



A ESPIRITUALIDADE COMO FATOR DE RESERVA COGNITIVA E PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA REVISÃO DOS MECANISMOS NEUROCOGNITIVOS E PREVENTIVOS.

SPIRITUALITY AS A FACTOR OF COGNITIVE RESERVE AND PROMOTION OF ACTIVE AGING: A REVIEW OF NEUROCOGNITIVE AND PREVENTIVE MECHANISMS

Ede Teixeira da Silva

<https://orcid.org/0009-0006-9679-5734>

Ana Paula dos Santos Vasconcelos

<https://orcid.org/0009-0004-2373-3685>

André Luiz Vargas

<https://orcid.org/0000-0002-7171-9405>

Valtair Afonso Miranda

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

Rosalee Santos Crespo Istoe

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

Resumo: O envelhecimento populacional global desafia políticas de saúde públicas a promoverem qualidade de vida além da mera longevidade enquanto populações idosas crescem exponencialmente. Objetivo: Analisar a espiritualidade como fator de reserva cognitiva e catalisador do envelhecimento ativo, elucidando seus mecanismos neurocognitivos e preventivos que sustentam funcionalidade cerebral e bem-estar existencial na terceira idade. Metodologia: Revisão bibliográfica qualitativa com abordagem fenomenológica-reflexiva que examinou estudos recentes das bases SciELO, PubMed e Scopus nas áreas de gerontologia, psicologia, neurociência, filosofia e saúde coletiva, priorizando pesquisas que articulam espiritualidade com neuroplasticidade e resiliência psicossocial. Resultados: Espiritualidade, distinta da religiosidade institucional, atua como reserva cognitiva ao reduzir estresse fisiológico crônico (cortisol), fortalecer neuroplasticidade através de práticas meditativas e ampliar conectividade cerebral em regiões pré-frontais e límbicas. Promove envelhecimento ativo por meio de participação social contínua, resiliência emocional frente a perdas e aceitação serena da finitude, com dados demográficos brasileiros (IBGE 2024) evidenciando que 15,6% da população já possui 60+ anos, reforçando urgência local para intervenções integrativas. Conclusão: Práticas espirituais funcionam como escudo neuroprotetor que integra dimensões biopsicossociais e espirituais, demandando incorporação sistemática em protocolos geriátricos para assistência humanizada e digna.

Palavras-chave: espiritualidade; reserva cognitiva; envelhecimento ativo; neuroplasticidade; neuroproteção.

Abstract: Global population aging challenges public health policies to promote quality of life beyond mere longevity as elderly populations grow exponentially. Objective: Analyze spirituality as a cognitive reserve factor and catalyst for active aging, elucidating its neurocognitive and

1Aluno Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, edeteixeira@hotmail.com ;

2 Psicóloga e Aluna ouvinte de mestrado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - Paulavasconcelos001@hotmail.com ;

3Aluno Especial do Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, andre.vargas@fbpn-campos.com.br ;

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

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

preventive mechanisms that sustain brain functionality and existential well-being in later life. Methodology: Qualitative bibliographic review with phenomenological-reflective approach examining recent studies from SciELO, PubMed and Scopus databases across gerontology, psychology, neuroscience, philosophy and public health, prioritizing research linking spirituality with neuroplasticity and psychosocial resilience. Results: Spirituality, distinct from institutional religiosity, acts as cognitive reserve by reducing chronic physiological stress (cortisol), strengthening neuroplasticity through meditative practices and enhancing brain connectivity in prefrontal and limbic regions. It promotes active aging through continuous social participation, emotional resilience facing losses and serene acceptance of finitude, with Brazilian demographic data (IBGE 2024) showing 15.6% of population aged 60+ years, reinforcing local urgency for integrative interventions. Conclusion: Spiritual practices function as neuroprotective shield integrating biopsychosocial and spiritual dimensions, demanding systematic incorporation into geriatric protocols for dignified and humanized care.

Keywords: spirituality; cognitive reserve; active aging; neuroplasticity; neuroprotection.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico, caracterizado pela deterioração progressiva de um organismo maduro, comum a todos os membros de uma espécie, de modo que o tempo o torna menos apto a enfrentar o estresse ambiental, aumentando sua vulnerabilidade à morte (OPAS, 2005). Trata-se de um fenômeno natural da vida que, em condições normais, não gera problemas significativos. Contudo, idosos frequentemente enfrentam doenças, acidentes e estresse emocional, resultando em condições incapacitantes que afetam suas necessidades físicas e não físicas (Lima et al., 2018).

A velhice constitui período de declínio marcado por dois processos principais: a senescência e a senilidade. A senescência caracteriza-se pelo declínio físico e mental lento e gradual, iniciando-se em alguns indivíduos por volta dos 50 anos e em outros após os 60 anos. Já a senilidade refere-se à fase de envelhecimento com declínio físico acentuado, acompanhado de desorganização mental. Observam-se diferenças individuais significativas: alguns tornam-se senis relativamente jovens ou antes dos 70 anos, enquanto outros preservam a lucidez até a morte por meio de atividades criativas.

O envelhecimento ativo representa o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2005). Envolve o engajamento físico, mental e social contínuo, promovendo autonomia e independência. Este conceito, que será aprofundado nesta revisão, aponta para a necessidade de estratégias que vão além da mera sobrevivência biológica.

O envelhecimento populacional configura-se como realidade global. Em países desenvolvidos, a população idosa acima de 65 anos já supera o número de crianças, com projeções indicando que, em 2050, 32% da população mundial será idosa, equivalendo a uma criança para cada dois idosos (OMS, 2020). No Brasil, os dados mais recentes do IBGE revelam que 15,6% da população já possui 60 anos ou mais, configurando um desafio urgente para os sistemas de saúde e assistência social.

Segundo Cavalcante (2002), a velhice, como última etapa da vida, intensifica reflexões sobre a morte e o pós-morte. A finitude, antes distante, torna-se iminente, especialmente após perdas de entes queridos, incentivando o retorno a práticas religiosas percebidas como essenciais. Assim, muitos consideram a velhice o momento natural para o balanço existencial, quando as grandes questões do sentido da vida ganham contornos mais concretos e prementes.

Diante da concepção holística do indivíduo, o conceito de saúde evoluiu da mera ausência de doenças – focada na cura – para abarcar a totalidade da pessoa, incorporando dimensões psicológica, social e espiritual além da biológica (OMS, 2005). Esta perspectiva ampliou significativamente o campo de atuação dos profissionais de saúde, que hoje reconhecem a importância de fatores intangíveis na promoção do bem-estar.

Apesar dos avanços conceituais, persiste uma lacuna significativa na literatura científica brasileira sobre o papel específico da espiritualidade no processo de envelhecimento saudável. Embora estudos internacionais demonstrem consistentemente os benefícios das práticas espirituais para a saúde mental e qualidade de vida dos idosos, tais achados ainda carecem de sistematização no contexto nacional, especialmente quanto à interface com reserva cognitiva e estratégias de coping diante da finitude.

Esta revisão integrativa sistemática busca preencher essa lacuna ao analisar de forma articulada os principais constructos teóricos e evidências empíricas sobre espiritualidade, reserva cognitiva e envelhecimento ativo. Por meio de análise crítica da literatura nacional e internacional, o estudo investiga como práticas espirituais podem funcionar como fatores de proteção neurocognitiva e recursos existenciais para idosos brasileiros.

O trabalho estrutura-se em cinco seções principais que desenvolvem progressivamente a argumentação central: conceituação de espiritualidade e sua distinção da religiosidade; reserva cognitiva como mecanismo neuroprotetor no envelhecimento; envelhecimento ativo sob a perspectiva da OMS; interface entre espiritualidade, saúde mental e enfrentamento da finitude; e, finalmente, considerações para políticas públicas e formação profissional em gerontologia.

Conclui-se que compreender a espiritualidade como dimensão constitutiva do envelhecimento não significa apenas reconhecer suas potencialidades terapêuticas, mas principalmente validar a experiência vivida dos idosos em sua totalidade. Este enfoque holístico pode transformar radicalmente as práticas de cuidado, promovendo não apenas a longevidade, mas sobretudo uma velhice digna, significativa e espiritualmente plena.

2. ESPIRITUALIDADE

A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus*, que se refere à respiração ou sopro divino, refletindo a busca por significados e conceitos que transcendem o visível, em conexão com algo maior que si mesmo, incluindo ou não participação religiosa (Safra, 2006). Na perspectiva deste autor, trata-se da atribuição de sentido que o indivíduo confere à própria existência, quando concebe um caminhar que vai além de si em direção a um sentido último – fenômeno originado pela possibilidade de pôr a si mesmo e sua existência em consonância com sua concepção de absoluto ou divino (Safra, 2006).

Na origem hebraica e grega, espírito significa "ar em movimento", "hálito" ou "vento", sendo sinal e princípio de vida, força vital, sede dos sentimentos, pensamentos e decisões da vontade – imperecível vigor humano.

A espiritualidade pode ser compreendida como busca de significado para a vida em dimensões que transcendem o tangível, elevando o sentir humano à experiência com algo maior que o existencial, relacionada ou não a prática religiosa formal. Karl Rahner, teólogo católico do século XX, destaca que na dinâmica existencial humana atua uma experiência transcendente (Teixeira, 2012). Para este autor, além da consciência explícita, existe domínio subjetivo complexo, uma realidade transcendental sobrenatural presente em todo ser humano, que aponta para mistério dinamizador do cotidiano em busca infinita não verbalizável.

Por outro lado, religião provém do latim *religio*, definido como crença em forças sobrenaturais criadoras do universo, que estabelece dogmas a serem obedecidos por meio de doutrinas, rituais e preceitos morais/éticos. Faz sentido onde há comunidade, oferecendo significado além da realidade terrena e explicações para mistérios como a morte, contribuindo para organização social, orientação moral e segurança, podendo fomentar espiritualidade.

Atribui-se à religião raiz etimológica *religare* (clero medieval), remetendo à aliança Criador-homens. Assim, Safrá (2006) define-a como conjunto de dogmas, crenças, princípios e valores compartilhados por grupo, influenciando hábitos e relações, promovendo integração social via comunidade religiosa e regulação por hábitos saudáveis e ética. Amattuzzi (1999) complementa: religião como campo de experiências e indagações existenciais, aberto a novas possibilidades.

O termo religiosidade implica relação com alguém maior que si, apreendido como divino. Giovanetti (1999) considera viver a ligação com Deus no dia a dia, praticando seus ensinamentos, forma de desenvolvê-la. A fé, parte das religiões tradicionais e busca pessoal, vincula-se à força espiritual em acreditar em sentido maior para a vida, com tonalidade subjetiva existencial (Fowler, 1992). Religiosidade e espiritualidade contribuem para qualidade de vida, construindo sentido/propósito para ações e futuro.

Embora relacionadas, espiritualidade (universal, disponível a todos) e religiosidade (sistema de crenças/doutrinas grupais com características próprias) não se igualam. Fundamental especialmente em saúde debilitada, conferem força adicional para superar dificuldades, restabelecimento ou conformação no adoecimento, suportando emocionalmente saúde física/mental.

Na prática hospitalar, diante de doenças crônicas/terminais, pacientes e familiares sustentam-se em crenças religiosas/espirituais (orações, rezas, imagens, rituais sacerdotais) para enfrentar dificuldades, encontrar conforto, esperança e força. Na perspectiva médica, o paciente é ser total com necessidades além da dor física; profissionais devem reconhecer, aceitar e cuidar do que dá sentido à vida, valorizando singularidade, práticas, crenças – gerando bem-estar, pertencimento, dignidade e paz.

No Brasil, religião é inerente à população: IBGE (2022) registra >90% declarando ter religião, destacando representatividade social da dimensão religiosa. Temática religiosidade/espiritualidade é pouco discutida em saúde mental (restringe-se à teologia), com poucas publicações, apesar de crenças demonstrarem-se recurso auxiliar no enfrentamento saúde-doença e tratamento. Espiritualidade é imprescindível na formação profissional; novas investigações subsidiam segurança no atendimento além da cura (Panzini; Bandeira, 2007).

Espiritualidade não se liga necessariamente a religião específica, mas ao modo de viver do sujeito. Historicamente patológica (Idade Média: bruxaria/doença mental), hoje é inerente à natureza humana. Comumente, define-se como relação com sagrado/transcendente (Deus/poder superior); religiosidade como sistema organizado de crenças/práticas/símbolos para proximidade com sagrado. Vasconcelos (2014) esclarece: complementam-se sem confundir-se – espiritualidade vivência nata do homem; religião instituição humana.

Religião não é estática, mas processo dinâmico de descoberta de significado, motivando práticas religiosas por socialização ou motivos internos, ensinando moralidade. Em eventos abaladores, oferece auxílio para equilíbrio emocional/psicológico via símbolos (livros sagrados, ritos, orações, meditação, boas ações), sendo instrumento sagrado de significado além de enfrentamento, trazendo sagrado à busca existencial – fenômeno complexo e único (Pargament, 2010).

Coping religioso/espiritual, delineado do estudo cognitivista do estresse, abrange psicologia cognitivo-comportamental, da religião, positiva, da saúde, religião/saúde e medicina – estratégias cognitivas/comportamentais para manejar estresse (Panzini; Bandeira, 2007).

Na Psicologia da Personalidade, espiritualidade é estrutura; religiosidade processo – compreendendo pessoa como todo e diferenças individuais via interação de aspectos. Personalidade apresenta estabilidade/persistência e mudança/plasticidade; sistema complexo/dinâmico estudado pelo comportamento, relacionando estrutura (espiritualidade) e processo (religiosidade). Não se associam puramente: experiências espirituais profundas podem ser não religiosas. Espiritualidade é inerente (impossível não-espiritual); religiosidade acessória, meio de inserção comunitária/cultural. Giovanetti (2005) diferencia: religiosidade implica relação com transcendente; espiritualidade

mergulho interior, produzindo mudança profunda para integração pessoal/social, captando simbólico e sentido existencial.

Espiritualidade, característica universal, pode ser cultivada (religião como uma via, posterior e manifestação dela). Delimitação difícil, mas religião apresenta: sistema de orientação/devoção; símbolos evocando reverência/ritual; sentimentos/atos/experiências com sagrado; mitos (origem/fim), ritos, símbolos, cultura, congregação, normas morais. Religiosidade – face subjetiva da religião (Valle, 1998) – manifesta espiritualidade, mas não exclusivamente: intensamente religiosos podem ter pouca espiritualidade; ateus/agnósticos, intensa espiritualidade. Religiosidade refere-se ao transcendente; espiritualidade ao sentido – encontro indaga sentido último da existência (Pessini, 2010).

A distinção conceitual entre espiritualidade e religiosidade ganha relevância particular no contexto do envelhecimento, quando as demandas existenciais se intensificam. Enquanto a religiosidade oferece estrutura comunitária e práticas externalizadas, a espiritualidade opera na dimensão intrapsíquica, permitindo ao idoso ressignificar autonomamente sua trajetória frente à finitude. Esta diferenciação teórica sustenta a hipótese central desta revisão: práticas espirituais independem de filiação religiosa para exercerem impacto neuroprotetor.

No âmbito neurocientífico, práticas espirituais ativam o córtex pré-frontal medial e o sistema límbico, regiões associadas à regulação emocional e integração de experiências existenciais. Estudos de neuroimagem funcional demonstram que meditação e oração reduzem atividade da amígdala (resposta ao medo) enquanto fortalecem conectividade no default mode network, substrato neural da autorreflexão e sentido de self contínuo - mecanismos diretamente relevantes para reserva cognitiva em idosos.

A alta prevalência religiosa no Brasil (IBGE, 2022) não deve obscurecer a universalidade da espiritualidade. Ateus e agnósticos idosos também manifestam espiritualidade através de conexão com natureza, arte ou legado intergeracional. Esta pluralidade fenomenológica desafia intervenções clínicas padronizadas, demandando escuta fenomenológica que identifique as expressões singulares de transcendência em cada trajetória biográfica.

Esta seção conceitual estabelece as bases teóricas para as análises subsequentes. Na próxima seção sobre reserva cognitiva, investigaremos como práticas espirituais específicas (oração, meditação, rituais comunitários) se articulam com fatores neuroprotetores estabelecidos. A seção seguinte sobre envelhecimento ativo demonstrará como espiritualidade operacionaliza os pilares da OMS (saúde, participação, segurança) através de mecanismos existenciais e neurocognitivos complementares.

3. RESERVA COGNITIVA EM IDOSOS

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento demográfico configuram fenômeno mundial. No processo de envelhecimento, ocorrem mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais que podem reduzir a saúde mental/física e as funções cognitivas dos idosos (OMS, 2020).

Com o envelhecimento, capacidade de aprendizagem e processamento de novas informações tornam-se mais lentas. Embora nem todos os idosos desenvolvam demência, a literatura registra alterações cognitivas em memória, atenção, processamento de informação, raciocínio, linguagem e funções executivas (Stern, 2009).

Dados do Censo Demográfico 2022 do IBGE revelam que brasileiros com 60+ anos ultrapassaram 32,1 milhões (15,8% da população), crescimento de 56% desde 2010, acompanhado por OMS/OPAS (IBGE, 2022). A OMS projeta triplicação de casos de demência global até 2050 (50-57 para 150-153 milhões), com Alzheimer responsável por 60-70% dos casos (OMS, 2021).

Estudos analisaram cérebros com alterações típicas de Alzheimer avançado, mas cujos portadores não manifestaram sintomas em vida. A explicação reside na reserva cognitiva suficiente

para compensar danos cerebrais, permitindo funcionamento normal (Harvard Health Publishing, s.d.).

Pessoas com maior reserva cognitiva toleram melhor sintomas de doenças degenerativas (demência, Parkinson, esclerose múltipla, AVC), construindo-a ao longo da vida para fortalecer redes neurais (Vázquez Marrufo apud BBC News Mundo, s.d.).

Manuel Vázquez Marrufo (Universidade de Sevilha) define reserva cognitiva como "construto" psicológico/neurocientífico – propriedade derivada da experiência que protege contra lesões cerebrais (Vázquez Marrufo apud BBC News Mundo, s.d.). Harvard a descreve como capacidade cerebral de improvisar vias alternativas para tarefas.

Vázquez diferencia reserva cerebral (plasticidade genética: novos neurônios, sinapses, "hardware") de reserva cognitiva (acumulada por atividades diárias desde nascimento). Sua combinação determina resposta a lesões/doenças neurodegenerativas (Vázquez Marrufo apud BBC News Mundo, s.d.).

Estudo argentino confirma: para mesmo dano cerebral, maior reserva cognitiva tolera melhor e retarda manifestações clínicas ("Questionário de reserva cognitiva: propriedades psicométricas na população argentina", Revista de Neurologia, s.d.).

Yaakov Stern (Columbia) distingue reserva passiva (tamanho cerebral, contagem neural) de reserva ativa (cérebro adapta-se via processamento cognitivo pré-existente/compensatório). Experiências educacionais/ocupacionais protegem contra patologia, mantendo funcionalidade (Stern, 2009).

Reserva cognitiva = capacidade cerebral de tolerar lesões, resistir envelhecimento e prevenir Alzheimer sem sintomas funcionais – "escudo protetor/poupança cerebral" (Stern, 2009).

Fatores Construtores de Reserva Cognitiva:

Estratégia	Mecanismo	Evidência
Atividade física	↑ Fluxo sanguíneo cerebral, fatores neurotróficos, ↓ inflamação	Mais eficaz contra Alzheimer (OMS, 2024)
Estimulação cognitiva	Fortalece conexões neurais (neuroplasticidade)	Idiomas, música, palavras-cruzadas (Stern, 2009)
Socialização ativa	Processamento linguagem/emoções/memória	↓ Isolamento (OR principal fator risco)
Dieta mediterrânea	↓ Inflamação crônica	↓ Declínio cognitivo
Sono 7-8h	"Faxina" beta-amiloide	Acúmulo tóxico em insônia
Controle crônicos	Protege vasos cerebrais	Hipertensão/diabetes aceleram neurodegeneração
Educação contínua	Reserva em qualquer idade	Anos estudo = principal preditor

Relatório Lancet 2024: 45% demências evitáveis/adiáveis por fatores modificáveis (Lancet, 2024).

Construída desde infância, nunca tarde para iniciar. Pós-60 anos, investigar:

- Esquecimentos diários interferentes
- Dificuldade compromissos recentes
- Apatia por prazeres prévios
- Confusão datas/lugares familiares
- Mudanças personalidade

A reserva cognitiva, construída desde a infância e acessível em qualquer fase da vida, beneficia inclusive indivíduos com declínio cognitivo inicial através de mudanças no estilo de vida. Representa compromisso de longo prazo com a saúde cerebral, medida preventiva eficaz contra declínio cognitivo e Alzheimer, enriquecendo a experiência existencial e preparando o cérebro para enfrentar adversidades futuras com qualidade de vida sustentada (Stern, 2009).

Diferenciar mudanças normais do envelhecimento dos primeiros sinais de Alzheimer exige atenção profissional criteriosa. Nem toda falha de memória constitui alarme, mas toda dúvida merece avaliação especializada para intervenções precoces.

Investir em aprendizado contínuo e desafios mentais não apenas fortalece redes neurais, mas promove resiliência cognitiva vitalícia, transformando o envelhecimento em processo de manutenção ativa da autonomia e bem-estar (Stern, 2009).

A tabela de fatores construtores evidencia a multiplicidade de estratégias neuroprotetoras, mas omite sistematicamente a espiritualidade apesar de evidências crescentes de seu impacto sinérgico. Práticas contemplativas (oração, meditação) ativam BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro) e reduzem cortisol crônico, complementando os mecanismos fisiológicos listados. Esta lacuna explicativa justifica a integração da dimensão espiritual aos modelos multifatoriais de reserva cognitiva.

Estudos longitudinais recentes (Religious Orders Study, Rush Memory and Aging Project) demonstram que frequência de práticas religiosas/espirituais prediz menor declínio cognitivo independente de educação, atividade física e rede social. Mecanismo proposto: redução da reatividade amigdalar frente a estressores + fortalecimento do hipocampo via regulação do eixo HPA. Esta evidência empírica sustenta a hipótese central desta revisão.

No contexto brasileiro, a alta prevalência religiosa (IBGE, 2022: 90%) representa ativo populacional único para políticas de saúde cerebral. Programas comunitários baseados em igrejas (orações coletivas, corais gospel, estudos bíblicos) podem operacionalizar reserva cognitiva em larga escala, especialmente em populações de baixa escolaridade onde fatores educacionais são limitantes.

4. ENVELHECIMENTO ATIVO

O envelhecimento populacional constitui fenômeno global iniciado nos países de alta renda e agora em expansão nos de média e baixa renda, incluindo o Brasil. Representando conquista humanitária, esse processo acarreta implicações sociais, econômicas, políticas e sanitárias que mobilizam pesquisas interdisciplinares (OMS, 2005).

Dados do IBGE (2024) revelam que, de 2000 a 2023, a proporção de idosos (60+ anos) na população brasileira quase duplicou, elevando-se de 8,7% para 15,6%. A partir de 2047, o crescimento populacional estabilizará, intensificando o envelhecimento demográfico com idosos superando proporcionalmente os jovens. Atualmente, uma em cada nove pessoas tem 60+ anos; até 2050, será uma em cinco; em 2070, 37,8% da população será idosa. A idade média saltou de 28,3 anos (2000) para 35,5 anos (2023), projetando-se 48,4 anos em 2070 (IBGE, 2024).

O envelhecimento compreende alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas moduladas principalmente pela história vital, comportamentos, adaptação ambiental e fatores genéticos. Manifesta-se individual e coletivamente nos domínios físico, cognitivo, psicológico e social. Embora a longevidade aumente, urge avaliar sua qualidade – questão central do envelhecimento ativo (Matsudo, Matsudo & Neto, 2020).

Ser ativo e participativo após os 60 anos, respeitando limitações e potencialidades, configura conquista societal e direito cidadão. Políticas como Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso e Política Nacional do Idoso regulamentam autonomia, integração social e participação efetiva, assegurando vida digna via prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2003; 1990). Contudo, poucas pessoas concretizam esses benefícios, evidenciando lacuna entre legislação e efetividade.

Os movimentos nacionais/internacionais valorizam o papel social idoso, promovendo educação popular e saúde para envelhecimento ativo. A OMS define envelhecimento ativo como processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança para elevar qualidade de vida no envelhecimento. Aplicável a indivíduos/populações, permite realizar potencial físico, social e mental vitalício; participar segundo necessidades/desejos/capacidades; garantir proteção quando necessária (OMS, 2002).

O "Ativo" abrange participação contínua em esferas sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas – não se limitando à atividade física ou mercado trabalho. Idosos aposentados ou com necessidades especiais contribuem ativamente para famílias, comunidades e nações (OMS, 2002).

O objetivo do envelhecimento ativo consiste em ampliar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todos os envelhecidos, incluindo frágeis, incapacitados fisicamente e dependentes de cuidados. O conceito de "saúde", conforme definido pela OMS, abrange bem-estar físico, mental e social, tornando políticas e programas de saúde mental e relações sociais tão cruciais quanto intervenções físicas (OMS, 2002).

Manter autonomia e independência emerge como meta fundamental para indivíduos e governos. O envelhecimento ocorre em contexto relacional – amigos, colegas, vizinhos, família – justificando interdependência e solidariedade intergeracional como princípios centrais. Trata-se de via bidirecional: gerações jovens e idosas trocam apoio mútuo. A criança de ontem torna-se avô de amanhã; sua qualidade de vida na velhice depende não só de riscos/oportunidades vividos, mas do suporte geracional futuro (OMS, 2002).

Conceitos fundamentais:

- **Autonomia:** capacidade de controlar decisões diárias conforme regras e preferências pessoais.
- **Independência:** execução de funções vitais diárias (morar na comunidade com mínima ajuda externa).
- **Qualidade de vida:** percepção individual de posição vital no contexto cultural/valores, incorporando saúde física, estado psicológico, dependência, relações sociais, crenças e ambiente (OMS, 1994). No envelhecimento, sustenta-se pela preservação de autonomia/independência.
- **Expectativa de vida saudável:** sinônimo de vida sem incapacidades físicas; mede tempo sem cuidados especiais, vital para populações envelhecidas.

Com exceção da autonomia (de mensuração complexa), esses conceitos operacionalizam-se via escalas de Atividades de Vida Diária (**AVDs**: banho, alimentação, higiene, locomoção domiciliar) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (**AIVDs**: compras, tarefas domésticas, preparo refeições). Medidas recentes de qualidade de vida relacionada à saúde, validadas cross-culturalmente, demandam adaptação local (OMS, 2002).

Adotado pela OMS no final dos anos 1990, "envelhecimento ativo" supera "envelhecimento saudável", reconhecendo determinantes além da saúde: participação social, segurança e contexto cultural/econômico (Kalache & Kickbusch, 1997).

A abordagem do envelhecimento ativo, também, fundamenta-se no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e princípios da ONU: independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. Assim, planejamento estratégico transcende visão "baseada em necessidades" (idosos como passivos) para "baseada em direitos", assegurando igualdade de oportunidades/tratamento vitalício e emponderando-os na participação política/comunitária (ONU, 1991; OMS, 2002).

Sob a definição OMS, políticas que fomentam atividades/ambientes saudáveis elevam anos e qualidade de vida, promovem autonomia/independência e reduzem custos sanitários. Conceito holístico integra bem-estar físico/social/mental como pilar primário, complementado por participação social (otimização emprego/política/educação/artes/religião, maximizando

contribuição societal) e segurança (proteção/dignidade/cuidados para necessidades idosas) (OMS, 2002).

Modelo teórico apoia-se em perspectiva de ciclo vital e determinantes multifacetados: pessoais (biológicos/genéticos/psicológicos), comportamentais (estilos saudáveis/autocuidado), econômicos (renda/proteção social/trabalho digno), ambientais (transporte acessível/moradias seguras/água/aire/alimentos), sociais (apoio/educação/prevenção violência), serviços (saúde acessível/promocional/preventiva). Cultura/gênero atuam transversalmente; autonomia, independência, expectativa saudável e qualidade de vida centralizam (OMS, 2002).

Para envelhecimento ativo, prioriza-se capacidade funcional, independência e autonomia idosa. Políticas/programas/projetos aprimoram/mantém/recuperam esses fatores – preconizado no Estatuto do Idoso e Políticas de Saúde do Idoso, posicionando-os como protagonistas sabedores e agentes engajados (Brasil, 2003). Contudo, participação social, apesar de discursiva em documentos oficiais, enfrenta barreiras como divisão de poder.

Hábitos/atitudes da infância/juventude moldam velhice; práticas saudáveis/participação social estimulam-se vitaliciamente para perpetuação. Com idosos em ascensão, sua consciência de poder político/econômico fortalece influência societal (OMS, 2002).

5. O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

O envelhecimento populacional global tem atraído maior atenção para a saúde mental e espiritual dos idosos. O envelhecimento constitui processo natural e irreversível do desenvolvimento humano. Concomitantemente, ocorrem mudanças físicas, emocionais e sociais que tornam os idosos mais suscetíveis a diversas doenças, bem como a prejuízos na saúde mental (Muniz; Tavares, 2019).

É sabido que, nesse processo de envelhecimento, as alterações biológicas e psíquicas são imensas e, embora chegar à terceira idade seja o objetivo das pessoas, o processo de envelhecer pode variar de um indivíduo para o outro mediante sua exposição, podendo partir desde a senescência (normal) até a senilidade (patológica).

O envelhecer configura-se em processo multidimensional permeado por incertezas e grandes desafios que requer atenção especial do poder público e dos profissionais da saúde. Diversos estudos destacam que a velhice se apresenta como momento em que a espiritualidade é vivenciada plenamente, sendo está descrita como ferramenta importante que favorece a capacidade para lidar com situações cotidianas, sejam elas positivas ou negativas (Duarte; Wanderley, 2011; Zenevicz; Moriguchi; Madureira, 2012).

Para Zenevicz (2012), a finalidade da espiritualidade varia de acordo com o sujeito, a situação e o momento da vida, sendo está mais intensa no decorrer da velhice. Tal experiência religiosa exerce influência benéfica, capaz de transformar a forma como a pessoa enxerga o mundo e o lugar que ocupa, valorizando mais o ser do que o ter.

Para os idosos, a crença em algo possibilita sensação de sustentação por ser transcendente ao mundo material, permitindo vivência diária pautada na confiança e segurança promovida por algo ou alguém superior. Assim, a espiritualidade é vista como busca pelo entendimento e compreensão das questões existenciais referentes ao que se considera sagrado (Lucchetti et al., 2011).

Conforme a Bíblia Sagrada: "Ora, a fé é o firme fundamento das coisas que se esperam e a prova das coisas que se não veem" (Hebreus 11:1), gerando sentimento de expectativa vitalícia que traz esperança e refúgio. Para essa representatividade da fé, indispensável a participação efetiva que torne sua presença sentida, representada e vivida pelo idoso. As expressões da fé ocorrem por símbolos representativos (cultos, missas, reuniões, oração, terços, esculturas, Bíblias etc.), promovendo força sobrenatural refletida na saúde biopsicossocial (Rommel; Trompieri, 2012).

Para esclarecer a distinção entre fé/espiritualidade e religiosidade, Deepak Chopra afirma que fatos não substituem fé, assim como fé não anula ciência: "[...] religião não é o mesmo que

espiritualidade – longe disso. Nem Deus é a mesma coisa que espiritualidade. As religiões organizadas podem ter perdido o crédito, mas a espiritualidade não sofreu essa derrota. Milhares de anos atrás, mestres espirituais como Buda, Jesus e Lao-Tsé propuseram visões profundas sobre a vida. Existe domínio transcendente além do mundo de dor e luta – véu que encobre realidade vasta, acessível pela consciência interior" (Chopra; Mlodinow, 2012). Ou seja, consciência transcende sentidos, promovendo prazer, esperança, fé, amor, melhorando impulsos nervosos e qualidade de vida.

Depressão e declínio cognitivo são problemas graves em idosos, associados a complicações na saúde e funcionalidade. Enfrentam infortúnios como desafios, perdas de entes queridos, financeiras e da juventude, gerando mudanças fisiológicas/cognitivas. Perda de autonomia/independência abala bem-estar, demandando estratégias resilientes e saudáveis (Ulrich; Oliveira, 2021).

Crenças espirituais/religiosas emergem como fatores protetores em estresse, associadas a melhor coping, bem-estar psicológico e resiliência ao dar sentido às experiências. Espiritualidade oferece propósito/conexão essencial no envelhecimento. Resiliência evolui do concreto (material/biológico) ao abstrato/espiritual, atribuindo ao indivíduo responsabilidade de desenvolvê-la também por atividades religiosas/espirituais (Margaça; Rodrigues, 2019).

A espiritualidade exerce impacto significativo na saúde mental dos idosos. Estudos revelam que pessoas espiritualmente ativas apresentam menores taxas de depressão, ansiedade e estresse, pois a fé proporciona esperança e otimismo ao conferir sentido de propósito vital, atenuando o medo da morte e das incertezas futuras. A resiliência emocional fortalece-se diante de lutos e doenças crônicas, enquanto o envolvimento em comunidades religiosas ou espirituais reduz a solidão por meio de interações sociais e suporte emocional. Pesquisa publicada no *Journal of Aging and Health* comprova que idosos espiritualmente engajados adaptam-se melhor ao envelhecimento, com menor risco de transtornos psicológicos.

Além dos benefícios psicológicos, a espiritualidade favorece a saúde física. Práticas como meditação e oração associam-se à redução da pressão arterial, melhora da imunidade e menor incidência de doenças cardiovasculares. Idosos espiritualmente ativos exibem melhor qualidade de sono, menor inflamação sistêmica e hábitos saudáveis como alimentação equilibrada e atividade física, efeito atribuído à redução dos níveis de cortisol – o hormônio do estresse – proporcionada pelo caráter calmante das práticas espirituais.

A espiritualidade frequentemente vincula-se a comunidades religiosas, grupos de oração e encontros sociais, essenciais para o bem-estar idoso. Essas interações promovem senso de pertencimento e identidade, combatem o isolamento social – fator de risco para depressão e demência – e oferecem suporte emocional em crises. A participação religiosa estimula o voluntariado, mantendo os idosos ativos na ajuda mútua, o que reforça autoestima e propósito existencial de maneira contínua.

Dentre os desafios mais delicados do envelhecimento destaca-se lidar com a finitude vital. A espiritualidade auxilia os idosos a encontrar paz e aceitação diante da morte, reduzindo ansiedade por meio da resiliência às perdas – já que muitas tradições confortam com a ideia de continuidade pós-morte – e do perdão e reconciliação que as reflexões espirituais promovem, gerando paz interior. Idosos espiritualmente ativos refletem sobre seu legado vitalício, resignificando experiências com renovado propósito e autoestima, enquanto práticas espirituais cultivam serenidade ante incertezas e estudos confirmam níveis reduzidos de depressão com maior bem-estar psicológico.

Profissionais de saúde reconhecem a espiritualidade como essencial nos cuidados paliativos, assegurando conforto e dignidade nos momentos terminais. Crucial que equipe e cuidadores considerem a história espiritual ou religiosa do idoso, garantindo que suas crenças e necessidades emocionais sejam respeitadas e valorizadas integralmente.

Por décadas marginalizadas nas discussões científicas sobre envelhecimento por ser considerada subjetiva e dissociada das abordagens racionais da saúde, a espiritualidade hoje revela-

se papel central na resiliência e adaptação a essa fase vital, conforme pesquisas recentes (Pais-Ribeiro, 2018). A Organização Mundial da Saúde reconhece-a como componente fundamental da qualidade de vida, destacando sua relevância para promoção da saúde ao longo de todo o ciclo vital.

A relação entre saúde mental, religiosidade e finitude humana tem despertado crescente interesse de pesquisadores e profissionais de saúde globalmente. Compreender esses elementos em conjunto oferece visão abrangente do bem-estar, integrando dimensões psicológicas, espirituais e existenciais. Essa tríade revela como crenças transcendentais modulam respostas emocionais ante a mortalidade, promovendo resiliência psicológica e aceitação serena da condição humana. Estudos longitudinais demonstram correlações significativas entre práticas espirituais regulares e menor prevalência de transtornos ansioso-depressivos em idosos. Essa perspectiva holística desafia modelos biomédicos tradicionais, reconhecendo espiritualidade como determinante social da saúde mental na terceira idade (Balbinotti, 2017).

Para o idoso, encontrar sentido vital, relembrar realizações e alcançar felicidade genuína alivia o peso do envelhecimento. Fé e espiritualidade sustentam essa calma interior como pilares fundamentais. Viver muitos anos não basta; urge viver melhor. A espiritualidade, viabilizando saúde mental robusta, fortalece capacidade funcional e eleva qualidade de vida de forma sinérgica. Pesquisas populacionais confirmam que idosos espiritualmente ativos apresentam melhores escores em escalas de funcionalidade (Índice de Katz) e qualidade de vida relacionada à saúde (WHOQOL-OLD). Essa relação causal reforça investimentos em intervenções espirituais como estratégia de saúde pública preventiva (Balbinotti, 2017).

A espiritualidade desperta a essência vital, revelando "vida que vale a pena ser vivida" – eudaimonia, conceito aristotélico esclarecido por Barros Filho (2012): "Bem supremo. Soberano. Finalidade última que esgota em si mesma sua razão de ser". Orações, encontros de fé/filosóficos/autoajuda, leitura bíblica, livros motivacionais, grupos de caridade, música familiar ou shows regulam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, inibindo cortisol e promovendo serotonina/endorfina. Essa autorregulação biopsíquica gera sinapses neuroprotetoras, fortalece sistema nervoso e potencializa saúde sistêmica. Neuroimagem funcional comprova ativação do córtex pré-frontal e redução da amígdala em meditadores, evidenciando mecanismos neurobiológicos da eudaimonia espiritualmente induzida (Barros Filho, 2012).

Para idosos que desejam cultivar espiritualidade, práticas cotidianas acessíveis incluem meditação/mindfulness com respiração consciente para conectar mente-corpo, promovendo introspecção e paz interior; leitura reflexiva de textos sagrados/filosóficos que inspiram e confortam; conexão com natureza via caminhadas contemplativas que restauram harmonia cósmica; oração/rituais religiosos regulares que ancoram serenidade; atos de bondade/voluntariado que amplificam propósito existencial; participação comunitária em grupos espirituais que tecem redes de suporte socioemocional; reflexões diárias de gratidão sobre conquistas vitais que cultivam resiliência positiva; e atividades artísticas (pintura, música, poesia) que canalizam expressão espiritual criativa.

A espiritualidade permeia todo ciclo existencial, mobilizando percepção, pensamento, sentimento, fé e crença. Envelhecimento dinâmico exige maturação emocional para visão compensatória do mundo. Sua proximidade com a finitude intensifica questões últimas, oportunizando aprofundamento espiritual transformador. Estudos longitudinais brasileiros confirmam que idosos com práticas espirituais consistentes apresentam menor declínio cognitivo e maior satisfação vital, mesmo ante comorbidades múltiplas (Balbinotti, 2017).

Espiritualidade constitui pilar do envelhecimento saudável, promovendo bem-estar tripartite (emocional, físico, social). Conexão sagrada reduz solidão, eleva qualidade de vida e ressignifica adversidades. Estudos populacionais brasileiros destacam Deus como referência central: leitura bíblica, terço e orações funcionam como estratégias resilientes para superação, reabilitação e manutenção da saúde. Meta-análises globais confirmam redução de 30% na mortalidade em idosos religiosamente ativos.

Sociedade deve incentivar práticas espirituais como política pública de saúde. Famílias promovem trocas intergeracionais respeitando crenças idosas; comunidades oferecem espaços acolhedores para rituais coletivos. Centros especializados integram espiritualidade em protocolos geriátricos. Essa abordagem reconhece sabedoria ancestral como patrimônio civilizacional.

Compreender espiritualidade como moduladora da saúde mental idosa exige análise aprofundada dos constructos religiosidade/espiritualidade e suas interseções fenomenológicas. Estudos qualitativos brasileiros revelam narrativas de transcendência que redefinem sofrimento como crescimento espiritual. Essa perspectiva fenomenológica enriquece intervenções psicossociais geriátricas.

Espiritualidade oferece leveza, conexão e significado ante finitude. Na velhice, torna-se aliada poderosa para ressignificar jornada vital com autenticidade celebratória. Incorporá-la cotidianamente cultiva plenitude e paz, transformando envelhecimento em processo de sabedoria realizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz da revisão desenvolvida, conclui-se que o envelhecimento não pode ser compreendido apenas como fenômeno biológico ou cronológico, mas como processo complexo, multidimensional e profundamente marcado por aspectos psicológicos, sociais, cognitivos e espirituais. Nesse horizonte, a velhice deixa de ser interpretada exclusivamente sob a ótica da perda e da limitação para ser reconhecida também como etapa de reelaboração da existência, de ressignificação da trajetória vivida e de aprofundamento de dimensões subjetivas fundamentais ao bem-estar humano. Tal perspectiva torna-se ainda mais relevante diante do atual cenário demográfico, no qual o crescimento da população idosa impõe não apenas novos desafios às políticas públicas, mas também a necessidade de modelos de cuidado que considerem a integralidade da pessoa idosa e a complexidade de suas demandas.

O estudo permitiu evidenciar que a espiritualidade, distinta da religiosidade institucional e da religião enquanto sistema organizado de crenças, constitui dimensão universal da existência humana relacionada à busca de sentido, propósito, transcendência e coerência interior. Na velhice, essa dimensão adquire especial centralidade, uma vez que o avanço da idade intensifica reflexões sobre finitude, perdas, sofrimento, autonomia, legado e continuidade da vida. Nesse contexto, a espiritualidade mostra-se recurso interior de grande relevância, pois favorece a elaboração simbólica das experiências, fortalece o enfrentamento das adversidades e amplia a capacidade do sujeito de manter esperança, serenidade e sentido mesmo diante das fragilidades próprias do envelhecimento.

Os achados discutidos indicam que práticas espirituais, contemplativas e comunitárias podem contribuir para a redução de estresse, ansiedade, sentimentos de vazio, sofrimento psíquico e desesperança, além de favorecerem resiliência, equilíbrio emocional e maior percepção de suporte existencial. Em idosos, tais efeitos assumem valor ainda mais expressivo, especialmente quando considerados os impactos do luto, da solidão, do declínio funcional, das doenças crônicas e do medo da morte. Assim, a espiritualidade não se apresenta como elemento periférico ou acessório, mas como dimensão efetiva de sustentação subjetiva e fortalecimento psíquico, devendo ser reconhecida como componente relevante na promoção da saúde mental e da qualidade de vida na terceira idade.

No campo neurocognitivo, a discussão realizada também sustenta que a espiritualidade pode ser compreendida como fator associado à reserva cognitiva, sobretudo quando articulada a práticas que estimulam reflexão, memória, atenção, regulação emocional, conexão interpessoal e sentido de vida. Ao lado de fatores já reconhecidos pela literatura — como escolaridade, atividade intelectual, socialização, atividade física e hábitos saudáveis — a vivência espiritual aparece como elemento que pode colaborar para a proteção funcional do cérebro, reduzindo impactos do estresse crônico, favorecendo neuroplasticidade e fortalecendo mecanismos adaptativos diante do envelhecimento

cerebral. Nessa direção, a espiritualidade não substitui intervenções clínicas, preventivas ou educacionais, mas pode integrar de modo consistente um conjunto ampliado de estratégias voltadas à manutenção da autonomia, da funcionalidade e da dignidade na velhice.

A reflexão sobre envelhecimento ativo, por sua vez, permitiu compreender que envelhecer bem não significa apenas prolongar a vida, mas ampliar as possibilidades de viver com participação, segurança, autonomia e significado. A espiritualidade insere-se nesse processo justamente por estimular pertencimento, vínculos, engajamento comunitário, fortalecimento de valores, elaboração da finitude e reorganização do projeto existencial. Desse modo, contribui para deslocar a pessoa idosa de uma posição passiva para uma condição de protagonismo, na qual continua sendo sujeito de escolhas, memórias, afetos, saberes e participação social. Trata-se, portanto, de reconhecer que o envelhecimento ativo também envolve a preservação do mundo interior, da subjetividade e da dimensão transcendente da existência, sem as quais a promoção da saúde torna-se incompleta.

Do ponto de vista das práticas profissionais e das políticas públicas, os resultados reforçam a urgência de abordagens interdisciplinares e humanizadas que incorporem a espiritualidade como dimensão legítima do cuidado. Isso implica reconhecer que as necessidades da pessoa idosa não se restringem ao controle de sintomas ou à manutenção orgânica do corpo, mas incluem escuta, sentido, acolhimento, pertencimento, memória, fé e elaboração existencial. Em especial nos campos da saúde mental, da gerontologia, dos cuidados paliativos e da atenção básica, considerar a história espiritual e religiosa do idoso pode favorecer intervenções mais integrais, respeitosas e eficazes, ajustadas à singularidade do sujeito e à sua forma própria de enfrentar o sofrimento, a dependência e a finitude.

Por último, conclui-se que a espiritualidade se apresenta como importante mediadora entre envelhecimento, saúde mental, reserva cognitiva e qualidade de vida, operando como recurso de proteção, reorganização subjetiva e fortalecimento da experiência de viver. Em vez de ser reduzida a crença privada ou aspecto secundário da existência, ela se mostra elemento estruturante para muitos idosos na tarefa de continuar significando a vida, enfrentando perdas, preservando vínculos e sustentando esperança. Nessa perspectiva, envelhecer com espiritualidade não significa negar a fragilidade humana, mas atravessá-la com maior profundidade, consciência, dignidade e sentido. Permanecem necessárias novas investigações empíricas e interdisciplinares que aprofundem essa interface, especialmente no contexto brasileiro, a fim de consolidar bases teóricas e práticas para uma assistência cada vez mais integral, ética e humanizada à população idosa.

REFERÊNCIA

AMATUZZI, M. **Desenvolvimento religioso: uma hipótese descritiva**. São Paulo: Loyola, 1999.

BALBINOTTI, H. **A espiritualidade na velhice**. Ilhéus: Memorialidades, 2017.

BARROS FILHO, C. **Ética e comunicação organizacional**. São Paulo: Paulus, 2012.

BRASIL. **Estatuto do Idoso** (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003). Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003.

BRASIL. **Política Nacional da Pessoa Idosa** (Portaria GM/MS nº 2.528, de 18 de outubro de 2006). Diário Oficial da União, Brasília, 19 out. 2006.

CAVALCANTE, A. **Psiquiatria outros olhares - a psicologia do idoso**. João Pessoa: Psychiatry on line Brasil, 2002.

CHOPRA, D.; MLODINOW, L. **Ciência x espiritualidade**: dois pensadores, duas visões de mundo. Rio de Janeiro: Sextante, 2012.

DUARTE, F.; WANDERLEY, K. **Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica**. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 435-443, 2011.

GIOVANETTI, J. **O sagrado e a experiência religiosa na psicoterapia**. In: Diante do mistério: psicologia e senso religioso. São Paulo: Loyola, 1999.

IBGE. **Projeções Demográficas 2024**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. **A global strategy for healthy ageing**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1997.

LIMA, B. et al. **Saúde do idoso: atribuições do enfermeiro frente à senescência e senilidade**. Semana de Enfermagem, Porto Alegre: HCPA/UFRGS, 2018.

LUCCHETTI, G. et al. **O idoso e sua espiritualidade**: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-787, 2011.

MARGAÇA, C.; RODRIGUES, D. **Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice**: uma revisão. Revista Psicologia, Salamanca, v. 37, n. 1, p. 45-62, 2019.

MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; NETO, T. **Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física**. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília, v. 28, n. 2, p. 123-135, 2020.

MUNIZ, L.; TAVARES, F. **O idoso e a espiritualidade**: aspectos positivos no enfrentamento do envelhecimento. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Brasília, v. 16, n. 2, p. 89-102, 2019.

ONU. **Princípios das Nações Unidas para os Idosos**. Resolução A/RES/46/91 da Assembleia Geral, Nova York, 16 dez. 1991.

OPAS. **Envelhecimento e saúde**. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

OMS. **World Report on Ageing and Health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2005.

OMS. **The WHOQOL assessment**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1994.

PAIS-RIBEIRO, J. **Espiritualidade e qualidade de vida em idosos**: estudo exploratório. Revista Kairós Gerontologia, Porto, v. 21, n. 3, p. 145-162, 2018.

PANZINI, R.; BANDEIRA, D. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. Arquivos de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 287-296, 2007.

PARGAMENT, K. **Spirituality and psychotherapy**. New York: The Guilford Press, 2010.

ROMMEL, B.; TROMPIERI, N. **O processo de envelhecimento:** as principais alterações que acomete o idoso com o passar dos anos. Revista Científica Internacional, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 56-68, 2012.

SAFRA, G. **Hermenêutica na situação clínica:** o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal. São Paulo: Sobornost, 2006.

STERN, Y. **Cognitive reserve:** theory and applications. New York: Psychology Press, 2009.

ULRICH, C.; OLIVEIRA, R. **A espiritualidade como suporte no processo de envelhecimento:** revisão de literatura. Tear Online, São Leopoldo, v. 15, n. 2, 2021.

ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y.; MADUREIRA, V. **O vivenciar da espiritualidade nas alegrias e tristezas experienciadas no processo de envelhecimento e atitudes tomadas frente a elas.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 15, n. 1, p. 34-47, 2012.