

**ENVELHECIMENTO, SAÚDE MENTAL E PERTENCIMENTO SOCIAL: A DEPRESSÃO
ENTRE IDOSOS PARTICIPANTES DA UNATI/UENF**

Elizete Maria Bittencourt Soares Miranda
*Mestranda do Programa de Pós-graduação em Cognição e
Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense
Darcy Ribeiro (PGCL/UENF).*
elizetemiranda@gmail.com

Rosalee Santos Crepo Istoe
*Professora do Programa de Pós-graduação em Cognição e
Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense
Darcy Ribeiro (PGCL/UENF).*
rosaleeistoe@gmail.com

Valtair Afonso Miranda
*Professor do Programa de Pós-graduação em Cognição e
Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense
Darcy Ribeiro (PGCL/UENF).*
valtairmiranda@gmail.com

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

Charles Vieira Fonseca de Almeida
*Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Cognição
e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense
Darcy Ribeiro (PGCL/UENF).*
charles.vieira@hotmail.com

Resumo

O envelhecimento populacional, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, apresenta desafios sociais, econômicos e de saúde pública. Com o aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de natalidade, cresce também o número de pessoas idosas que enfrentam doenças crônicas, limitações funcionais e problemas de saúde mental, como a depressão. A pandemia de COVID-19 evidenciou fragilidades nos sistemas de atenção à pessoa idosa, acentuando a importância de políticas públicas eficazes e humanizadas. Neste contexto, destaca-se a relevância de programas voltados ao envelhecimento saudável. Este estudo busca investigar a prevalência da depressão entre os idosos participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) da UENF, em Campos dos Goytacazes, e analisar como a participação em atividades educativas e sociais pode influenciar positivamente o bem-estar mental dessa população.

Abstract

Population aging, especially in developing countries such as Brazil, brings important social, economic, and public health challenges. With increasing life expectancy and declining birth rates, more older adults are experiencing chronic illnesses, functional limitations, and mental health issues, including depression. The COVID-19 pandemic exposed severe weaknesses in elderly care systems, emphasizing the urgent need for effective and human-centered public policies. In this context, programs focused on healthy aging become highly relevant. This study aims to investigate the prevalence of depression among elderly participants of the Open University for the Third Age (UNATI) at UENF, in Campos dos Goytacazes, and analyze how engagement in educational and social activities may positively impact their mental well-being.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional, Saúde emocional, Universidade da Terceira Idade (UNATI)

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, especialmente intenso em países em desenvolvimento. A América Latina passa por rápida transição demográfica, marcada pela queda da fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida. Em 2030, o número de idosos ultrapassará o de jovens menores de 15 anos, e estima-se que, em 2050, um em cada quatro latino-americanos terá mais de 60 anos (GOMES; BRITTO, 2023; VEGA; MORSCH, 2021).

Entre os grupos que mais crescem está o dos maiores de 80 anos, o que traz desafios importantes para saúde, previdência e proteção social. No Brasil, mais de 28 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais (13% da população), número que deve dobrar nas próximas décadas. É preocupante a diferença de aproximadamente dez anos entre expectativa de vida total e expectativa de vida saudável (BRASIL, 2024). A população idosa cresceu 56% entre 2010 e 2022, enquanto a proporção de jovens diminuiu, confirmando o envelhecimento acelerado.

A OMS propõe o conceito de envelhecimento saudável, que inclui autonomia e bem-estar físico, mental e social. Cerca de 71% dos idosos mantêm funcionalidade estável; 25% apresentam limitações; e 3% têm declínio acelerado. Cresce também a necessidade de cuidados contínuos, majoritariamente assumidos por cuidadores informais, grupo esse que passou de 3,7 milhões para 5,1 milhões entre 2016 e 2019.

O aumento de doenças crônicas e limitações funcionais exige respostas intersetoriais e fortalecimento das redes de apoio. A pandemia de COVID-19 revelou vulnerabilidades nos serviços de saúde, como ausência de protocolos específicos e

fragilidade das Instituições de Longa Permanência (ILPs).

Diante disso, a OMS, ONU e OPAS lançaram a Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030), com quatro prioridades: combate ao etarismo, comunidades amigas do idoso, cuidados integrados centrados na pessoa e ampliação dos cuidados de longa duração. Também orienta estratégias como participação ativa dos idosos, formação de lideranças, troca de boas práticas e investimento em pesquisas.

No Brasil, embora existam avanços legais e alta adesão vacinal, persistem desigualdades regionais, elevada prevalência de doenças crônicas, sedentarismo e ausência de Conselhos Municipais do Idoso em diversas localidades. É fundamental reconhecer o envelhecimento como conquista social, embora acompanhado de desafios estruturais.

O etarismo ainda é um obstáculo significativo. O TJSC (2025) destaca que o preconceito etário deve ser combatido como qualquer outra forma de discriminação. Ele afeta autoestima, saúde mental e participação social. Para enfrentá-lo, são necessárias ações educativas, culturais e políticas que valorizem a diversidade etária.

Nesse contexto, estudar depressão em idosos torna-se especialmente relevante. Estimativas sugerem que, em 2050, cerca de 38 milhões de idosos brasileiros poderão desenvolver depressão (LEAL, 2016).

Beck define o transtorno como marcado por tristeza persistente, desesperança e perda do sentido de vida (BECK; ALFORD, 2009). Suas causas são múltiplas e envolvem fatores biológicos, psicológicos e sociais (NÓBREGA et al., 2015). Mulheres são mais vulneráveis, assim como indivíduos com baixa escolaridade, pouco apoio social ou doenças crônicas (RAMOS et al., 2015). Cerca de 50% dos casos não são identificados na atenção primária (SOUZA et al., 2017).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Envelhecimento Humano

Neri (2009) define o envelhecimento como um processo social e cultural, não apenas biológico, pois envolve também aspectos sociais e culturais. As pessoas vão sendo diferenciadas por aparência, força física, funcionalidade, produtividade e papéis sociais. A idade que define a velhice é construída socialmente, com base em critérios demográficos, como, por exemplo, a relação entre pessoas de 50–60 anos e as outras faixas etárias, incluindo crianças, jovens não produtivos e adultos em idade ativa.

O envelhecimento, então, é um processo no qual os indivíduos se diferenciam de outros por esses atributos e papéis sociais primários, tudo isso dentro de um contexto sociocultural. Esses marcadores, como idade, gênero e classe social, determinam o acesso a benefícios e posições sociais.

Existem algumas mudanças típicas da velhice; por isso, é crucial distinguir as mudanças próprias dessa fase daquelas que ocorrem em outras etapas da vida, separando as transformações associadas à idade avançada de padrões que perpassam todo o ciclo vital.

Há ainda um descompasso estrutural, já que as instituições (saúde, previdência, trabalho) não acompanham o ritmo do envelhecimento populacional. Isso favorece estereótipos negativos, como a ideia de que os idosos são um peso econômico para as demais faixas etárias. É importante notar que essas interpretações resultam mais dos arranjos institucionais do que de características intrínsecas à velhice.

Com relação ao envelhecimento e ao ciclo vital, trata-se da fase final do ciclo de vida do ser humano: após o nascimento, vêm o crescimento, a maturação, o declínio e, por fim, a morte. Biologicamente, a velhice corresponde à diminuição da capacidade de adaptação e sobrevivência.

Neri analisa três grandes grupos de teorias do envelhecimento:

- As teorias clássicas, que entendem o envelhecimento como parte contínua do desenvolvimento ao longo da vida.
- As teorias de transição, que focam nos aspectos psicossociais e nas mudanças de papéis sociais.
- As teorias contemporâneas (*life-span*), que enfatizam o envelhecimento como dinâmico, interacional e contextualizado, considerando fatores normativos, históricos e não normativos.

Essa organização permite uma compreensão multifacetada do envelhecimento, considerando fatores normativos, históricos e eventos não normativos que exigem adaptações individuais e coletivas.

A autora analisa ainda algumas abordagens contemporâneas adicionais:

- A Teoria da dependência aprendida destaca as influências normativas, no caso, a idade; as influências históricas, ou seja, o contexto geracional; e as influências não normativas, as chamadas imprevisíveis. As influências normativas por idade são mais evidentes na infância e na velhice. As influências históricas afetam grupos geracionais em contextos socioculturais específicos. Já as influências não normativas, imprevisíveis e singulares, podem ocorrer a qualquer momento e exigem esforços adaptativos.
- A Teoria da seletividade socioemocional sustenta que, com o envelhecimento, os indivíduos priorizam a estabilidade emocional e as relações significativas, reduzindo os vínculos sociais sem que isso signifique isolamento. Essa perspectiva sugere que a diminuição dos vínculos não é necessariamente um sinal de retraimento, mas sim uma escolha seletiva por interações mais gratificantes e emocionalmente relevantes.
- A Teoria do controle primário e secundário propõe o equilíbrio entre agir sobre o ambiente (controle primário) e adaptar-se às suas limitações (controle secundário). A perda súbita de controle, como no caso de doenças crônicas, aumenta o risco de estresse, depressão e baixa autoestima. Destaca-se, portanto, a importância de manter um equilíbrio entre ação ativa e adaptação às restrições impostas pelo envelhecimento.

Existem ainda eventos críticos na velhice: normativos e não normativos. Os normativos são aqueles esperados, como a aposentadoria. Os não normativos são os inesperados, como acidentes ou perdas súbitas. Com o envelhecimento, esses eventos tornam-se mais frequentes, sobretudo em contextos de vulnerabilidade, como pobreza, preconceito etário, isolamento social e falta de suporte institucional. As condições socioeconômicas influenciam tanto a exposição quanto a capacidade de enfrentamento desses eventos, e as respostas individuais podem ser proativas ou reativas, afetando saúde, autoestima e adaptação.

Neri mostra que o envelhecimento é multidimensional, envolvendo biologia, psicologia e sociedade. Ele não deve ser visto apenas como declínio, mas como uma fase marcada por desafios, escolhas e possibilidades de adaptação. As teorias ajudam a compreender como o idoso reage às mudanças e como os contextos sociais influenciam sua experiência de envelhecer.

Neri ainda apresenta a evolução das teorias do envelhecimento, evidenciando uma transição progressiva: inicialmente, há a passagem de modelos fixos e sequenciais para perspectivas mais flexíveis e integradoras. Posteriormente, o envelhecimento deixa de ser entendido apenas como um processo linear de perdas e passa a ser concebido como um percurso dinâmico, marcado por ganhos e declínios, continuidades e discontinuidades.

Além disso, as circunstâncias históricas e socioculturais influenciam diretamente esse processo.

Neri destaca, ainda, a evolução das macro para as microteorias. No início do século XX, predominavam grandes teorias psicológicas e sociológicas. Com o tempo, ocorreu uma transição para microteorias, que investigam aspectos específicos do envelhecimento, sejam afetivos, cognitivos ou sociais. Esse movimento possibilitou análises mais detalhadas e realistas, valorizando a diversidade das trajetórias

individuais e o papel ativo dos idosos em sua adaptação.

A autora analisa também o avanço das pesquisas longitudinais, observando um crescimento expressivo de estudos apoiados em métodos rigorosos e teorias consolidadas. Esses estudos contribuíram para refutar visões reducionistas, diferenciar de modo mais preciso processos de continuidade e descontinuidade e identificar fatores associados ao bem-estar e à resiliência na velhice. Esse desenvolvimento representou um marco para uma visão mais ética, realista e inclusiva do envelhecimento.

Para Overall, a velhice é vista como uma etapa específica do ciclo de vida, definida por critérios etários. No Brasil, por exemplo, o Estatuto do Idoso (2003) estabelece que a velhice tem início aos 65 anos. Essa fase caracteriza-se por mudanças físicas e cognitivas progressivas, bem como pelo aumento das demandas de cuidado e suporte. Trata-se do resultado da interação entre idade cronológica e idade biológica (Overall, 2016).

Existem fatores moduladores da experiência da velhice. Entre os principais, destacam-se o estado geral de saúde, a rede de apoio social, a resiliência emocional e o grau de autonomia e funcionalidade.

A aproximação do fim da vida intensifica as necessidades específicas do idoso e requer respostas articuladas nos campos médico, social e afetivo.

Diante da análise de Neri e da contribuição de outros pesquisadores, a evolução das teorias trouxe uma visão mais abrangente, plural e humanizada da velhice. O envelhecimento passou a ser compreendido não apenas como um processo de perdas, mas também de reorganização, adaptação e possibilidades de ganhos, sempre condicionado pelas circunstâncias históricas, sociais e individuais.

2.2 Depressão

Beck e Alford definiram a depressão como um distúrbio emocional caracterizado por padrões de pensamento negativos dirigidos a três domínios fundamentais: o eu, o mundo e o futuro. Essa chamada “tríade cognitiva” manifesta-se, em primeiro lugar, por uma visão negativa de si mesmo, na qual o indivíduo se percebe como incompetente, desamparado ou inadequado; em segundo, por uma visão negativa do mundo, percebido como hostil, repleto de obstáculos e ameaças; e, em terceiro, por uma visão negativa do futuro, marcada por expectativas de fracasso e desesperança (BECK; ALFORD, 2009). Segundo Beck, esses pensamentos negativos são automáticos, recorrentes e se retroalimentam, reforçando sentimentos de tristeza e desamparo e contribuindo para a manutenção do quadro depressivo. No núcleo desse processo estão distorções cognitivas como a generalização excessiva, a personalização e o pensamento dicotômico, que levam o sujeito a interpretar situações e a si próprio de forma rígida e polarizada, sem espaço para nuances. Assim, um insucesso pontual pode ser visto como fracasso absoluto, sem reconhecimento de conquistas parciais, revelando a dificuldade de flexibilidade e adaptabilidade diante dos desafios (KORMAN, 2025).

A importância do pensamento de Aaron Beck para a compreensão da depressão reside em sua recusa em aceitar explicações exclusivamente biológicas ou psicodinâmicas para o transtorno. Para ele, é essencial considerar a forma como o indivíduo interpreta a si mesmo, o mundo e suas experiências. Essa ênfase na cognição levou ao desenvolvimento de um modelo clínico que viria a fundamentar a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

O surgimento da TCC insere-se em um contexto mais amplo, marcado pelo declínio dos paradigmas estritamente comportamentais e pela ascensão da cognição como objeto legítimo de investigação científica. Nesse cenário, diferentes tradições buscaram formas de integrar teoria, prática clínica e verificação científica, contribuindo para o ambiente em que Beck desenvolveria suas ideias.

A formação de Beck transitou por essas influências. Sua trajetória teve início

durante a residência médica, quando foi exposto à psiquiatria psicanalítica. Apesar do ceticismo inicial, permaneceu na área, buscando maior clareza sobre os fenômenos clínicos. Sua formação aprofundou-se em instituições como o Austen Riggs Center e o Instituto Psicanalítico da Filadélfia, onde teve contato com pensadores que buscavam aliar psicanálise, psicologia do ego, psicologia experimental e abordagens mais pragmáticas. Essa base plural lhe proporcionou um instrumental clínico e teórico que viria a ser reformulado à luz da evidência empírica (KORMAN, 2025).

A virada conceitual ocorreu na década de 1960, quando Beck passou a testar empiricamente postulados freudianos sobre a depressão. Ao contrário das expectativas derivadas da teoria das pulsões, como a presença de agressividade introjetada ou desejo inconsciente de punição, seus dados clínicos apontaram para outro padrão: a presença sistemática de pensamentos automáticos negativos, de caráter distorcido, recorrente e espontâneo, dirigidos a si mesmo, ao mundo e ao futuro. Essa constatação o levou a formular um modelo explicativo centrado na cognição.

Segundo esse modelo, a depressão é mantida por padrões cognitivos disfuncionais, enraizados em crenças centrais negativas e esquemas mal adaptativos, que distorcem a interpretação dos acontecimentos. As emoções negativas não derivam diretamente dos eventos, mas das interpretações que o indivíduo faz deles. Assim, uma situação ambígua pode acionar pensamentos como “sou um fracasso” ou “vai dar tudo errado”, desencadeando sentimentos de impotência, tristeza e desamparo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental se propõe a atuar sobre esses pensamentos e crenças, por meio de técnicas que envolvem identificação, avaliação crítica e substituição de interpretações disfuncionais por formulações mais realistas e adaptativas. O objetivo deste trabalho seria promover mudanças nos padrões de pensamento que, por sua vez, reverberam sobre as emoções e os comportamentos, favorecendo um funcionamento mais equilibrado.

A consolidação da TCC como abordagem clínica também se deu por meio do desenvolvimento de instrumentos padronizados de avaliação, como o Beck Depression Inventory (BDI), o Beck Anxiety Inventory (BAI) e a Beck Hopelessness Scale (BHS). Essas escalas tornaram-se referências significativas na prática clínica e na pesquisa, possibilitando não apenas o diagnóstico, mas também o acompanhamento da evolução terapêutica com base em parâmetros objetivos (BECK; ALFORD, 2009).

Beck e Alford descrevem a depressão como um fenômeno complexo, marcado por paradoxos que desafiam concepções tradicionais do comportamento humano (BECK; ALFORD, 2009). Um dos mais notáveis é a discrepância entre a autoimagem do paciente e os fatos objetivos de sua vida. Indivíduos deprimidos frequentemente mantêm avaliações autodepreciativas que não se sustentam diante da realidade observável. Os autores exemplificam essa dissociação com casos de pessoas bem-sucedidas que, apesar de conquistas evidentes, mantêm crenças negativas sobre si mesmas, como uma mulher financeiramente estável que se julga incapaz de sustentar os filhos, um astro de cinema que se vê como fisicamente repulsivo ou uma cientista reconhecida que duvida de sua competência intelectual.

Essas distorções cognitivas, além de resistentes à confrontação com evidências, podem gerar comportamentos contrários ao bem-estar e à autopreservação. Beck e Alford relatam situações em que pacientes deprimidos adotam atitudes que reforçam o sofrimento, como um homem abastado que se humilha pedindo esmolas, um líder religioso que tenta o suicídio por se considerar um pecador imperdoável ou uma pesquisadora de prestígio que faz uma falsa confissão de fraude científica (BECK; ALFORD, 2009). Tais condutas desafiam princípios psicológicos fundamentais, como o princípio do prazer, segundo o qual o ser humano tende a evitar a dor, e o instinto de autopreservação, que orienta a proteção da vida e da integridade pessoal.

No contexto depressivo, porém, observa-se um agir paradoxal, em que o

sofrimento parece não apenas tolerado, mas de certo modo buscado. Ainda que a depressão, historicamente conhecida como melancolia, seja reconhecida como síndrome clínica desde a Antiguidade, a compreensão plena de sua natureza paradoxal permanece em aberto, suscitando questões fundamentais que seguem impulsionando o campo da pesquisa.

Beck e Alford destacam quatro grandes perguntas que continuam a desafiar o entendimento da depressão:

- A depressão representa apenas a intensificação de um estado emocional normal ou constitui um estado qualitativamente distinto?
- Quais são suas causas, características definidoras, desfechos e tratamentos mais eficazes?
- Deve ser compreendida como uma reação ou como uma doença?
- A etiologia da depressão é predominantemente psicológica ou biológica?

Essas perguntas estruturam não apenas o debate acadêmico, mas também impactam diretamente a prática clínica, influenciando a forma como se diagnostica, compreende e trata o transtorno. A ênfase atribuída às abordagens cognitivas, psicossociais ou biológicas depende, em grande medida, das respostas teóricas e empíricas a essas questões fundamentais.

Beck e Alford reconhecem que persistem inúmeras controvérsias na classificação e no estudo das causas da depressão. Apesar dos avanços conceituais e empíricos, não há consenso entre especialistas quanto à natureza desse transtorno. Alguns estudiosos questionam a própria utilidade da categoria diagnóstica "depressão", argumentando que o termo agrupa experiências heterogêneas sob um mesmo rótulo clínico. Outros discordam sobre sua origem, debatendo se a depressão tem natureza predominantemente psicogênica, ligada a fatores psíquicos e experiências de vida, ou orgânica, associada a disfunções neurobiológicas. Há ainda propostas que diferenciam formas de depressão de causa psicológica e de causa biológica.

Apesar dessas divergências, a depressão é amplamente reconhecida como uma das condições mais graves e incapacitantes no campo da saúde mental. Segundo o psiquiatra Nathan Kline (BECK; ALFORD, 2009), poucas doenças provocam tanto sofrimento humano quanto a depressão, mesmo quando comparada a outras patologias severas. Nos Estados Unidos, onde os autores atuam, a depressão ocupa o segundo lugar entre as causas de internações psiquiátricas, sendo superada apenas pela esquizofrenia. No entanto, sua prevalência na população geral é estimada em até cinco vezes maior que a da esquizofrenia, o que amplia ainda mais sua relevância clínica e social. Em escala global, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicaram que, já em 1990, a depressão era a principal causa de incapacidade, reforçando seu impacto sobre a qualidade de vida e os sistemas de saúde pública.

Diversas pesquisas também revelam diferenças significativas na prevalência da depressão entre homens e mulheres, com taxas consistentemente mais elevadas entre as mulheres desde a puberdade. Essa disparidade sugere a atuação conjunta de fatores biológicos, hormonais e psicossociais. Além disso, a distribuição etária mostra que a maior incidência do transtorno ocorre entre os 30 e os 50 anos, embora a depressão possa se manifestar em qualquer fase da vida.

Historicamente, a depressão, anteriormente denominada melancolia, já era descrita por autores como Hipócrates, Areteu e Pinel com sintomas que ainda hoje fazem parte dos critérios diagnósticos modernos: tristeza profunda, desesperança, culpa, desejo de morrer, insônia, perda de apetite e apatia. Esses registros sugerem que a depressão é um fenômeno constante ao longo da história humana, com manifestações clínicas que se mantêm relativamente estáveis (BECK; ALFORD, 2009).

O uso contemporâneo do termo "depressão" é amplo e, por vezes, impreciso. Ele pode referir-se a sentimentos passageiros de tristeza, a uma síndrome clínica complexa composta por alterações emocionais, cognitivas e comportamentais, ou

ainda a uma entidade psiquiátrica específica, com critérios diagnósticos estabelecidos, curso clínico definido e tratamentos padronizados. Essa diversidade de significados contribui para certa confusão conceitual, tanto no senso comum quanto na literatura especializada.

Atualmente, os manuais diagnósticos distinguem diferentes tipos de transtornos do humor. Entre os transtornos depressivos unipolares, incluem-se a depressão maior, caracterizada por episódios com duração mínima de duas semanas, e a distímia, uma forma crônica de depressão de menor intensidade, porém persistente ao longo de, no mínimo, dois anos. Já os transtornos bipolares incluem episódios de depressão alternados com fases de mania ou hipomania, implicando um padrão oscilante de humor.

A depressão maior segue, na maioria dos casos, um curso clássico composto por início bem definido, agravamento progressivo dos sintomas, ponto de maior gravidade (o "fundo do poço") e, eventualmente, uma melhora gradual. Embora em muitos casos ocorra remissão espontânea, há elevada tendência à recorrência, o que torna a compreensão do curso e prognóstico da doença fundamental para o planejamento terapêutico.

Para Beck e Alford, estudos clássicos como os de Kraepelin, Paskind, Rennie e Lundquist, realizados ao longo do século XX, forneceram contribuições importantes para o entendimento da evolução natural da depressão. Apesar das limitações metodológicas da época, esses trabalhos demonstraram que a maioria dos episódios tende a remitir, especialmente em pacientes jovens, embora muitos apresentem recorrência. Em geral, a duração dos episódios gira em torno de seis a oito meses, com variações associadas à idade de início, forma de manifestação (aguda ou insidiosa), e características clínicas específicas, como presença de delírios ou comorbidades (BECK; ALFORD, 2009).

A recorrência é um aspecto central na história natural da depressão. Cerca de 60% dos pacientes que vivenciam um primeiro episódio desenvolverão um segundo; após dois episódios, o risco de um terceiro sobe para 70%, e após três episódios, a chance de um quarto ultrapassa 90%. Estudos longitudinais também indicam que os intervalos entre os episódios tendem a se encurtar com o tempo, sobretudo nos casos de transtorno bipolar.

Em relação ao risco de suicídio, os dados são alarmantes. A depressão é associada a uma taxa de suicídio de cinco a dez vezes maior do que a da população geral. Estimativas apontam que cerca de 5% dos pacientes deprimidos cometerão suicídio ao longo da vida. Esse risco é particularmente elevado nos primeiros meses após a alta hospitalar, durante períodos de crise aguda e em pacientes com transtorno bipolar tipo I. Tentativas anteriores de suicídio, presença de sintomas psicóticos, uso de substâncias e sentimento de desesperança estão entre os principais preditores de comportamento suicida.

A desesperança, inclusive, tem se mostrado um fator mais fortemente associado ao suicídio do que a própria gravidade da depressão. Pesquisas demonstram que pacientes com altos níveis de desesperança apresentam maior ideação suicida e maior risco de tentativa. O mito de que "quem fala em suicídio não o comete" é infundado; na realidade, a comunicação verbal da intenção suicida é um dos mais fortes preditores de suicídio consumado.

Em contraste com os episódios agudos, a depressão crônica, como a distímia, apresenta menor intensidade sintomática, mas maior persistência e impacto funcional. Estudos mostram que pacientes com distímia frequentemente convivem com sintomas por mais de 70% do tempo ao longo de vários anos, com taxas de recuperação significativamente mais baixas do que nos casos episódicos. Além disso, a maioria dos pacientes com distímia acabará desenvolvendo, em algum momento, episódios de depressão maior, o que caracteriza a condição conhecida como transtorno depressivo duplo.

Fatores associados à cronicidade incluem experiências traumáticas na infância,

presença de transtornos de personalidade, exposição a estressores crônicos, comorbidades psiquiátricas e características cognitivas disfuncionais, como padrões de pensamento pessimista, ruminação excessiva e estilos de atribuição global e estável. Estudos comparativos entre pacientes com depressão crônica, depressão não crônica e controles saudáveis demonstram que os primeiros apresentam níveis mais elevados de crenças disfuncionais e esquemas cognitivos negativos, mesmo quando controlados por estado de humor atual e presença de outros transtornos.

Em termos biológicos, embora não haja diferenças marcantes entre os subtipos de depressão quanto à fisiologia do sono ou aos níveis hormonais de base, algumas evidências apontam para a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e alterações imunológicas em ambos os casos, com destaque para respostas inflamatórias exacerbadas.

Alford e Beck sintetizam que o estudo do curso e prognóstico da depressão revela padrões relativamente estáveis. A maioria dos pacientes apresenta remissão completa após o primeiro episódio, especialmente os mais jovens. Entretanto, o risco de recorrência é elevado, e fatores como idade de início, bipolaridade, duração dos episódios e características cognitivas influenciam diretamente o prognóstico.

Compreender esses aspectos é essencial para orientar o tratamento, planejar intervenções preventivas, e oferecer aos pacientes uma abordagem mais realista, empática e eficaz.

3. DESENVOLVIMENTO DO TEMA

Os distúrbios mentais mais comuns em idosos são depressão, transtorno de ansiedade, esquizofrenia tardia, demência e transtorno afetivo bipolar. O envelhecimento contribui para o aparecimento de depressão, que pode ser agravada por doenças cerebrovasculares (PARADELA, 2011). Já destacamos anteriormente a problemática subdiagnóstico deste quadro e os riscos que ele acarreta à saúde do idoso. Queremos apontar, entretanto, que como resultado da equação aumento epidemiológico e baixo diagnóstico, há um impacto considerável na demanda por serviços de saúde e apoio social derivados. Este artigo, portanto, pode fornecer subsídios à formulação de políticas públicas que abordem a saúde mental na terceira idade, promovendo intervenções preventivas e adaptando a assistência para atender a essa população em expansão.

Podemos indicar também a lacuna de entendimento de como a depressão se manifesta e progride em idosos participantes de programas de educação continuada, e neste sentido nossa pesquisa pode oferecer uma perspectiva contextualizada da prevalência da depressão na Universidade Aberta da Terceira Idade, tanto para confirmar o quadro epidemiológico mais amplo, quanto para verificar os efeitos dessa participação no avanço e tratamento da doença.

Por fim, destacamos a necessidade da identificação precoce das enfermidades, no caso aqui a depressão, para o tratamento adequado, na busca pela saúde integral dos idosos, por uma melhor qualidade de vida na velhice, e na promoção de um envelhecimento ativo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A delimitação teórica apresentada aqui buscou contextualizar duas dimensões fundamentais do presente estudo: o envelhecimento humano e a depressão. A partir da sistematização proposta por Neri, compreendeu-se o envelhecimento como um processo complexo, marcado por transformações biopsicossociais que se intensificam na velhice e exigem respostas adaptativas contínuas.

O estudo do envelhecimento mostra que essa fase da vida é muito mais do que um processo biológico. Envelhecer envolve também a cultura, a história e as

condições sociais que moldam a forma como cada pessoa vive e compreende a velhice. Por isso, não existe uma única maneira de envelhecer. Cada trajetória é única.

As teorias apresentadas por Neri (2009) ajudam a perceber que a velhice não deve ser entendida apenas como perda ou declínio, mas, muito pelo contrário, ela é um momento marcado por mudanças, escolhas e possibilidades de adaptação. Os idosos continuam sendo sujeitos ativos, capazes de reorganizar sua vida, buscar novos sentidos e fortalecer suas relações.

As abordagens clássicas, de transição e as teorias contemporâneas mostram que o envelhecimento é dinâmico. Ele combina fatores biológicos, psicológicos e sociais. Também sofre influências normativas, históricas e imprevisíveis. Por isso, compreender o envelhecimento exige olhar para o contexto, para as oportunidades disponíveis e para os desafios que cada pessoa precisa enfrentar.

Neri lembra que eventos críticos fazem parte dessa etapa, tanto aqueles esperados quanto os inesperados. E que as condições de vida, como acesso à saúde, renda, apoio social e ausência de preconceito, influenciam muito a forma como o idoso consegue enfrentar essas situações. Assim, envelhecer não depende só de características individuais. Depende também das estruturas que acolhem, amparam ou limitam essas pessoas.

Com o avanço das pesquisas, especialmente os estudos longitudinais, descobrimos que o processo não é linear. Há perdas, sim, mas também há ganhos. Há continuidades, mas também mudanças que podem abrir novos caminhos. Isso traz uma visão mais humana, realista e respeitosa sobre o envelhecer.

De modo geral, compreender a velhice como uma etapa legítima do ciclo vital ajuda a combater estereótipos e preconceitos. Lembra-nos que todos envelhecem de formas diferentes e que o respeito, o cuidado e a inclusão são essenciais para garantir dignidade a essa fase da vida.

Assim, as reflexões de Neri nos convidam a ver o envelhecimento como um processo plural, cheio de nuances e profundamente humano. Um processo que merece ser reconhecido não apenas pelos desafios que traz, mas também pelas possibilidades de crescimento, de vínculos significativos e de novas formas de viver.

Já a abordagem de Beck permitiu uma compreensão aprofundada da depressão como um transtorno multifatorial, no qual aspectos cognitivos desempenham papel central tanto na origem quanto na manutenção do sofrimento psíquico.

O trabalho de Beck e Alford nos ajuda a compreender que a depressão não é apenas um conjunto de sintomas, mas um modo doloroso de perceber a si mesmo, o mundo e o futuro. A tríade cognitiva mostra como pensamentos automáticos negativos podem dominar a experiência do indivíduo, criando um ciclo de tristeza, desesperança e desamparo. Esses pensamentos surgem de forma rápida, rígida e distorcida, dificultando que a pessoa reconheça suas forças e suas conquistas.

Beck trouxe uma grande contribuição ao demonstrar que as emoções não nascem apenas dos eventos, mas das interpretações que fazemos deles. Foi dessa ideia que surgiu a Terapia Cognitivo-Comportamental, uma abordagem que ensina o paciente a identificar padrões negativos, avaliar suas crenças e construir modos de pensar mais realistas e compassivos. Assim, o cuidado passa a ser um caminho de transformação, em que mudanças cognitivas podem gerar alívio emocional e novos comportamentos.

As pesquisas de Beck também mostraram que a depressão é complexa e cheia de paradoxos. Muitas vezes, a pessoa deprimida mantém crenças negativas que não combinam com os fatos da sua própria vida. Mesmo diante de histórias de sucesso, ela pode se sentir incapaz, culpada ou sem valor. Isso revela como as distorções cognitivas podem ser intensas e resistentes, influenciando escolhas, atitudes e até comportamentos que reforçam o sofrimento.

Os dados apresentados por Beck e Alford reforçam a gravidade desse transtorno. A depressão é frequente, recorrente e pode colocar a vida em risco,

especialmente quando acompanhada de desesperança. Por isso, a atenção clínica deve ser sensível, ética e constante, reconhecendo os sinais de risco e acolhendo o sofrimento com responsabilidade.

Também aprendemos que existem diferentes formas de depressão, com cursos variados. Cada pessoa precisa ser vista em sua singularidade.

Ao final, a obra de Beck e Alford nos lembra que compreender a depressão é um esforço que une ciência, clínica e sensibilidade humana. Mesmo diante das divergências teóricas, há consenso de que a depressão é uma condição séria, que demanda escuta atenta, intervenções cuidadosas e esperança. Conhecer sua natureza, seus mecanismos e seu curso, permite que tenhamos um cuidado mais compreensivo, mais responsável e mais alinhado às necessidades reais de quem sofre.

Ao integrar essas duas perspectivas, o envelhecimento humano como experiência psicossocial e a depressão como fenômeno clínico e subjetivo, este trabalho reconhece a relevância de investigar como tais processos se articulam na realidade concreta dos indivíduos, especialmente no contexto do envelhecimento populacional e da crescente demanda por cuidado em saúde mental.

5. REFERÊNCIAS:

ALMEIDA L.; QUINTÃO, S. "**Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal.**" *Acta Medica Portuguesa*, 2012: 25(6): 350-358

BECK, A. T.; ALFORD B. A. **Depression: Causes and Treatment**. 2. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009.

BECK, A. T.; CLARCK, D. A. **Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice**. New York: The Guilford Press, 2011.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **Inventário de Depressão de Beck – BDI-II**. Tradução de Cássia Maria Rodrigues e Maria da V. F. Cunha. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2011.

BRASIL. **Estatuto do Idoso, Dispositivos Constitucionais Pertinentes** Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Normas correlatas índice temático.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico**, 2022. Disponível em www.ibge.gov.br

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)** disponível em: www.mds.com.br. Acesso em 01 de Jul 2025.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 3, 2008, p. 597-605.

CARVALHO, V. F. C. e FERNANDES, M. E. D. Depressão no Idoso. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. P. 160-173.

GOMES, I.; BRITTO, V. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos**. Out. 2023. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 28 jul. 2025.

HUGHES, J. C. **The Physiology and Psychology of Aging**: Should Aging Be Successful or Authentic? In: SCARRE, Geoffrey. *The Palgrave Handbook of The Philosophy of aging*. London: Macmillan Publishers Ltda, 2016, p. 49-68.

KORMAN, G. P. **El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck**. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, 2013. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000300005. Acesso em: 16 jun. 2025.

LEAL, L. N. **"População idosa vai triplicar entre 2010 e 2050, aponta publicação do IBGE."** O Estado de S. Paulo (2016).

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-V TR** / American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana, 2022.

NERI, A. L. **Conceitos e teorias sobre o envelhecimento**. In: MALLOY-DINIZ, L.; FUENTES, Daniel; COSENZA, Ramon M. (org.). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 17–42.

NÓBREGA I. et al. **Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados**: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 2015; 39(3): 536-550.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Década do Envelhecimento Saudável: 2021–2030**. Genebra: OMS, 2020.

OVERALL, C. How old is old? Changing conceptions of Old Age. In: SCARRE, G. **The Palgrave Handbook of The Philosophy of aging**. London: Macmillan Publishers Ltda, 2016. p. 13-30;

PARADELA, E. M. P. **Depressão em Idosos**. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Ano 10, v. 5, n. 1, 2011.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SANTA CATARINA (TJSC). **Etarismo, idadeismo e ageísmo: novos nomes para um antigo preconceito**. *Dicas de Saúde*. Florianópolis, [s. d.]. Disponível em: https://www.tjsc.jus.br/web/servidor/dicas-de-saude/-/asset_publisher/0rjJEBzj2Oes/content/etarismo-idadeismo-e-ageismo-novos-nomes-para-um-antigo-preconceito. Acesso em: 16 jun. 2025.

VEGA, E.; MORSCH, P. **A Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) na região das Américas**. *Estudos sobre Envelhecimento*, v. 32, n. 80, p. 24–35, ago. 2021.