cunha e Galbardo (2019), após análise dos principais programas terapêuticos baseados em mindfulness e compaixão, constataram que, de forma geral, os resultados evidenciam efeitos benéficos significativos na população idosa. Entre os principais impactos observados estão: maior aceitação das mudanças inerentes ao processo de envelhecimento, aumento da consciência sobre as próprias experiências, mudanças positivas no estilo de vida e nas interações sociais. Além disso, verificaram-se melhorias no funcionamento da memória e das funções executivas. Paralelamente, houve um aumento do bem-estar emocional, refletido na redução de sintomas depressivos, de ansiedade, da ruminação e dos sentimentos de solidão.

Entretanto, essas autoras enfatizaram que esses estudos foram conduzidos com amostras de idosos sem comprometimento cognitivo significativo. Mas afirmam também que, em contraste, McBee (2008) desenvolveu o programa Mindfulness-Based Elder Care, voltado especificamente para idosos em situações de maior fragilidade, incluindo aqueles com demência e institucionalizados. Os resultados também apontam para benefícios relevantes.

De modo geral, a evidência científica atual sugere que o treinamento em mindfulness nesta população apresenta efeitos positivos nos domínios cognitivo, emocional e de saúde, podendo ser implementados em diferentes contextos como lares, centros de dia e residências, mostrando-se eficazes mesmo em populações heterogêneas. E que sua eficácia justifica a continuidade de sua aplicação e aprofundamento das investigações na área. (Cunha e Galbardo, 2019).

4 CONCLUSÃO

Apesar de possuírem ênfases distintas, as terapias analisadas se mostram complementares e flexíveis para a saúde mental dos idosos frente aos seus principais agravos, tais como, redução de sintomas depressivos e ansiosos, melhora na qualidade de vida e fortalecimento do senso de propósito. A TCC

clássica destaca-se pela reestruturação de pensamentos disfuncionais e fortalecimento de crenças mais adaptativas, assim como a TCCG intensifica esse efeito ao promover o contato social e diminuir a estigmatização, facilitando a troca de experiências e a formação de novas perspectivas; a ACT promove a flexibilidade psicológica, ampliando a aceitação e a vivência de seus valores pessoais, assim além disso contribui para os idosos manterem-se presentes no momento; a DBT oferece ferramentas específicas de regulação emocional, tolerância ao sofrimento e aprimoramento de habilidades sociais; e as abordagens baseadas em Mindfulness e Compaixão favorecem uma postura mais presente, gentil e menos autocrítica frente às mudanças do envelhecer. É importante, também, destacar que existe um ponto em comum a todas as terapias estudadas: a prática de Mindfulness, no sentido de trazer o indivíduo ao momento presente, desenvolvendo a atenção plena e a consciência do próprio corpo, pensamentos e emoções.

Este estudo contribui para a compreensão dos efeitos das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) na crescente população idosa do Brasil. Embora tenha encontrado limitações devido à falta de literatura robusta sobre o assunto, os achados obtidos indicam caminhos de intervenções pautadas nas TCCs para a população idosa. Além disso, ao tratar da aceitação das dificuldades e da diminuição do estigma relacionado à saúde mental, essas terapias podem motivar os idosos a procurar o apoio psicológico que necessitam.

Embora o estudo tenha se limitado a uma revisão narrativa e não tenha incluído coleta de dados empíricos, ele proporciona uma base teórica para a formação de terapeutas que compreendam as necessidades específicas dessa população. Esse trabalho poderá fomentar estratégias eficazes nas políticas de saúde pública, garantindo um envelhecimento mais digno e resiliente para os idosos. Sugerimos que futuras pesquisas empíricas sejam conduzidas para aplicar técnicas, desenvolver e adaptar protocolos, com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções no cenário brasileiro.

REFERÊNCIAS

ARGIMON, I. I. L., e CERUTTI, F. Aplicação da TCC Beckiana para Idosos. *In* FREITAS, E.R.; BARBOSA, A.J.G.; NEUFELD, C.B. **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. Cap.7. p.155-168.

BARBOSA, L. M. *et al.* **Promoção de saúde no envelhecimento:** Contribuições da Terapia de Aceitação e Compromisso. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, cap. 17, p. 375–400, 2016.

BECK, J.S. Visão geral do tratamento. In: Beck, J.S. **Terapia Cognitivo-Comportamental – Teoria e Prática** - 3a. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2022. Cap. 2, p. 15-24.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social. Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família: Envelhecimento e o direito ao cuidado. p.1-28, N5, (s.l.) 2023.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Atos normativos. Resolução no 510, de 07 de abril de 2016 — Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>>. Acesso em: 10 out. 2025.

CAVALCANTE, L. T.C.; OLIVEIRA, A.A.S.; Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista**, v. 26, n. 1, p. 83–102, 13 abr. 2020.

COCHAR-SOARES, N., DELINOCENTE, M. L. B., DATI, L. M. M. Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. **Revista Neurociências**, São Paulo, v.29, p.1-10, 2021.

COSTA, T. C. *et al.* IDOSO: o processo de envelhecimento na atualidade. **Revista Contemporânea**, (s.l.), v. 3, n. 11, p. 21214–21232, 10 nov. 2023.

CUNHA, M. e GALBARDO, A. Mindfulness e Compaixão na Idade Avançada, *In* ESPÍRITO-SANTO, H. e Daniel, F., **Trajetos do Envelhecimento - Perspectivas Teóricas e Empíricas**. Coimbra. Coimbra University Press, 2019, Cap. 8, p. 354-374.

FALCO, D.C. **Essencial da Terapia Cognitivo-Comportamental:** TCC para Iniciantes e Estudantes, eBook, Amazon.com.br: Livros, 2019. Disponível em: <<https://www.amazon.com.br/Essencial-Terapia-Cognitivo-Comportamental-Iniciantes-Estudantes-ebook/dp/B07Z8CGKHR>>

FERREIRA, G.F.; SATHLER, S.; TAVARES, B. Terapia Cognitiva Comportamental para Idosos com Depressão. *In* FREITAS, E.R.; BARBOSA, A.J.G.; NEUFELD, C.B. **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**, Novo Hamburgo. Sinopsys, 2016, Cap. 12, p. 261-285.

GONZÁLEZ, A. C. T. *et al.* Transtornos Depressivos e algumas comorbidades em idoso: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 95–103, fev. 2016.

LLAUSAS, R. V. *et al.* Contribuições da terapia comportamental dialética (TCD) no transtorno de personalidade borderline (TPB). **RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber**, v. 1, n. 2, 11 set. 2025.

MARCELINO, E.M. *et al.* Associação de fatores de risco nos transtornos mentais comuns em idosos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**. v.6, n.4, p.22270-22283, 2020.

MELO, W.V *et al.* Terapia Comportamental Dialética em Pacientes Idosos. *In* FREITAS, E.R.; BARBOSA, A.J.G.; NEUFELD, C.B. **Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos**, Novo Hamburgo. Sinopsys, 2016, Cap.8, p.169-188.

MONTEIRO, É.P. *et al.* Terapia de Aceitação e Compromisso e Estigma: uma revisão narrativa. **Revista Brasiliense de Terapias Cognitivas**, v.11, n1, 2015.

NARDI, T.C; GRASSI-OLIVEIRA, R.; PÁDUA, A.C. Terapia Cognitiva Comportamental no Tratamento dos Sintomas de Ansiedade em Idosos. *In* FREITAS, E.R., BARBOSA, A.J.G., NEUFELD, C.B, **Terapias Cognitivas Comportamentais com Idosos**. Novo Hamburgo. Sinopsys, 2016, Cap. 10, p. 207-230.

SABAN, M.T. **Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso**, Belo Horizonte. Artesa 2015, 2.ed.

WRIGHT, J. H. *et al.* **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental**, Porto Alegre. Artmed, 2019, 2. ed.