



TRANSCENDÊNCIA ESPIRITUAL E DECLÍNIO COGNITIVO: Impactos na autonomia funcional dos idosos.

SPIRITUAL TRANSCENDENCE AND COGNITIVE DECLINE: Impacts on the Functional Autonomy of Older Adults

André Luiz Vargas

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

Ede Teixeira da Silva

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

Victor Flávio Montalvão Oliveira

<https://orcid.org/0009-0001-2401-9000>

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, impulsionado pela transição demográfica e pelo aumento da longevidade, projeta que a população com 60 anos ou mais alcance 22% até 2050, totalizando cerca de 2 bilhões de pessoas. No Brasil, esse fenômeno é acelerado, com a população idosa já ultrapassando 37 milhões de indivíduos. Este cenário impõe desafios significativos aos sistemas de saúde, dada a maior prevalência de doenças crônicas e o declínio das reservas funcionais e cognitivas. Objetivo: Analisar a associação entre a transcendência espiritual e a autonomia funcional em idosos com declínio cognitivo, buscando compreender como o suporte espiritual pode mitigar os impactos psicossociais e subsidiar práticas de cuidado integrativo. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva, conduzida por meio de uma revisão integrativa da literatura. Este método permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema, sendo ideal para investigar fenômenos complexos que envolvem dimensões subjetivas e clínicas, como a espiritualidade e a funcionalidade no envelhecimento. Resultados: Evidências demonstram que níveis elevados de espiritualidade estão associados à redução de sintomas de ansiedade e depressão, além de promoverem o bem-estar psicológico. Conclui-se que há uma lacuna clínica na integração do cuidado espiritual aos protocolos de reabilitação neuropsicológica, sendo imperativa a adoção de estratégias assistenciais holísticas que garantam a dignidade e a integridade biopsicossocial dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional; Declínio Cognitivo; Espiritualidade; Gerotranscendência; Saúde Pública.

¹ Aluno Especial do Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, andre.vargas@fbpn-campos.com.br ;

² Pós Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com;

³ Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com;

⁴ Aluno Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, edeteixeira@hotmail.com ;

⁵ Aluno Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, vicmontalvao@gmail.com ;

Abstract: Global population aging, driven by demographic transition and increased longevity, is projected that the population aged 60 years and older will reach 22% by 2050, totaling approximately 2 billion people. In Brazil, this phenomenon is occurring rapidly, with the older adult population already exceeding 37 million individuals. This scenario imposes significant challenges on healthcare systems due to the higher prevalence of chronic diseases and the decline in functional and cognitive reserves. Objective: To analyze the association between spiritual transcendence and functional autonomy in older adults with cognitive decline, with the aim of understanding how spiritual support may mitigate psychosocial impacts and contribute to integrative care practices. Methodology: This is a qualitative and descriptive study conducted through an integrative literature review. This method allows for the search, critical evaluation, and synthesis of available evidence on the subject, and is particularly suitable for investigating complex phenomena involving subjective and clinical dimensions, such as spirituality and functionality in aging. Results: Evidence demonstrates that higher levels of spirituality are associated with reduced symptoms of anxiety and depression, in addition to promoting psychological well-being. It is concluded that a clinical gap exists in the integration of spiritual care into neuropsychological rehabilitation protocols, making it imperative to adopt holistic care strategies that ensure the dignity and biopsychosocial integrity of older adults.

Keywords: Population Aging; Cognitive Decline; Spirituality; Gerotranscendence; Public Health.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional global, impulsionado pela transição demográfica e pelo aumento da longevidade, impõe desafios significativos aos sistemas de saúde, dada a maior prevalência de condições crônicas e o declínio das reservas funcionais e cognitivas. Globalmente, a população com 60 anos ou mais deverá aumentar de cerca de 8–10% (nas últimas seis décadas) para 22% até 2050, representando um salto de aproximadamente 800 milhões para 2 bilhões de pessoas (Schumacher et al., 2024). O Brasil está experimentando um dos processos de envelhecimento demográfico mais rápidos do mundo (Lima-Costa et al., 2017). Esse cenário é evidenciado pelo crescimento expressivo da população idosa, que já ultrapassa 37 milhões de indivíduos, demandando estratégias voltadas à manutenção da dignidade e da integridade biopsicossocial diante da multimorbidade (Siqueira et al., 2024).

Nesse contexto, o declínio cognitivo emerge como uma das principais ameaças à longevidade com qualidade, manifestando-se por meio da deterioração progressiva da memória, do raciocínio e da capacidade de julgamento, fatores que comprometem diretamente a independência nas atividades da vida diária e o autocuidado (Barreto et al., 2023; Nicolato et al., 2016). À medida que a perda da autonomia funcional se torna uma realidade clínica, o fenômeno da demência surge como uma complexa problemática de saúde pública, caracterizada por manifestações funcionais e emocionais severas que sobrecarregam tanto os indivíduos afetados quanto suas redes de suporte familiar (Gonçalves & Alves, 2023; Marchesi et al., 2020). Embora estudos apontem correlações positivas entre a espiritualidade e a preservação do status cognitivo (Agli, 2016; Tu & O'Connor, 2024), a escassez de estratégias assistenciais especializadas que integrem o cuidado espiritual aos protocolos de reabilitação neuropsicológica evidencia uma lacuna teórica e clínica importante. Dessa forma, torna-se imperativo investigar como tais dimensões espirituais e o processo de gerotranscendência modulam a percepção da autonomia em idosos com comprometimento cognitivo, visando

oferecer subsídios para um cuidado integral que transcenda o modelo puramente biomédico (Carneiro et al., 2025; Lucchetti et al., 2011).

Adicionalmente, a compreensão do envelhecimento não pode restringir-se aos aspectos biológicos e funcionais, sendo necessário considerar dimensões subjetivas e existenciais que atravessam a experiência de envelhecer. A literatura contemporânea tem destacado que fatores como sentido de vida, espiritualidade e vínculos sociais desempenham papel fundamental na promoção da saúde mental e na resiliência frente às perdas inerentes ao avanço da idade. Nesse sentido, abordagens interdisciplinares tornam-se essenciais para a construção de modelos de cuidado mais abrangentes, capazes de integrar corpo, mente e dimensão espiritual.

Destaca-se que a incorporação da espiritualidade no campo da saúde do idoso não se configura apenas como um complemento, mas como um elemento estruturante de práticas assistenciais centradas na pessoa. A valorização dessas dimensões pode contribuir para o fortalecimento da autonomia, mesmo em contextos de limitação funcional, ao possibilitar a ressignificação do sofrimento e a reconstrução de projetos existenciais. Assim, investigar tais interfaces não apenas amplia o horizonte teórico, mas também subsidia intervenções mais humanizadas e efetivas no cuidado ao idoso.

2. ENVELHECIMENTO

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento está associado à redução gradual da capacidade funcional dos sistemas orgânicos, ocasionando maior vulnerabilidade a doenças crônicas e degenerativas. Alterações fisiológicas incluem diminuição da massa muscular e óssea, redução da elasticidade vascular, alterações metabólicas, comprometimento imunológico e diminuição da reserva funcional dos órgãos. Essas mudanças favorecem o aparecimento de condições como sarcopenia, fragilidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças neurodegenerativas, especialmente as demências, levando a um declínio cognitivo progressivo (Netto, 2006). No âmbito cognitivo, o envelhecimento pode provocar alterações na memória, atenção, velocidade de processamento e funções executivas. Embora algumas mudanças cognitivas sejam consideradas fisiológicas, o declínio acentuado pode comprometer a autonomia funcional do idoso, sobretudo na realização das atividades instrumentais da vida diária (Jutten et al., 2017). O envelhecimento populacional e a transição demográfica representam um dos maiores triunfos e, simultaneamente, um dos desafios mais complexos da humanidade no século XXI. Esse fenômeno não é apenas uma mudança estatística na estrutura etária das sociedades, mas uma transformação profunda que reconfigura sistemas de saúde, dinâmicas familiares, economias nacionais e a própria percepção do ciclo da vida humana. Para compreender os impactos da transcendência espiritual e do declínio cognitivo na autonomia dos idosos, é imperativo, primeiro, contextualizar o cenário demográfico que tornou essas discussões emergenciais, especialmente no contexto brasileiro.

A transição demográfica é o processo pelo qual uma sociedade passa de um regime de alta mortalidade e alta natalidade para um regime de baixa mortalidade e baixa natalidade. Historicamente, essa mudança ocorreu de forma gradual nos países desenvolvidos, levando quase um século para se consolidar na Europa. No entanto, em países de renda média e baixa, como o Brasil, esse processo tem sido drasticamente acelerado. Em poucas décadas, o Brasil deixou de ser um "país de jovens" para se tornar uma nação com um contingente de idosos que cresce em ritmo sem precedentes (Lima-Costa et al., 2017). Essa mudança é impulsionada por dois fatores principais: a queda da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida. A urbanização, a entrada da mulher no mercado de trabalho e o acesso a métodos contraceptivos reduziram o número de nascimentos. Simultaneamente, avanços no saneamento básico, imunização, antibióticos e tecnologias médicas permitiram que uma parcela maior da população sobrevivesse às doenças infecciosas da infância e chegasse à velhice. Contudo, viver

mais não significa, necessariamente, viver com qualidade. O aumento da longevidade trouxe à tona o desafio das doenças crônicas não transmissíveis e das síndromes geriátricas, nas quais o declínio cognitivo assume um papel central na perda da autonomia (Netto, 2006).

No Brasil, o envelhecimento populacional ocorre sob uma perspectiva singular. Diferentemente das nações europeias, que "envelheceram depois de ficarem ricas", o Brasil está "envelhecendo antes de ser rico". Isso significa que o país precisa lidar com uma população idosa crescente em um cenário de profundas desigualdades socioeconômicas e sistemas de saúde ainda em consolidação. O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros destaca que este é o primeiro estudo de base nacional projetado para investigar as complexas inter-relações entre o envelhecimento e seus determinantes sociais, biológicos e comportamentais, revelando a urgência de políticas públicas que considerem a heterogeneidade da velhice brasileira (Lima-Costa et al., 2017). A velocidade dessa transição no Brasil impõe uma pressão desproporcional sobre o Sistema Único de Saúde. Enquanto as doenças infecciosas ainda demandam atenção, a carga de doenças degenerativas e incapacitantes cresce exponencialmente. O envelhecimento é acompanhado por mudanças biológicas inevitáveis, como a diminuição da reserva funcional dos sistemas orgânicos, o que torna o idoso mais vulnerável a estressores externos e internos (Netto, 2006). Nesse cenário, a manutenção da capacidade funcional torna-se o principal indicador de saúde na velhice, superando a mera ausência de doenças.

A Organização Mundial da Saúde e organizações especializadas, como a Sociedade Americana de Geriatria, têm promovido uma mudança de paradigma na forma como entendemos a velhice. O foco deslocou-se do tratamento de patologias isoladas para a promoção do "envelhecimento saudável". Segundo a OMS, o envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idades avançadas (Rudnicka et al., 2020). Esta definição é revolucionária porque reconhece que, mesmo um idoso com múltiplas doenças crônicas, pode ser considerado "saudável" se mantiver a capacidade de realizar o que é importante para ele. A capacidade funcional é composta pela capacidade intrínseca (o conjunto de todas as capacidades físicas e mentais de um indivíduo) e pelo ambiente em que ele vive. O declínio cognitivo, objeto central de estudo deste artigo, é uma ameaça direta à capacidade intrínseca. Quando a cognição falha, a interação do idoso com o ambiente torna-se hostil, levando à dependência.

Portanto, as intervenções de saúde modernas devem visar à otimização das oportunidades de saúde física, social e mental, permitindo que os idosos participem ativamente da sociedade sem medo de estigma ou discriminação (Friedman et al., 2019). A transição demográfica altera a razão de dependência de uma nação — a relação entre a população economicamente ativa e os idosos/crianças que dependem dela. Com menos jovens entrando no mercado de trabalho e mais idosos vivendo por décadas após a aposentadoria, os sistemas de previdência e seguridade social enfrentam crises de sustentabilidade. Além disso, a estrutura familiar brasileira mudou: famílias menores e arranjos domiciliares em que idosos moram sozinhos aumentam o risco de isolamento social e negligência. Nesse ponto, a discussão sobre autonomia funcional torna-se vital. Um idoso autônomo é aquele que consegue gerir sua própria vida, tomar decisões e executar tarefas cotidianas. O declínio cognitivo, que frequentemente acompanha o envelhecimento avançado, corrói essa autonomia. No entanto, o envelhecimento saudável propõe que a resiliência e a adaptação podem mitigar essas perdas. A espiritualidade e a transcendência, temas explorados adiante, emergem como recursos psicossociais poderosos que ajudam o indivíduo a manter um sentido de propósito e bem-estar, mesmo quando as capacidades biológicas começam a declinar (Friedman et al., 2019).

Diante da transição demográfica, o cuidado ao idoso deve ser preventivo e multidimensional. O conceito de envelhecimento saudável enfatiza que nunca é cedo demais (nem tarde demais) para intervir. A prevenção de doenças cardiovasculares, o controle da

hipertensão e a estimulação cognitiva precoce são essenciais para retardar o aparecimento de demências. Contudo, o sistema de saúde também deve estar preparado para o "envelhecimento do idoso", ou seja, o crescimento acelerado da coorte de pessoas com mais de 80 anos, que são as mais propensas à fragilidade e à dependência (Rudnicka et al., 2020). O desafio para as próximas décadas é criar ambientes "amigos do idoso" que compensem a perda de capacidade intrínseca. Isso inclui desde calçadas seguras e transporte acessível até tecnologias assistivas e redes de apoio espiritual que fortaleçam a resiliência emocional. O envelhecimento populacional não deve ser visto como um "fardo", mas como uma oportunidade para a sociedade evoluir para um modelo de cuidado mais compassivo, holístico e focado na dignidade humana. As seções seguintes deste artigo detalharão como o declínio cognitivo se manifesta biologicamente e como a transcendência espiritual atua como um mecanismo de defesa e adaptação nesse cenário de transição, permitindo que o idoso mantenha sua integridade como ser humano diante da vulnerabilidade.

3. DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS

O declínio cognitivo em idosos é um dos temas mais centrais e desafiadores da gerontologia e da neuropsicologia contemporânea. À medida que a população global envelhece, a compreensão das fronteiras entre as mudanças cognitivas esperadas para a idade e os processos patológicos torna-se fundamental para a manutenção da autonomia e da qualidade de vida. Este fenômeno não deve ser visto como uma entidade isolada, mas como um espectro que varia desde lapsos de memória benignos até quadros demenciais severos que anulam a capacidade de autodeterminação do indivíduo. O envelhecimento cerebral biológico acarreta mudanças estruturais e funcionais inevitáveis. Há uma redução gradual no volume cerebral, particularmente no córtex pré-frontal e no hipocampo, áreas críticas para a memória e para as funções executivas. No entanto, o "envelhecimento cognitivo normal" caracteriza-se por uma lentificação no processamento de informações e uma dificuldade discreta em evocar nomes ou detalhes, mas sem que isso prejudique a funcionalidade diária.

O cenário muda drasticamente quando as perdas ultrapassam o esperado para a escolaridade e idade. O Comprometimento Cognitivo Leve surge como uma fase de transição crítica. Indivíduos com CCL apresentam queixas objetivas de memória ou de outros domínios cognitivos (como atenção, linguagem ou funções visuoespaciais), confirmadas por testes neuropsicológicos, mas ainda preservam a independência básica. A relevância clínica do CCL reside no fato de que ele representa um estado de alto risco para a progressão para a Doença de Alzheimer e outras formas de demência. Estima-se que uma porcentagem significativa de idosos diagnosticados com CCL converta para demência em um período de poucos anos, o que torna essa fase a "janela de oportunidade" ideal para intervenções farmacológicas e não farmacológicas que visem retardar a progressão dos sintomas (Rabelo, 2010).

Um dos conceitos mais fascinantes na discussão sobre o declínio cognitivo é o de Reserva Cognitiva. Este conceito ajuda a explicar por que alguns indivíduos conseguem manter um funcionamento mental elevado mesmo na presença de danos cerebrais ou patologias neurodegenerativas visíveis em exames de imagem. A reserva cognitiva não é uma estrutura física, mas um constructo que reflete a capacidade do cérebro de usar redes neurais de forma flexível ou recrutar vias alternativas para compensar perdas. Fatores como a escolaridade, a complexidade da ocupação profissional ao longo da vida, o bilinguismo e o engajamento em atividades intelectuais e sociais são os principais pilares de construção dessa reserva.

Idosos com alta reserva cognitiva podem apresentar o que os especialistas chamam de "limiar de resiliência", em que os sintomas clínicos de declínio demoram muito mais a se manifestar (Dias et al., 2015). É aqui que a educação desempenha um papel protetor vital; indivíduos com maior nível educacional tendem a ter uma arquitetura sináptica mais densa, o

que retarda a manifestação funcional da patologia, embora, uma vez que o declínio se inicia, ele possa progredir de forma mais rápida por já encontrar o cérebro em um estágio avançado de dano estrutural oculto.

A principal preocupação do declínio cognitivo não é apenas a perda da memória "per se", mas como essa perda corrói a autonomia do idoso. A autonomia é a capacidade de governar a si mesmo, e ela depende diretamente da integridade das funções cognitivas superiores, especialmente as funções executivas. Quando o idoso começa a falhar em Atividades Instrumentais da Vida Diária — que são tarefas mais complexas, como gerenciar medicamentos, utilizar aparelhos eletrônicos, cuidar das finanças ou planejar trajetos no transporte público —, ele entra em um estado de vulnerabilidade funcional. A transição do declínio cognitivo leve para o declínio funcional é muitas vezes sutil. Muitas vezes, a família percebe primeiro as dificuldades nas AIVDs antes mesmo de identificar um déficit cognitivo claro. Estudos indicam que a detecção precoce do declínio funcional em idosos que ainda parecem "normais" em tarefas básicas é um dos maiores desafios diagnósticos. Instrumentos como o Questionário de AIVD de Amsterdã foram desenvolvidos precisamente para capturar essas pequenas falhas executivas que sinalizam que a cognição não está mais suportando as demandas do ambiente. A perda da autonomia funcional gera um efeito cascata: o idoso torna-se mais isolado, sua autoestima declina e o risco de depressão aumenta, o que, por sua vez, exacerba ainda mais o déficit cognitivo (Jutten et al., 2017).

A discussão moderna sobre o declínio cognitivo tem integrado cada vez mais a saúde mental e a espiritualidade como variáveis moderadoras. Não se pode analisar a cognição sem considerar o estado emocional do idoso. Sintomas depressivos e ansiedade crônica são conhecidos por mimetizar ou potencializar o declínio cognitivo, um fenômeno às vezes chamado de "pseudodemência". Em idosos institucionalizados ou naqueles que vivem em comunidades de longa permanência, a associação entre a saúde mental, o nível de cognição e a espiritualidade torna-se evidente.

A espiritualidade e a prática religiosa emergem como fatores que podem influenciar positivamente a cognição de forma indireta. Ao promover a socialização, reduzir o estresse por meio de mecanismos de enfrentamento (coping) e fornecer um sentido de propósito (transcendência), as atividades espirituais podem atuar como um estímulo psicossocial que fortalece a resiliência cognitiva. Estudos mostram que idosos que mantêm práticas espirituais ou religiosas tendem a apresentar melhores escores de saúde mental, o que cria um ambiente neurobiológico mais favorável para a preservação das funções executivas e da memória. Portanto, o tratamento do declínio cognitivo deve ultrapassar a prescrição de inibidores da colinesterase e incluir estratégias que abordem o idoso em sua totalidade biopsicossocial e espiritual (Siqueira et al., 2024).

Dada a irreversibilidade de muitas demências, o foco atual da ciência está na prevenção e na mitigação dos sintomas. O declínio cognitivo não deve ser aceito como um destino fatalista do envelhecimento. A estimulação cognitiva por meio de oficinas de memória, jogos de estratégia, aprendizado de novas habilidades e a manutenção de uma vida social ativa são intervenções com evidências robustas. Além disso, o controle de fatores de risco vasculares (hipertensão, diabetes, dislipidemia) é crucial, pois as microlesões vasculares no cérebro são potencializadoras diretas do declínio cognitivo em idosos (Rabelo, 2010). A abordagem deve ser multidisciplinar. O neuropsicólogo avalia e reabilita, o geriatra gerencia as comorbidades, e a rede de apoio social e espiritual fornece o suporte emocional necessário para que o idoso não desista de se engajar com o mundo. A preservação da autonomia funcional deve ser o "norte" de qualquer plano terapêutico, adaptando o ambiente às capacidades remanescentes do indivíduo para que ele continue sendo o protagonista de sua própria história pelo maior tempo possível. Entender o declínio cognitivo não é apenas estudar a falha do cérebro, mas é, acima de tudo, buscar formas de proteger a dignidade e a autonomia do ser humano que envelhece.

4. ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, TRANSCENDÊNCIA

A compreensão da velhice sob uma ótica puramente biológica é insuficiente para captar a complexidade da experiência humana no crepúsculo da vida. Enquanto a medicina e a neuropsicologia se debruçam sobre o declínio dos tecidos e a erosão das redes neurais, a gerontologia social e a teologia prática têm revelado que a saúde do idoso é sustentada por um tripé frequentemente negligenciado no ambiente clínico: a espiritualidade, a religiosidade e a transcendência. Estes conceitos, embora interligados, possuem distinções fundamentais que operam de maneira sinérgica para promover a resiliência e o bem-estar subjetivo, mesmo diante de perdas físicas e cognitivas severas. Para aprofundar a discussão, é necessário estabelecer clareza terminológica. A religiosidade refere-se ao envolvimento com um sistema organizado de crenças, rituais e práticas compartilhadas por uma comunidade. Ela possui uma dimensão extrínseca (frequência a cultos, participação em grupos sociais religiosos) e uma intrínseca (a importância da fé na orientação da vida cotidiana). Para o idoso, a religiosidade oferece um senso de pertencimento e uma rede de suporte social que mitiga o isolamento, um dos maiores preditores de declínio cognitivo acelerado.

Por outro lado, a espiritualidade é um constructo mais amplo e pessoal. Ela diz respeito à busca individual por sentido, propósito e conexão com algo que transcende o eu imediato — seja esse "algo" uma divindade, a natureza, a arte ou a própria humanidade. A espiritualidade não exige necessariamente a adesão a uma doutrina institucionalizada; ela é a "fome" de significado que se intensifica quando as capacidades funcionais começam a minguar. No contexto brasileiro, especialmente em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a espiritualidade tem demonstrado uma correlação positiva com a saúde mental, atuando como um fator protetor contra sintomas depressivos que frequentemente mascaram ou exacerbam o declínio cognitivo (Siqueira et al., 2024).

O conceito de transcendência — ou, especificamente no contexto do envelhecimento, a autotranscendência e a gerotranscendência — representa o ápice da adaptação psicológica na velhice. A autotranscendência, conforme proposta por teóricos como Pamela Reed, sugere que o ser humano possui uma capacidade inata de expandir suas fronteiras pessoais em quatro direções: para dentro (através da introspecção e aceitação pessoal), para fora (conectando-se com outros e com o ambiente), para cima (em direção a uma força superior ou propósito maior) e para além (ao considerar o legado para gerações futuras). A transcendência não é um estado estático, mas um processo dinâmico de crescimento. Ela atua como um mediador crítico na relação entre a vulnerabilidade da saúde e o bem-estar. Para um idoso que enfrenta o declínio cognitivo, a capacidade de transcender as limitações do "eu biológico" permite que ele mantenha uma sensação de integridade. Em vez de se definir pela memória que falha ou pela autonomia que se esvai, o idoso transcendente redefine sua identidade por meio de sua conexão com o cosmos ou com a história coletiva. Esta perspectiva holística é essencial para o que se define como "envelhecimento bem-sucedido", em que a transcendência desempenha um papel central na aceitação da finitude e na busca por um fechamento de ciclo pacífico (McCarthy & Bockweg, 2012).

A relação entre espiritualidade e saúde torna-se ainda mais evidente quando analisamos idosos com doenças crônicas e incapacitantes. Nestes casos, a espiritualidade e a religiosidade funcionam como mecanismos de coping (enfrentamento). Uma revisão sistemática recente destaca que a espiritualidade é uma fonte primária de resiliência, permitindo que os idosos transformem o sofrimento em uma oportunidade de crescimento pessoal. Este processo de resiliência espiritual envolve a reinterpretação da dor e da perda. Em vez de visualizar o declínio como uma punição ou um vazio de sentido, a espiritualidade oferece narrativas de esperança e transcendência.

Dados indicam que o engajamento espiritual está associado a uma melhor gestão do estresse e a uma maior capacidade de autocuidado, pois o idoso passa a ver seu corpo, ainda que fragilizado, como parte de um propósito maior (Abu et al., 2026). Esta resiliência é particularmente vital para mitigar os efeitos psicológicos do declínio cognitivo, ajudando a prevenir a "morte social", que muitas vezes precede a morte biológica em pacientes com demência.

Um dos avanços mais significativos nesta área é a Teoria da Gerotranscendência, de Lars Tornstam. Ela sugere que, ao envelhecer, o indivíduo passa por uma mudança de paradigma: de uma visão de mundo materialista e racional para uma visão mais cósmica e transcendente. Esta mudança manifesta-se em três dimensões: a cósmica (redefinição do tempo, espaço e vida/morte), a do self (descoberta de aspectos ocultos do eu) e a das relações sociais (seletividade socioemocional e menor interesse em interações superficiais). Curiosamente, estudos longitudinais, como o realizado com idosos na Holanda, mostram que essa tendência à transcendência cósmica tende a aumentar ou permanecer estável ao longo de décadas, sugerindo que ela é uma característica robusta do desenvolvimento humano tardio. A transcendência cósmica permite que o idoso encare a morte com menos ansiedade e mais curiosidade, entendendo-se como parte de um fluxo vital eterno. Essa estabilidade na capacidade de transcender é um contraponto importante ao declínio de outras funções executivas, sugerindo que a espiritualidade pode ser uma das últimas "reservas" a serem afetadas pelo envelhecimento biológico (Braam et al., 2016).

No cenário brasileiro, pesquisas realizadas em Instituições de Longa Permanência reforçam a tese de que a espiritualidade é indissociável da saúde cognitiva e mental. Os estudos identificam que idosos com maiores níveis de espiritualidade e religiosidade apresentam uma prevalência significativamente menor de depressão e ansiedade. Como já estabelecido, a saúde mental é um pilar da reserva cognitiva; portanto, ao proteger o idoso da depressão, a espiritualidade contribui indiretamente para a preservação da funcionalidade cognitiva. Além disso, a prática religiosa institucionalizada (religiosidade) promove estímulo social e intelectual. Participar de rituais, ler textos sagrados ou engajar-se em diálogos teológicos constitui formas de exercício cognitivo que mantêm o cérebro ativo. Assim, a integração desses elementos no cuidado geriátrico não deve ser vista como um "luxo" ou aspecto secundário, mas como uma estratégia terapêutica baseada em evidências para promover a longevidade com dignidade.

A expansão do conhecimento sobre espiritualidade e transcendência exige uma mudança na postura dos profissionais de saúde. É imperativo que a avaliação do idoso inclua a "história espiritual", pois negligenciar essa dimensão significa ignorar uma das principais ferramentas de resiliência do paciente. Intervenções que incentivem a autotranscendência podem auxiliar os idosos a lidar com a perda de autonomia funcional, deslocando o foco do que eles "não podem mais fazer" para "quem eles continuam sendo". A transcendência espiritual oferece uma ponte sobre o abismo do declínio cognitivo: mesmo quando a memória recente falha e a linguagem se torna escassa, o senso de conexão espiritual frequentemente permanece preservado, permitindo momentos de lucidez existencial e paz profunda. O cuidado humanizado, portanto, deve ser capaz de reconhecer e nutrir essa dimensão, garantindo que o idoso não seja reduzido a um conjunto de diagnósticos, mas respeitado como um ser em constante processo de transcendência. Nesse sentido, espiritualidade, religiosidade e transcendência não são apenas conceitos abstratos, mas recursos psicobiológicos tangíveis que influenciam diretamente a qualidade da experiência do envelhecimento. Enquanto a religiosidade oferece estrutura social, a espiritualidade provê sentido existencial, e a transcendência possibilita a superação simbólica das limitações impostas pela biologia. Em conjunto, essas dimensões atuam como um importante fator de proteção contra o desespero e a anomia frequentemente associados ao declínio cognitivo (Siqueira et al., 2024).

Além disso, é necessário considerar que a incorporação da dimensão espiritual nas práticas de cuidado não implica, necessariamente, adesão a sistemas religiosos específicos, mas sim o reconhecimento da subjetividade e da busca de sentido que atravessam a experiência humana. Políticas públicas e práticas institucionais que valorizem essa dimensão tendem a produzir impactos positivos não apenas na saúde mental, mas também na adesão ao tratamento, na qualidade de vida e na percepção de dignidade do idoso. Dessa forma, a espiritualidade deixa de ocupar um lugar periférico e passa a constituir um eixo estruturante do cuidado integral, especialmente em contextos de vulnerabilidade e fragilidade, nos quais o sentido da existência se torna um elemento central para a continuidade da vida com significado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões empreendidas evidenciam que o envelhecimento populacional contemporâneo impõe desafios complexos à saúde pública, especialmente no que tange à interseção entre o declínio cognitivo e a preservação da autonomia funcional. Observou-se que a deterioração progressiva de funções como memória e julgamento não representa apenas um fenômeno biológico, mas uma ameaça direta à independência e à dignidade do idoso, gerando impactos biopsicossociais que sobrecarregam tanto o indivíduo quanto seus sistemas de suporte familiar. Nesse cenário, a perda da funcionalidade surge como um divisor de águas, exigindo que o cuidado transcenda a mera gestão de sintomas clínicos para abarcar a subjetividade do sujeito que envelhece.

A investigação reforça a relevância da espiritualidade, da religiosidade e, especificamente, da gerotranscendência como mecanismos fundamentais de enfrentamento e resiliência diante das limitações impostas pela idade avançada. A espiritualidade, ao proporcionar sentido e propósito, atua como um suporte emocional que facilita a construção de significado existencial, mesmo diante do sofrimento e da finitude. A teoria da gerotranscendência demonstra-se como um modelo adaptativo vital, permitindo ao idoso uma transição de uma visão materialista e racionalista para uma perspectiva cósmica e transcendente, redefinindo sua conexão com o tempo, a vida e a morte, de modo a preservar sua integridade psíquica.

Ficou demonstrado que a integração da dimensão espiritual possui influência direta sobre a qualidade de vida e a saúde mental, funcionando como um amortecedor contra os danos psicológicos do declínio cognitivo. A fé e a transcendência permitem que o idoso se eleve acima das limitações físicas e materiais, utilizando recursos internos e redes de apoio social provenientes de comunidades de fé para manter sua dignidade. Portanto, a preservação da autonomia não deve ser mensurada apenas por métricas funcionais, mas também pela capacidade do idoso de manter conexões significativas com o sagrado e com sua própria história.

Apesar da evidenciada correlação positiva entre espiritualidade e preservação do status cognitivo, o estudo identifica lacunas críticas na literatura e na prática clínica. Persiste uma escassez de estratégias assistenciais que integrem o cuidado espiritual aos protocolos de reabilitação neuropsicológica, evidenciando a urgência de superar o modelo puramente biomédico. Torna-se imperativo que as políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável, em consonância com as diretrizes da Década do Envelhecimento Saudável (2020–2030), incorporem abordagens multidimensionais que reconheçam a dimensão espiritual como um direito e uma necessidade no cuidado geriátrico.

É fundamental que a formação dos profissionais de saúde inclua competências relacionadas à escuta qualificada e à abordagem da espiritualidade no contexto clínico. A ausência dessa preparação pode resultar em práticas reducionistas, que desconsideram aspectos essenciais da experiência humana no envelhecimento. A inclusão da história espiritual como

parte da anamnese amplia a compreensão do paciente e possibilita intervenções mais sensíveis, éticas e eficazes, alinhadas a uma perspectiva verdadeiramente integral do cuidado.

Outro aspecto relevante refere-se à necessidade de fortalecimento das redes de apoio comunitário e institucional, especialmente aquelas vinculadas a práticas religiosas e espirituais. Tais redes desempenham papel significativo na promoção do bem-estar, oferecendo suporte emocional, social e, muitas vezes, material aos idosos. A valorização dessas estruturas pode contribuir para a redução do isolamento social, fator reconhecidamente associado ao agravamento do declínio cognitivo e ao aumento de quadros depressivos.

Conclui-se que o avanço no cuidado ao idoso com declínio cognitivo depende do desenvolvimento de pesquisas interdisciplinares que aprofundem a compreensão sobre como a espiritualidade influencia a funcionalidade e a qualidade de vida. Torna-se necessária uma revisão das práticas em saúde para que a assistência seja, de fato, humanizada, integral e centrada na dignidade da pessoa humana. Somente por meio de uma abordagem que contemple o idoso em sua totalidade — biológica, psicológica, social e espiritual — será possível garantir um processo de envelhecimento que, mesmo diante das perdas cognitivas, seja pautado pelo respeito à autonomia e pela valorização da transcendência do ser.

REFERÊNCIAS

ABU, H. O. et al. **Spirituality and religiosity as sources of resilience in older adults with chronic illness: a mixed methods systematic review.**

AGLI, O. **Spirituality in elderly: the effects of spiritual care and the support of spiritual needs on quality of life in normal and pathological aging.** 2016. Tese (Doutorado) – Theses.fr (ABES). Disponível em: <http://www.theses.fr/2016TOUR2016/document>. Acesso em: 13 maio 2026.

ALZHEIMER'S & DEMENTIA: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring. v. 8, p. 26–35, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2017.03.002>. Acesso em: 13 maio 2026.

BARRETO, L. V. et al. **Associação da espiritualidade, qualidade de vida e depressão em familiares de idosos com demências.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 36, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023ao03061>. Acesso em: 13 maio 2026.

BRAAM, A. W. et al. **Ten-year course of cosmic transcendence in older adults in the Netherlands.**

CARNEIRO, C. R. et al. **Envelhecimento: reflexões para enfrentamento através da espiritualidade.** Revista Foco, v. 18, n. 5, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n5-011>. Acesso em: 13 maio 2026.

DIAS, J. G. M.; SILVA, P. R. A.; ALVES, T. C. T. F. **Cognitive reserve in elderly: neuropsychological aspects and the education role in the latest findings.** Revista de Medicina, v. 94, n. 3, p. 136–146, 2015.

FRIEDMAN, S. M.; MULHAUSEN, P.; CLEVELAND, M. L. **Healthy aging**: American Geriatrics Society white paper executive summary. Journal of the American Geriatrics Society, 2019.

GBD 2021 DEMOGRAPHICS COLLABORATORS. **Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950–2021, and the impact of the COVID-19 pandemic**: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet, 2024.

GONÇALVES, D. L.; ALVES, V. P. Efeito da religiosidade/espiritualidade na saúde mental de idosos em situação que levam à finitude. **Revista Eletrônica**. Acervo Saúde, v. 23, n. 9, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e13992.2023>. Acesso em: 13 maio 2026.

JUTTEN, R. J. et al. **Detecting functional decline from normal aging to dementia**: development and validation of a short version of the Amsterdam IADL Questionnaire. Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring, v. 8, n. 1, p. 26–35, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2017.03.002>. Acesso em: 13 maio 2026.

LIMA-COSTA, M. F. et al. **The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil)**: objectives and design. American Journal of Epidemiology, v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>. Acesso em: 13 maio 2026.

LUIZ DE MARCHI NETTO, F. **Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso**. Pensar a Prática, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 75–84, 2006. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fef/article/view/67>. Acesso em: 13 maio 2026.

MCCARTHY, V. L.; BOCKWEG, A. **The role of transcendence in a holistic view of successful aging**.

RABELO, D. F. Comprometimento cognitivo leve em idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2009v12i2p%25p>. Acesso em: 13 maio 2026.

RUDNICKA, E. et al. **The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing**. Maturitas, v. 139, p. 6–11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>. Acesso em: 13 maio 2026.

SIQUEIRA, R. C. C. et al. **Associação entre cognição, saúde mental e espiritualidade em idosos de uma instituição de longa permanência de Pernambuco**.