Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

O QUE IMPORTA PARA O ENVELHE(SER)? Envelhecimento, Sentido da Vida e Espiritualidade

WHAT MATTERS IN AGING-BEING? Aging, Meaning of Life and Spirituality

Elias do Amaral Viana
https://orcid.org/0009-0003-3158-5259
Gisele Almeida da Silva Viana
https://orcid.org/0009-0006-9681-8123
Josilaine Oliveira de Souza
https://orcid.org/0009-0002-3312-2162
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: O envelhecimento humano tem sido amplamente discutido nas ciências sociais, na psicologia e na gerontologia, especialmente em uma sociedade contemporânea marcada pelo produtivismo e pela fragilidade dos vínculos sociais. Envelhecer não se limita a um processo biológico, mas envolve dimensões emocionais, sociais, existenciais e espirituais que redefinem aquilo que realmente importa ao longo da vida. Objetivo: Analisar os principais elementos que se tornam significativos no processo de envelhecer, destacando aspectos relacionais, existenciais e espirituais que contribuem para uma velhice com sentido e dignidade. Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem reflexiva e fenomenológica, fundamentado em revisão bibliográfica nas áreas de gerontologia, filosofia do envelhecimento, psicologia social e sociologia da velhice. Resultados: Este artigo trabalhou com sete dimensões, dentre outras, importantes no envelhecimento: amizade verdadeira, simplicidade, memória e legado, propósito, amor genuíno, paz interior e espiritualidade, evidenciando algumas das prioridades ao longo da vida. Conclusão: O envelhecimento representa um processo de amadurecimento existencial que conduz à valorização de vínculos, sentido de vida e espiritualidade, contribuindo para pensarmos em práticas sociais e acadêmicas mais humanizadas e importantes na dignidade da pessoa idosa.

Palavras-chave: envelhecimento; sentido da vida; espiritualidade; gerontologia; velhice.

Abstract: Human aging has been widely discussed in the social sciences, psychology, and gerontology, especially in a contemporary society marked by productivism and the fragility of social bonds. Aging is not limited to a biological process but involves emotional, social, existential, and spiritual dimensions that redefine what truly matters throughout life. Objective:

[1] Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, 202514120019@pq.uenf.br ;
[2] Aluna Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, pastoragisele79@gmail.com ;
[3] Mestranda pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, josilaine.oliveiradesouza@gmail.com ;
[4] Pós 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 ;

To analyze the main elements that become significant in the aging process, highlighting relational, existential, and spiritual aspects that contribute to a meaningful and dignified old age. Methodology: This is a qualitative study with a reflective and phenomenological approach, based on a bibliographic review in the fields of gerontology, philosophy of aging, social psychology, and sociology of old age. Results: This article explored seven important dimensions of aging, among others: true friendship, simplicity, memory and legacy, purpose, genuine love, inner peace, and spirituality, highlighting key priorities throughout life. Conclusion: Aging represents a process of existential maturation that leads to the appreciation of social bonds, meaning of life, and spirituality, contributing to more humanized social and academic practices that value the dignity of older adults.

Keywords: aging; meaning of life; spirituality; gerontology; old age.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano tem se tornado um dos temas centrais das discussões contemporâneas nas áreas das ciências sociais, da psicologia, da filosofia e da gerontologia, especialmente diante do aumento da expectativa de vida e das transformações sociais que marcam o século XXI. A velhice, que em outros períodos históricos era vista apenas como um estágio final da vida, passou a ser compreendida como uma fase complexa, carregada de significados existenciais, sociais, afetivos e espirituais. Nesse contexto, compreender o que realmente importa no processo de envelhecer torna-se uma questão fundamental para a construção de uma sociedade mais humanizada e sensível à dignidade da pessoa idosa.

A sociedade contemporânea, fortemente influenciada pela lógica produtivista e pelo valor do desempenho, tende a associar o valor do indivíduo à sua capacidade de produzir, competir e manter-se economicamente ativo. Nesse cenário, o envelhecimento muitas vezes é visto como perda de utilidade social, fragilidade física e redução da autonomia. No entanto, essa visão limitada ignora a dimensão existencial do envelhecer, que envolve amadurecimento, reflexão sobre a vida, redefinição de prioridades e valorização de aspectos que, ao longo da juventude e da vida adulta, frequentemente ficam em segundo plano. Assim, envelhecer não representa apenas um processo biológico, mas uma experiência humana profunda, marcada pela busca de sentido, pertencimento, memória e transcendência.

Do ponto de vista filosófico e sociológico, o envelhecimento pode ser compreendido como um processo de ressignificação da existência. À medida que o tempo avança, o indivíduo passa a valorizar menos os bens materiais e mais os vínculos afetivos, a simplicidade da vida cotidiana, a memória construída ao longo dos anos e o legado que será deixado às próximas gerações. Esse movimento revela que o envelhecimento não é apenas um declínio, mas também um processo de amadurecimento existencial que conduz a uma compreensão mais profunda do que realmente importa na vida humana.

Na perspectiva psicológica e gerontológica, o envelhecimento está diretamente relacionado à construção de identidade, ao sentido da vida e à necessidade de pertencimento social. O idoso não busca apenas sobreviver, mas deseja continuar sendo reconhecido, amado, lembrado e respeitado. A velhice, nesse sentido, não é um tempo de abandono, mas uma fase em que o ser humano procura consolidar sua história, fortalecer suas relações e encontrar paz interior. Essa busca revela que o envelhecimento é também um processo de reorganização emocional e espiritual, no qual os valores essenciais ganham maior relevância.

A espiritualidade surge como uma dimensão fundamental no processo de envelhecer, pois permite ao indivíduo refletir sobre a finitude, a eternidade e o significado da existência. A aproximação com o transcendente, a busca por Deus, a reflexão sobre a vida e a esperança em

algo que ultrapassa a realidade material tornam-se elementos centrais na experiência da velhice. Dessa forma, o envelhecimento não se restringe à dimensão social ou psicológica, mas envolve também uma profunda experiência espiritual que contribui para a construção da paz interior e do sentido da vida.

Diante desse cenário, este artigo propõe analisar os elementos que se tornam mais significativos no processo de envelhecimento, considerando que a velhice revela aquilo que realmente importa na vida humana. A partir de uma abordagem qualitativa, reflexiva e fenomenológica, fundamentada em revisão bibliográfica nas áreas de gerontologia, filosofia, sociologia e psicologia, o estudo busca compreender como o envelhecimento conduz à valorização de aspectos essenciais da existência.

Nesse sentido, o trabalho organiza-se em sete dimensões fundamentais que emergem como pilares do envelhecer: amizade verdadeira, simplicidade, memória e legado, propósito, amor genuíno, paz interior e espiritualidade. Essas dimensões não esgotam a complexidade do envelhecimento, mas oferecem um caminho interpretativo para compreender como a velhice pode ser vivida de forma significativa, digna e humanizada.

Ao investigar o que realmente importa no envelhecer, este estudo contribui para ampliar o debate acadêmico sobre a velhice, promovendo uma reflexão que ultrapassa a visão biológica e produtivista e valoriza a dimensão humana, relacional e espiritual da existência. Compreender o envelhecimento como um processo de amadurecimento existencial permite não apenas repensar a forma como a sociedade enxerga o idoso, mas também construir práticas sociais e acadêmicas mais sensíveis à dignidade, ao respeito e ao sentido da vida na terceira idade.

2. AMIZADE VERDADEIRA

A amizade verdadeira ocupa um lugar central na reflexão filosófica sobre o envelhecimento e o sentido da vida, sendo compreendida como um dos pilares fundamentais da existência humana. Na obra Saber envelhecer e A amizade, de Marco Túlio Cícero (2011), a amizade é apresentada como um dos maiores bens que o ser humano pode experimentar ao longo da vida, especialmente no processo de amadurecimento e envelhecimento.

Para o filósofo romano, a amizade não é apenas uma relação social, mas uma experiência profundamente ligada à natureza humana, pois o homem é essencialmente um ser relacional, que necessita da convivência, do afeto e da partilha para encontrar sentido na existência. Nesse contexto, envelhecer não significa afastar-se das relações, mas aprofundar vínculos verdadeiros, consolidando relações baseadas na confiança, na lealdade e na virtude.

A amizade é um dos poucos valores que recebem reconhecimento universal entre os seres humanos, pois a vida em solidão é incompatível com a natureza social do homem. A amizade, nesse sentido, não se limita a uma relação de conveniência, mas constitui uma necessidade existencial que sustenta a alegria, o equilíbrio emocional e a estabilidade moral ao longo da vida. O filósofo romano compreende que a convivência humana é essencial para a realização da felicidade e para a construção de uma vida digna, pois o ser humano encontra no outro o reflexo de sua própria humanidade.

Nesse contexto, Cícero apresenta uma definição clássica de amizade que se tornou uma das mais conhecidas da filosofia antiga:

> A amizade não é outra coisa senão a concordância em todas as coisas, divinas e humanas, acompanhada de benevolência e afeição; e não sei se, excetuando a sabedoria, os deuses imortais deram aos homens algo melhor que ela. Alguns preferem as riquezas, outros a saúde, outros o poder, outros as honras, muitos ainda os prazeres; mas estes últimos são próprios dos animais, enquanto os bens anteriores são frágeis e incertos; a amizade, porém, é

> permanente e duradoura, e acompanha o homem em todas as circunstâncias da vida (Cícero, 2011, p. 19).

A partir dessa definição, percebe-se que a amizade verdadeira está fundamentada na virtude e na integridade moral, não podendo existir onde há falsidade, interesse ou instabilidade de caráter. Para Cícero (2011), somente pessoas de bem são capazes de cultivar amizades autênticas, pois a amizade exige lealdade, sinceridade e constância ao longo do tempo. Dessa forma, a amizade não nasce da utilidade, mas da afinidade moral e da comunhão de valores, sendo construída por meio da convivência e da confiança mútua. Isso reforça a ideia de que a amizade verdadeira não depende da quantidade de relações sociais, mas da qualidade dos vínculos estabelecidos.

A reflexão ciceroniana também destaca que a amizade não pode ser reduzida a uma relação utilitária, pois quando o interesse se torna o fundamento do vínculo, a amizade perde sua essência e se dissolve diante das mudanças da vida. O filósofo afirma que, se o interesse fosse o fundamento das amizades, elas desapareceriam facilmente, mas como se baseiam na natureza humana e na virtude, possuem estabilidade e permanência (Cícero, 2011). Assim, a amizade verdadeira se sustenta na afeição sincera e no compromisso moral com o outro, tornando-se uma experiência de reciprocidade, cuidado e fidelidade.

A amizade é indispensável para a felicidade humana, pois a natureza não suporta a solidão e busca constantemente a convivência com o outro. A vida privada de afeição e de simpatia perde sua alegria e seu sentido, uma vez que o ser humano necessita amar e ser amado para alcançar plenitude existencial. Essa compreensão é especialmente relevante no processo de envelhecimento, pois, com o passar do tempo, as relações superficiais tendem a desaparecer, permanecendo apenas os vínculos mais profundos e significativos. Nesse cenário, a amizade verdadeira se torna um elemento essencial para a construção de uma velhice mais humana, menos solitária e mais digna.

Outro ponto relevante na obra de Cícero (2011) é a ideia de que o verdadeiro amigo se revela nas dificuldades, sendo a fidelidade e a constância os principais critérios para reconhecer uma amizade autêntica. O filósofo retoma a máxima de que o amigo verdadeiro se manifesta nos momentos de incerteza e sofrimento, mostrando que a amizade não é apenas convivência, mas um compromisso moral e existencial. Dessa forma, o amigo se torna uma presença constante ao longo da vida, compartilhando alegrias, dores e desafios, fortalecendo o indivíduo diante das adversidades do tempo.

Ele permite compreender que a amizade verdadeira é um dos elementos mais importantes no processo de envelhecimento, pois contribui para a manutenção da dignidade humana, do equilíbrio emocional e do sentido da vida. Relações profundas, leais e duradouras não apenas fortalecem o indivíduo diante das limitações do tempo, mas também oferecem apoio, companhia e significado à existência. Envelhecer, nessa perspectiva, não é acumular relações, mas consolidar vínculos verdadeiros, reconhecendo que a qualidade das amizades é mais importante do que sua quantidade, e que a presença de amigos sinceros é um dos maiores bens que o ser humano pode possuir ao longo da vida.

Também ressalta que a amizade verdadeira não é apenas um elemento que torna a vida mais agradável, mas uma condição essencial para que a existência humana seja suportável e significativa. O filósofo compreende que a solidão representa uma das maiores fragilidades da condição humana, especialmente na velhice, quando os vínculos sociais tendem a se reduzir e o indivíduo passa a depender mais intensamente de relações profundas e sinceras. Assim, a amizade aparece como um sustentáculo existencial, capaz de oferecer consolo, esperança e equilíbrio emocional ao longo do tempo.

Ele enfatiza que a amizade é um dos maiores bens que o ser humano pode possuir, pois nenhuma riqueza ou poder pode substituir a presença de um amigo verdadeiro:

> Suprimida a amizade da vida, é como se se retirasse o sol do mundo; nada nos deram os deuses imortais melhor nem mais agradável. Pois que há de mais doce do que ter alguém com quem ousar falar como consigo mesmo? Que utilidade teriam as prosperidades se não houvesse quem com elas se alegrasse, e que seriam as adversidades se não houvesse quem as suportasse mais dolorosamente do que nós? (Cícero, 2011, p. 20).

Essa reflexão evidencia que a amizade verdadeira não está ligada apenas ao prazer da convivência, mas à partilha da vida em sua totalidade, incluindo alegrias, conquistas, dificuldades e sofrimentos. O amigo verdadeiro não é apenas aquele que celebra os momentos felizes, mas aquele que permanece presente nos momentos difíceis, oferecendo apoio, escuta e solidariedade. Dessa forma, a amizade se torna uma experiência de comunhão existencial, na qual o outro não é visto como um instrumento, mas como alguém com quem se compartilha a própria vida.

A análise ciceroniana permite compreender que a amizade verdadeira é um dos elementos que mais ganham valor no processo de envelhecimento, pois, com o passar do tempo, o indivíduo percebe que bens materiais, status social e conquistas externas perdem importância diante da necessidade de vínculos humanos autênticos. O envelhecimento, nesse sentido, funciona como um processo de depuração das relações, no qual permanecem apenas aquelas que são sustentadas pela lealdade, pela sinceridade e pelo afeto genuíno. Assim, a amizade deixa de ser um elemento secundário e passa a ocupar o centro da existência, tornando-se um dos principais fatores de bem-estar emocional e espiritual na velhice.

A convivência com pessoas de caráter íntegro fortalece a ética, estimula a reflexão e promove o amadurecimento humano, sendo a amizade um caminho para o desenvolvimento da prudência, da justiça e da temperança. Nesse sentido, a amizade não é apenas um vínculo afetivo, mas também um instrumento de formação moral e espiritual, contribuindo para a construção de uma vida equilibrada e virtuosa ao longo dos anos.

Sendo assim, a amizade verdadeira se apresenta como um dos pilares fundamentais do envelhecimento saudável e significativo, pois oferece suporte emocional, fortalece o sentido da vida e promove a dignidade humana. A presença de amigos leais e sinceros reduz o impacto da solidão, contribui para a saúde mental e fortalece a esperança diante das limitações impostas pelo tempo. Envelhecer, nessa perspectiva, não significa isolamento ou afastamento das relações, mas aprofundamento dos vínculos que realmente importam, reconhecendo que a amizade é um dos maiores bens que o ser humano pode cultivar ao longo de toda a sua existência.

3. SIMPLICIDADE

A simplicidade constitui um dos elementos fundamentais no processo de amadurecimento humano e no modo como o indivíduo passa a compreender a vida ao longo do envelhecimento. Diferentemente da juventude, marcada pela busca de reconhecimento social, acumulação de bens e afirmação de identidade por meio da aparência, a velhice tende a conduzir o ser humano a uma reavaliação profunda de suas prioridades, direcionando-o para uma vida mais essencial e menos orientada pelo consumo. Nesse contexto, a reflexão filosófica e psicológica de Erich Fromm (1976), na obra *Ter ou Ser?*, oferece uma base teórica consistente para compreender a simplicidade como um retorno à essência humana, rompendo com a lógica materialista da sociedade contemporânea e valorizando uma existência mais autêntica e significativa.

Fromm (1976) desenvolve sua análise a partir da crítica à sociedade moderna, que, segundo ele, está estruturada no modo de existência do ter, no qual o valor do indivíduo é

medido pela quantidade de bens que possui, pelo status social que ocupa e pela aparência que consegue sustentar. Essa lógica transforma o ser humano em um consumidor permanente, que busca felicidade na acumulação e no reconhecimento externo, afastando-se progressivamente de sua essência interior. Nesse sentido, a simplicidade não é compreendida como pobreza ou privação, mas como uma forma de libertação das exigências sociais que aprisionam o indivíduo em um ciclo contínuo de consumo e competição. A vida simples, portanto, representa uma mudança de perspectiva, na qual o ser humano deixa de viver para possuir e passa a viver para ser, valorizando experiências, relações e significados mais profundos.

A crítica de Fromm à sociedade consumista se fundamenta na distinção entre dois modos de existência: o modo ter e o modo ser. O modo ter está associado à acumulação, ao controle, à posse e à segurança material, enquanto o modo ser está ligado à autenticidade, à liberdade, à criatividade e à experiência interior. Segundo Fromm (1976), a sociedade moderna privilegia o ter, criando indivíduos ansiosos, inseguros e dependentes de reconhecimento externo, enquanto o modo ser promove uma vida mais equilibrada, consciente e plena. Nesse sentido, a simplicidade surge como uma alternativa existencial, pois permite ao indivíduo libertar-se das pressões sociais e concentrar-se no que realmente importa, como o amor, a convivência, a espiritualidade e o sentido da vida.

A reflexão de Fromm pode ser sintetizada na seguinte passagem, que expressa claramente a diferença entre possuir e ser:

> No modo de existência do ter, minha relação com o mundo é de posse e propriedade, quero fazer de tudo e de todos, inclusive de mim mesmo, uma propriedade minha. No modo de ser, ao contrário, a relação com o mundo se realiza por meio da experiência, da participação e da partilha, pois o ser humano não se define pelo que possui, mas pelo que é, pela sua capacidade de amar, de criar, de compreender e de viver autenticamente (Fromm, 1976, p. 43).

Essa perspectiva revela que a simplicidade não é apenas uma escolha de estilo de vida, mas uma postura existencial que redefine a relação do indivíduo com o mundo. O ser humano que vive no modo ser não busca acumular bens ou construir uma imagem social baseada na aparência, mas procura desenvolver sua interioridade, suas relações humanas e sua consciência moral. Dessa forma, a simplicidade se torna um caminho para a autenticidade, permitindo que o indivíduo viva de forma mais leve, menos dependente de reconhecimento externo e mais conectado com sua essência.

No contexto do envelhecimento, essa reflexão adquire ainda mais relevância, pois o avanço da idade tende a reduzir a importância das conquistas materiais e a valorizar aspectos mais profundos da existência. O indivíduo idoso, ao longo de sua trajetória, percebe que o acúmulo de bens e o status social não são suficientes para garantir felicidade ou sentido de vida, levando-o a buscar uma existência mais simples e essencial. Nesse cenário, a simplicidade aparece como uma forma de libertação das pressões sociais, permitindo ao idoso viver com mais tranquilidade, menos preocupações e maior equilíbrio emocional. Fromm (1976) sugere que a verdadeira felicidade não está no possuir, mas na capacidade de ser, de amar e de viver de forma autêntica, o que se torna particularmente significativo na velhice, quando a vida se orienta mais pela interioridade do que pela exterioridade.

A sociedade contemporânea estimula constantemente o consumo e a competição, criando indivíduos que vivem em permanente insatisfação, pois sempre desejam mais do que possuem. Essa lógica impede o desenvolvimento da simplicidade e da satisfação interior, uma vez que o ser humano passa a medir seu valor pelo que tem e não pelo que é. A simplicidade, nesse sentido, representa uma forma de resistência à cultura do consumo, pois permite ao indivíduo libertar-se das exigências sociais e construir uma vida baseada na autenticidade e na

consciência. O envelhecimento, portanto, pode ser compreendido como um processo de libertação do modo ter, conduzindo o indivíduo a uma existência mais equilibrada, centrada na essência e no sentido da vida.

A simplicidade está diretamente ligada à liberdade humana, pois o indivíduo que vive no modo ser não é escravo das posses, das aparências ou das expectativas sociais. Ele vive de forma mais consciente, valorizando experiências, relações humanas e crescimento interior. Nesse sentido, a simplicidade não significa renúncia à vida, mas uma forma mais profunda de vivê-la, pois permite ao ser humano concentrar-se no que realmente importa, como o amor, a amizade, a espiritualidade e o propósito existencial. Essa perspectiva dialoga diretamente com o processo de envelhecimento, pois a velhice tende a conduzir o indivíduo a uma vida mais contemplativa, menos agitada e mais orientada pela essência.

A simplicidade é um dos elementos centrais no processo de amadurecimento humano e no envelhecimento saudável Fromm (1976), pois conduz o indivíduo a uma vida mais autêntica, equilibrada e significativa. A transição do modo ter para o modo ser representa uma mudança profunda na forma de viver, na qual a aparência perde espaço para a essência, o consumo cede lugar à experiência e a acumulação é substituída pela interioridade. Envelhecer, nessa perspectiva, significa aprender a viver com simplicidade, reconhecendo que a verdadeira riqueza da vida não está no que se possui, mas no que se é, no que se ama e no que se constrói ao longo da existência.

4. MEMÓRIA E LEGADO

O envelhecimento humano está profundamente ligado à consciência do tempo, da história vivida e da necessidade de permanência simbólica no mundo. À medida que o indivíduo envelhece, torna-se mais evidente a preocupação com aquilo que permanece após sua trajetória, seja na memória dos familiares, na contribuição social, nas narrativas de vida ou nas marcas deixadas ao longo da existência. Nesse contexto, a memória não se apresenta apenas como uma capacidade cognitiva, mas como um elemento estruturante da identidade e da continuidade do ser humano no tempo. A reflexão filosófica de Paul Ricoeur (2007) oferece uma base teórica sólida para compreender a memória como construção da identidade e o legado como uma forma de permanência simbólica, na qual o indivíduo continua existindo através das histórias que constrói e das lembranças que deixa na sociedade.

Segundo Ricoeur (2007), a memória está diretamente ligada à identidade pessoal, pois é por meio dela que o sujeito organiza sua experiência, reconstrói sua história e reconhece a continuidade de sua existência ao longo do tempo. A memória não é apenas um registro do passado, mas uma interpretação da vida vivida, que permite ao indivíduo compreender quem ele foi, quem ele é e o que deseja deixar como herança simbólica para as próximas gerações. Nesse sentido, o envelhecimento intensifica o desejo de ser lembrado, pois o indivíduo passa a refletir sobre sua trajetória, suas escolhas, suas relações e suas contribuições, buscando dar sentido à sua história e construir uma narrativa coerente de sua existência. A memória, portanto, transforma-se em um instrumento de permanência, permitindo que a vida humana seja preservada no tempo por meio da lembrança e da narrativa.

A identidade humana é essencialmente narrativa, ou seja, o ser humano compreende a si mesmo através das histórias que conta sobre sua própria vida. Essa perspectiva filosófica revela que o legado não está apenas nas obras materiais ou nas conquistas sociais, mas na narrativa que o indivíduo constrói sobre sua existência e na forma como essa narrativa é transmitida e preservada. Envelhecer, nesse sentido, significa organizar a própria história, reinterpretar experiências e construir uma memória que permita ao sujeito reconhecer sua trajetória como significativa. O desejo de deixar um legado surge, portanto, como uma necessidade existencial

de continuidade, pois o ser humano busca permanecer no mundo através das histórias que deixou, das pessoas que influenciou e dos valores que transmitiu.

Essa compreensão pode ser observada na seguinte reflexão de Ricoeur (2007) sobre a relação entre memória e identidade:

> A memória está ligada à identidade pessoal, pois recordar é reconhecer-se como o mesmo ao longo do tempo, reconstruindo a própria história e mantendo a continuidade da existência no mundo (Ricoeur, 2007, p. 107).

Essa passagem evidencia que a memória não é apenas uma lembrança do passado, mas um processo de reconhecimento de si mesmo, no qual o indivíduo reafirma sua identidade e sua permanência no tempo. O envelhecimento, portanto, não representa apenas o declínio biológico, mas um processo de reconstrução da identidade, no qual o sujeito revisita sua história e busca compreender o sentido de sua existência. O legado, nesse contexto, surge como a expressão dessa identidade narrativa, pois aquilo que permanece não é apenas o corpo ou a presença física, mas a história vivida e compartilhada com os outros.

A relação entre memória e esquecimento, que revela a fragilidade da existência humana e a importância da preservação das narrativas de vida. O esquecimento, segundo o autor, representa uma ameaça à identidade, pois aquilo que não é lembrado tende a desaparecer da história e da consciência coletiva. Nesse sentido, o desejo de ser lembrado está diretamente ligado à necessidade de resistir ao esquecimento, garantindo que a vida vivida não se perca no tempo. O legado, portanto, pode ser compreendido como uma forma de preservação da memória, na qual o indivíduo permanece através das histórias, dos ensinamentos e das experiências que transmitiu às gerações futuras.

Essa reflexão adquire um significado ainda mais profundo, pois o idoso tende a valorizar suas experiências de vida e a compartilhar suas memórias como forma de construir continuidade e sentido. Contar histórias, transmitir ensinamentos e recordar o passado são práticas comuns na velhice, pois permitem ao indivíduo reafirmar sua identidade e garantir que sua trajetória seja reconhecida e preservada. O legado, nesse sentido, não está apenas em grandes realizações, mas nas pequenas histórias, nas relações construídas e nos valores transmitidos ao longo da vida. A memória é uma forma de permanência simbólica, pois permite que o ser humano continue existindo na lembrança dos outros e na narrativa da história.

A narrativa da vida desempenha um papel fundamental na construção do sentido existencial, pois permite que o indivíduo organize suas experiências e compreenda sua trajetória como uma história coerente. O envelhecimento, portanto, pode ser compreendido como um processo de elaboração narrativa, no qual o sujeito revisita seu passado, interpreta suas experiências e constrói uma memória que dê sentido à sua existência. O desejo de deixar um legado surge, assim, como uma necessidade de continuidade, na qual o indivíduo busca garantir que sua história não seja esquecida e que sua vida tenha significado para as gerações futuras. A memória torna-se, portanto, um instrumento de permanência, permitindo que o ser humano ultrapasse os limites do tempo e continue existindo na história.

A memória e o legado são elementos centrais no processo de envelhecimento Ricoeur (2007), pois conectam identidade, narrativa e permanência simbólica. O desejo de ser lembrado não é apenas uma necessidade emocional, mas uma expressão da própria condição humana, que busca continuidade e sentido no tempo. Envelhecer, nessa perspectiva, significa organizar a própria história, transmitir valores, compartilhar experiências e construir um legado que permita ao indivíduo permanecer no mundo através da memória e da narrativa. O ser humano, portanto, não permanece apenas por aquilo que fez, mas por aquilo que é lembrado, narrado e transmitido ao longo das gerações, transformando sua vida em uma história que continua existindo no tempo.

5. PROPÓSITO

O propósito de vida constitui um dos elementos mais importantes no processo de envelhecimento humano, pois está diretamente relacionado à sensação de continuidade, significado e valor da existência. Mesmo na velhice, o indivíduo deseja sentir que sua vida ainda possui sentido, que sua presença no mundo continua relevante e que sua trajetória não perdeu sua importância. O envelhecimento não elimina a necessidade de propósito, mas, ao contrário, tende a intensificá-la, pois o avanço da idade conduz o ser humano a uma reflexão mais profunda sobre sua existência, suas escolhas e o significado de sua vida. Nesse contexto, a contribuição de Viktor Frankl (2008), na obra *Em busca de sentido*, oferece uma base teórica sólida para compreender que o ser humano é movido pela busca de sentido e que essa busca permanece ativa em todas as fases da vida, inclusive na velhice.

A principal motivação do ser humano não o prazer, como defendia Freud (1920/2010), nem o poder, como afirmava Adler (1927/2013), mas o sentido da vida, como defendia Freud. Essa concepção, conhecida como logoterapia, sustenta que o ser humano necessita encontrar um propósito que dê significado à sua existência, pois sem sentido a vida se torna vazia e desprovida de direção. O envelhecimento, nesse sentido, não representa o fim do propósito, mas uma nova etapa na qual o indivíduo passa a buscar significados mais profundos, voltados para a espiritualidade, para as relações humanas, para a contribuição social e para a compreensão de sua própria história. A velhice, portanto, não deve ser vista como um período de inutilidade, mas como uma fase de maturidade existencial, na qual o sentido da vida pode ser ressignificado e fortalecido.

O sentido da vida pode ser encontrado em qualquer circunstância, mesmo nas situações mais difíceis e dolorosas, pois o ser humano possui a capacidade de atribuir significado à sua existência através de suas escolhas, atitudes e valores. Essa perspectiva é particularmente relevante no envelhecimento, pois muitos idosos enfrentam perdas, limitações físicas, isolamento social e mudanças na identidade profissional, o que pode gerar a sensação de inutilidade ou falta de propósito. O sentido da vida não depende da juventude, da força física ou da produtividade econômica, mas da capacidade humana de encontrar significado nas experiências vividas e nas relações construídas ao longo da vida. O propósito, portanto, não desaparece com a idade, mas se transforma, adaptando-se às novas condições da existência.

A reflexão pode ser observada na seguinte passagem, que expressa claramente sua compreensão sobre o sentido da vida:

> A vida é sofrimento, e sobreviver é encontrar significado na dor. Se há um propósito na vida, deve haver também um significado no sofrimento e na morte. Ninguém pode dizer qual é esse propósito; cada um deve descobri-lo por si mesmo e aceitar a responsabilidade que sua resposta implica. Se tiver êxito, continuará a crescer apesar de todas as indignidades. (Frankl, 2008, p. 124).

Essa afirmação revela que o propósito é o elemento que sustenta a vida humana, pois permite ao indivíduo enfrentar dificuldades, perdas e mudanças sem perder a esperança ou a vontade de viver. No contexto do envelhecimento, essa ideia se torna ainda mais significativa, pois o idoso que encontra um propósito tende a apresentar maior equilíbrio emocional, maior satisfação com a vida e melhor qualidade de vida. O sentido da existência pode estar na família, na espiritualidade, na transmissão de valores, no cuidado com os outros ou na reflexão sobre a própria trajetória, mostrando que a vida continua tendo significado mesmo na velhice.

O sentido da vida não é algo abstrato ou distante, mas algo que se constrói no cotidiano, através das ações, das relações e das escolhas individuais. O ser humano encontra propósito

quando se dedica a algo que vai além de si mesmo, seja no amor, no trabalho, na fé ou no serviço ao próximo. No envelhecimento, essa busca se torna mais evidente, pois o indivíduo passa a valorizar aquilo que realmente importa, deixando de lado as preocupações superficiais e concentrando-se naquilo que dá sentido à sua existência. A velhice, portanto, pode ser compreendida como um período de aprofundamento existencial, no qual o ser humano aprende a viver com mais consciência, mais serenidade e mais propósito.

O sentido da vida está ligado à responsabilidade individual, pois cada pessoa é responsável por encontrar seu próprio propósito e dar significado à sua existência. Essa responsabilidade não desaparece com o envelhecimento, mas permanece como um elemento essencial da condição humana. O idoso continua sendo um sujeito ativo, capaz de amar, de ensinar, de transmitir experiências e de contribuir para a sociedade, mostrando que o propósito não está apenas na produtividade econômica, mas na capacidade de viver com sentido e de influenciar positivamente a vida dos outros. O envelhecimento, nesse sentido, não representa o fim da utilidade social, mas uma oportunidade de ressignificação da existência.

Também, a *logoterapia* de Frankl (2008) enfatiza que o sentido da vida pode ser encontrado em três dimensões principais: na realização de obras e ações, na experiência do amor e das relações humanas e na atitude diante do sofrimento. Essas três dimensões são fundamentais no envelhecimento, pois permitem ao idoso continuar encontrando propósito em sua vida, mesmo diante das limitações físicas ou das perdas sociais. O amor pela família, a transmissão de valores, a espiritualidade e a forma como o indivíduo enfrenta as dificuldades são elementos que mantêm o sentido da vida ativo, mostrando que o propósito não depende das condições externas, mas da atitude interior do ser humano.

Uma vida com propósito é um dos elementos centrais no processo de envelhecimento, pois sustenta a vontade de viver e dá significado à existência humana. Mesmo na velhice, o ser humano deseja sentir que sua vida ainda tem sentido, que sua presença continua importante e que sua trajetória possui valor. O envelhecimento, nessa perspectiva, não representa o fim do propósito, mas uma nova etapa na qual o indivíduo busca significados mais profundos, orientados pela espiritualidade, pelas relações humanas e pela construção de um legado existencial. O sentido da vida, portanto, permanece como uma força que sustenta o ser humano em todas as fases da existência, mostrando que viver com propósito é fundamental para envelhecer com dignidade, esperança e plenitude.

6. AMOR GENUÍNO

O amor genuíno constitui um dos elementos mais essenciais na vida humana, especialmente no processo de envelhecimento, pois está diretamente relacionado ao afeto sincero, às relações familiares e à construção de vínculos verdadeiros ao longo da existência. Diferentemente das relações superficiais e utilitaristas que frequentemente caracterizam a sociedade contemporânea, o amor genuíno é marcado pela sinceridade, pela entrega e pela ausência de interesses ocultos, sendo uma forma de relação que valoriza o outro como pessoa e não como objeto de satisfação pessoal. Nesse contexto, a reflexão de Erich Fromm (2006), na obra *A Arte de Amar*, oferece uma base teórica sólida para compreender o amor como uma atitude ética e existencial, fundamentada no cuidado, na responsabilidade, no respeito e no conhecimento do outro, elementos que se tornam ainda mais significativos no envelhecimento humano.

Segundo Fromm (2006), o amor não deve ser compreendido apenas como um sentimento ou uma emoção passageira, mas como uma atitude consciente e uma decisão que envolve compromisso e responsabilidade. A sociedade moderna tende a reduzir o amor a uma experiência emocional momentânea, associada ao prazer e à satisfação pessoal, o que fragiliza as relações humanas e transforma os vínculos afetivos em relações descartáveis. Fromm critica

essa visão superficial e afirma que o amor verdadeiro exige maturidade emocional, disciplina e dedicação, pois amar significa cuidar do outro, respeitar sua individualidade e buscar seu bem-estar. Nesse sentido, o amor genuíno é uma forma de relação que ultrapassa o egoísmo e o interesse individual, promovendo uma convivência baseada na reciprocidade e na solidariedade.

O amor verdadeiro está diretamente ligado à capacidade humana de sair de si mesmo e reconhecer o outro como um ser digno de cuidado e respeito. O amor não é posse, nem domínio, nem dependência, mas uma relação de liberdade e responsabilidade, na qual o indivíduo se compromete com o bem do outro sem esperar recompensas ou vantagens pessoais. Essa perspectiva é particularmente relevante no envelhecimento, pois a velhice tende a valorizar as relações familiares, a convivência com amigos e o afeto sincero, mostrando que o amor genuíno não está na intensidade das emoções, mas na qualidade dos vínculos construídos ao longo da vida. O idoso, ao longo de sua trajetória, aprende que o amor verdadeiro não se baseia em interesses materiais ou sociais, mas na presença, no cuidado e na dedicação ao outro.

Essa compreensão pode ser observada na seguinte reflexão de Fromm sobre a natureza do amor:

> O amor é uma atividade, não um afeto passivo; é um estar em permanência, não um súbito entusiasmo. O caráter ativo do amor pode ser descrito afirmando-se que amar é, fundamentalmente, dar e não receber, pois dar é a mais alta expressão de potência, na qual o ser humano experimenta sua própria força, sua própria riqueza e sua própria capacidade de vida (Fromm, 2006, p. 47).

Essa passagem evidencia que o amor genuíno está ligado à capacidade de doação, pois amar significa oferecer cuidado, atenção, compreensão e presença ao outro. O ato de dar não representa perda, mas expressão da própria vitalidade humana, pois ao amar o indivíduo encontra sentido em sua existência e fortalece suas relações. No contexto do envelhecimento, essa ideia se torna ainda mais significativa, pois o amor familiar, o cuidado com os netos, a convivência com amigos e a dedicação à comunidade representam formas concretas de amar e de manter vínculos afetivos verdadeiros. O amor genuíno, portanto, não se limita à juventude, mas se aprofunda na velhice, tornando-se mais consciente, mais sereno e mais verdadeiro.

A relação entre amor e maturidade, pois o autor afirma que o amor verdadeiro exige desenvolvimento emocional e equilíbrio interior. O indivíduo que ama de forma genuína não busca dominar o outro nem utilizá-lo para satisfazer suas necessidades, mas reconhece sua autonomia e sua dignidade. Essa maturidade emocional é fundamental no envelhecimento, pois permite que o idoso construa relações mais profundas e mais estáveis, baseadas na confiança e na reciprocidade. O amor genuíno, nesse sentido, não é impulsivo nem instável, mas uma escolha consciente de cuidar, respeitar e valorizar o outro, promovendo uma convivência harmoniosa e significativa.

O amor está diretamente ligado à capacidade de superar o egoísmo e desenvolver uma atitude de responsabilidade pelo outro. Amar significa assumir o compromisso de cuidar, de proteger e de contribuir para o crescimento do outro, o que exige dedicação e compromisso. No envelhecimento, essa responsabilidade se manifesta na transmissão de valores, na orientação das novas gerações e na construção de relações familiares sólidas, mostrando que o amor genuíno é um dos principais pilares da vida humana. O afeto sincero, a convivência familiar e a solidariedade social são elementos que garantem ao idoso uma vida mais equilibrada e mais significativa, reforçando a importância do amor como elemento central da existência.

No contexto da sociedade contemporânea, marcada pela individualização e pela fragilidade dos vínculos, a reflexão de Fromm (2006) se torna ainda mais relevante, pois mostra que o amor genuíno é uma forma de resistência à superficialidade das relações humanas. A

cultura do consumo e do individualismo tende a transformar o amor em uma experiência utilitarista, baseada em interesses e vantagens, o que enfraquece os vínculos afetivos e gera solidão e isolamento. O amor verdadeiro, ao contrário, promove a união, a solidariedade e o cuidado mútuo, permitindo que o ser humano construa relações duradouras e significativas. No envelhecimento, essa dimensão do amor se torna essencial, pois o idoso valoriza cada vez mais o afeto sincero e a convivência familiar, reconhecendo que o amor é um dos elementos mais importantes para uma vida plena.

O amor genuíno é um dos pilares fundamentais do envelhecimento saudável, pois promove relações verdadeiras, fortalece os vínculos familiares e contribui para o sentido da vida. Amar sem interesses ocultos significa reconhecer o outro como um ser humano digno de cuidado, respeito e atenção, construindo relações baseadas na sinceridade e na responsabilidade. O envelhecimento, nessa perspectiva, não representa o fim do amor, mas o aprofundamento das relações afetivas, nas quais o indivíduo aprende a amar de forma mais madura, mais consciente e mais verdadeira. O amor genuíno, portanto, é um elemento essencial para uma vida plena, pois permite ao ser humano viver com afeto, solidariedade e sentido, construindo vínculos que permanecem ao longo do tempo e que dão significado à existência humana.

7. PAZ INTERIOR

Com o passar dos anos, muitas coisas que antes pareciam urgentes deixam de ter importância. Disputas, reconhecimento social, competição e pressões externas começam a perder espaço para algo mais simples e profundo: a paz interior. O envelhecimento, nesse sentido, não é apenas um processo biológico, mas também um amadurecimento emocional e existencial. O idoso passa a desejar uma vida mais tranquila, com menos conflitos e mais serenidade, buscando equilíbrio interior e harmonia consigo mesmo e com o mundo.

A filosofia de Sêneca (2009) ajuda a compreender esse movimento humano em direção à tranquilidade. Para ele, a paz interior não depende das circunstâncias externas, mas da forma como a mente organiza suas emoções, seus desejos e suas expectativas. O grande problema da inquietação humana não está no mundo, mas dentro do próprio indivíduo, que muitas vezes vive em constante agitação por não conseguir encontrar estabilidade emocional. A tranquilidade da alma, portanto, é um estado de equilíbrio interior, no qual a pessoa aprende a viver com serenidade, aceitando seus limites e organizando sua vida com sabedoria.

A tranquilidade é descrita como um estado em que a mente permanece constante, sem oscilar entre extremos emocionais. Trata-se de uma paz que nasce do autoconhecimento e da capacidade de viver de forma equilibrada, sem se deixar dominar pela ansiedade ou pela ambição exagerada. Essa ideia aparece de forma clara em sua reflexão:

> O que buscamos, então, é como a mente pode sempre seguir um curso constante e sereno, pode se agradar de si mesma, olhar com prazer ao seu redor e não experimentar interrupção dessa alegria, mas permanecer em um estado pacífico sem ser jamais exaltada ou deprimida: isso será a tranquilidade da alma. (Sêneca, 2009, p. 9).

Essa passagem mostra que a verdadeira paz não é ausência de problemas, mas a capacidade de manter a mente estável diante das mudanças da vida. O envelhecimento favorece essa postura, pois a experiência acumulada ensina que nem tudo precisa ser enfrentado com tensão e que muitas preocupações são desnecessárias. A tranquilidade surge quando o indivíduo aprende a conviver consigo mesmo e a aceitar a realidade sem excessos emocionais.

Em outro momento do texto, Sêneca afirma que a paz interior é uma das maiores conquistas humanas, pois eleva o homem a um nível de sabedoria e equilíbrio raramente alcançado:

> O que você deseja, estar em paz, é uma grande coisa, na verdade, a maior de todas, e uma que eleva um homem quase ao nível de um deus. (Sêneca, 2009, p. 10).

A tranquilidade da alma não é um estado comum, mas uma conquista que exige disciplina, autoconhecimento e maturidade. O idoso, ao longo da vida, aprende que a paz interior vale mais do que o poder, a riqueza ou o reconhecimento social. A serenidade passa a ser um objetivo central, pois permite viver com mais leveza e equilíbrio emocional.

Também reconhece que a inquietação humana nasce da comparação com os outros e da insatisfação consigo mesmo. Muitas pessoas vivem agitadas porque desejam o que os outros possuem ou porque não conseguem aceitar sua própria realidade. Esse estado de espírito gera ansiedade, inveja e sofrimento, impedindo a tranquilidade interior. Ele descreve esse fenômeno ao afirmar que a mente inquieta vive em um movimento constante, sem conseguir encontrar descanso:

> Daí surge aquela fadiga e insatisfação consigo mesmo, aquele vai-e-vem de uma mente que não encontra descanso em lugar algum. (Sêneca, 2009, p. 11).

Essa análise é extremamente atual, pois mostra que a falta de paz interior está ligada à incapacidade de viver o presente e aceitar a própria vida. No envelhecimento, essa percepção se torna mais clara, pois o indivíduo passa a compreender que a comparação social e a busca por reconhecimento não produzem felicidade duradoura. A tranquilidade surge quando a pessoa aprende a valorizar o que tem e a viver de forma mais simples e equilibrada.

A paz interior exige vigilância constante. A mente humana é instável e tende a se deixar levar por desejos, medos e preocupações. Por isso, a tranquilidade não é um estado automático, mas um exercício contínuo de autocontrole e reflexão. O filósofo alerta que essa paz é frágil e precisa ser cultivada diariamente, pois a inquietação pode retornar a qualquer momento se o indivíduo não cuidar de sua vida interior.

No contexto do envelhecimento, essa reflexão ganha ainda mais sentido. O idoso busca ambientes mais tranquilos, relações mais sinceras e uma vida menos competitiva, pois entende que a paz interior é um dos maiores bens da existência humana. Menos disputas, menos conflitos e menos pressões permitem uma vida mais leve, mais consciente e mais equilibrada. A serenidade passa a ser vista como um sinal de sabedoria e maturidade, resultado de uma vida vivida com experiência e reflexão.

A filosofia de Sêneca mostra que a paz interior não é apenas um ideal filosófico, mas uma necessidade humana profunda, especialmente no envelhecimento. Viver com tranquilidade significa aceitar a vida, cuidar da mente e cultivar o equilíbrio emocional. O idoso, ao buscar serenidade, não está se afastando da vida, mas aprendendo a vivê-la de forma mais profunda, mais consciente e mais humana. A tranquilidade da alma, portanto, torna-se um dos maiores sinais de sabedoria, pois revela que a verdadeira felicidade está em viver em paz consigo mesmo.

8. ESPIRITUALIDADE

O envelhecimento humano desperta de maneira intensa a dimensão espiritual da existência. À medida que o tempo avança, muitas preocupações materiais perdem força e surgem questionamentos mais profundos sobre Deus, eternidade, sentido da vida e

transcendência. A espiritualidade, nesse contexto, não se limita à religião institucional, mas se apresenta como uma busca interior por significado, por esperança e por uma conexão com aquilo que ultrapassa os limites da existência biológica. O idoso passa a refletir sobre sua trajetória, sobre o destino final da vida e sobre a presença do transcendente, buscando uma experiência mais profunda com Deus e com o sentido último da existência.

A psicologia existencial de Viktor Frankl (2017) contribui de forma significativa para essa compreensão ao afirmar que o ser humano possui uma dimensão espiritual que não pode ser reduzida ao corpo ou à mente. Existe no interior da pessoa uma abertura para o transcendente, uma tendência natural em direção a Deus, que muitas vezes permanece inconsciente, mas que se manifesta especialmente nos momentos de sofrimento, solidão e reflexão sobre o sentido da vida. A espiritualidade, portanto, não é uma construção artificial, mas uma dimensão constitutiva da existência humana, que se revela com mais intensidade na maturidade e na velhice.

> Sempre houve em nós uma tendência inconsciente em direção a Deus, uma ligação intencional, embora inconsciente, com o transcendente. Essa fé inconsciente da pessoa revela uma relação oculta com Deus, que pode permanecer reprimida, mas continua presente no interior do ser humano. (Frankl, 2017, p. 153).

A espiritualidade não surge apenas no fim da vida, mas acompanha o ser humano ao longo de toda sua existência. No entanto, no envelhecimento, essa dimensão se torna mais evidente, pois o indivíduo passa a lidar com limites, perdas, finitude e silêncio interior, elementos que o conduzem a uma busca mais profunda por Deus. A espiritualidade, nesse sentido, oferece esperança, sentido e consolo, permitindo que o idoso encontre significado mesmo diante das fragilidades da vida.

Em Leonardo Boff (1999), a espiritualidade é a força que liga o ser humano à fonte originária da vida, permitindo que ele compreenda o mundo como uma realidade carregada de sentido e presença divina. Para o autor, a espiritualidade não é apenas prática religiosa, mas uma forma de perceber a realidade com profundidade, reconhecendo a presença do sagrado em todas as coisas e vivendo uma relação de cuidado, solidariedade e comunhão com o universo e com Deus.

Boff afirma:

> Desde tempos imemoriais, todos os povos e culturas se enchiam de veneração face à realidade do Divino que impregna todo o universo, vivenciavam o significado sagrado de todas as coisas e cultivavam a espiritualidade como aquela visão interior que unia tudo à sua Fonte divina. (Boff, 1999, p. 9).

Essa perspectiva mostra que a espiritualidade é uma dimensão essencial da existência humana, especialmente no envelhecimento, pois permite ao indivíduo reencontrar o sentido da vida e desenvolver uma relação mais profunda com Deus e com o mundo. O idoso, ao buscar a espiritualidade, não está fugindo da realidade, mas está aprofundando sua compreensão da vida, reconhecendo que a existência possui um sentido que vai além das conquistas materiais e das disputas sociais.

A teologia de Karl Rahner (1998) também contribui para essa compreensão ao afirmar que o ser humano é um ser aberto ao “Mistério absoluto,” ou seja, um ser que naturalmente se orienta para Deus. Ao afirmar que a espiritualidade nasce dessa abertura transcendental que faz com que o homem esteja sempre em busca de algo maior, de um sentido último e de uma relação com o infinito. A experiência de Deus não é apenas religiosa, mas existencial, pois está

presente na própria estrutura do ser humano como um ser que pergunta, busca e se abre ao transcendente.

Essa visão reforça que a espiritualidade é uma necessidade humana profunda, especialmente no envelhecimento, pois o indivíduo passa a refletir sobre sua existência, sua finitude e sua relação com Deus. A busca por espiritualidade, portanto, não representa fraqueza ou fuga, mas maturidade existencial, pois o ser humano reconhece que sua vida não se resume ao tempo presente, mas está ligada à eternidade e ao Mistério que sustenta toda a realidade.

No contexto do envelhecimento, a espiritualidade se torna uma fonte de paz, esperança e sentido. Muitos idosos passam a valorizar a oração, a leitura espiritual, a comunhão com Deus e a reflexão sobre a eternidade, pois percebem que a vida não termina na morte, mas se abre para uma dimensão transcendente. A espiritualidade oferece conforto diante das perdas, fortalece a esperança e permite que o indivíduo enfrente o tempo com serenidade e confiança.

A espiritualidade pode ser compreendida como uma das necessidades mais profundas do ser humano na velhice, pois conecta o indivíduo com Deus, com o sentido da vida e com a eternidade. O envelhecimento, nesse sentido, não é apenas um processo biológico, mas uma jornada espiritual, na qual o ser humano se aproxima do transcendente, reorganiza sua história e encontra significado na relação com Deus. A busca por espiritualidade revela que, no fim da vida, o que realmente permanece não são os bens materiais, mas a fé, a esperança e a conexão com o Mistério que sustenta a existência humana.

A reflexão de Viktor Frankl (2017) aprofunda ainda mais a compreensão da espiritualidade ao mostrar que o ser humano não pode ser reduzido apenas aos seus instintos ou ao seu psiquismo, pois existe nele uma dimensão espiritual que o orienta para o transcendente. Na obra *A presença ignorada de Deus*, o autor critica diretamente a psicologia que reduz o homem a impulsos biológicos ou a mecanismos psicológicos, defendendo que o ser humano é uma unidade composta de corpo, mente e espírito. Essa visão amplia o entendimento da espiritualidade, mostrando que ela não é um elemento secundário da vida humana, mas uma dimensão essencial da existência.

A psicologia profunda concentrou-se excessivamente nos instintos e esqueceu o espírito humano, reduzindo a compreensão da pessoa a aspectos puramente psicológicos. Para ele, a logoterapia surge justamente como uma tentativa de restaurar a dignidade do ser humano, reconhecendo a dimensão espiritual como parte fundamental da existência. Nesse sentido, a espiritualidade não é uma construção religiosa artificial, mas uma realidade que pertence à própria estrutura do ser humano.

O autor expressa essa ideia de forma clara ao afirmar:

> A psicologia profunda segue o ser humano até as profundezas de seus instintos, mas muito pouco às profundezas de seu espírito. (Frankl, 2017, p. 128).

Essa afirmação revela uma crítica profunda à psicologia reducionista e, ao mesmo tempo, apresenta uma nova perspectiva sobre o ser humano. Frankl entende que o homem não pode ser explicado apenas pelos seus impulsos ou pela sua biologia, pois existe nele uma dimensão espiritual que o conduz à busca de sentido, de Deus e de transcendência. Essa dimensão espiritual se manifesta especialmente nos momentos de sofrimento, de crise existencial e de reflexão sobre a vida, situações comuns no processo de envelhecimento.

Ao desenvolver o conceito de inconsciente espiritual, Frankl (2017) amplia ainda mais essa compreensão ao afirmar que o inconsciente humano não é formado apenas por impulsos instintivos, mas também por elementos espirituais. Isso significa que a espiritualidade está presente no interior do ser humano, mesmo quando ele não tem consciência disso. A busca por

Deus, por sentido e por transcendência pode permanecer oculta, mas continua existindo como uma força que orienta a existência humana.

Frankl descreve essa realidade ao afirmar:

> O inconsciente não se compõe unicamente de elementos instintivos, mas também espirituais. O conteúdo do inconsciente amplia-se, diferenciando-se em instintividade inconsciente e espiritualidade inconsciente. (Frankl, 2017, p. 135).

Essa afirmação é fundamental para compreender a espiritualidade no envelhecimento, pois mostra que a busca por Deus não surge apenas no fim da vida, mas sempre esteve presente no interior do ser humano. No entanto, com o passar dos anos, essa dimensão espiritual se torna mais evidente, pois o indivíduo passa a refletir sobre sua existência, sua história e seu destino final. A velhice, nesse sentido, não é apenas um tempo de perdas, mas também um tempo de aprofundamento espiritual e de reencontro com o transcendente.

Outro ponto importante da reflexão de Frankl (2017) é a ideia de que a consciência humana possui uma dimensão transcendental. Para ele, a consciência não é apenas um conjunto de normas sociais ou morais, mas uma voz interior que aponta para o sentido da vida e para a transcendência. Essa consciência é responsável por orientar o ser humano em suas decisões e por conduzi-lo em direção ao sentido último da existência.

Frankl afirma:

> A voz da consciência é a voz da transcendência; ela não é uma ultimidade, mas uma penultimidade, pois aponta para algo que está além do ser humano. (Frankl, 2017, p. 149).

Essa reflexão mostra que a espiritualidade está profundamente ligada à responsabilidade e ao sentido da vida. O ser humano não vive apenas para satisfazer desejos ou alcançar conquistas materiais, mas para responder ao chamado do sentido e da transcendência. No envelhecimento, essa consciência se torna ainda mais evidente, pois o indivíduo passa a refletir sobre suas escolhas, seus valores e sua relação com Deus.

Também destaca que a religiosidade não deve ser confundida com neurose ou ilusão, como defendia Freud, mas deve ser compreendida como uma dimensão legítima da existência humana. A espiritualidade, nesse sentido, não é uma fuga da realidade, mas uma forma de compreender a vida com mais profundidade e de encontrar sentido diante das dificuldades e limitações da existência.

Ele afirma que:

> O ser humano é um ser em busca de um sentido último, e essa busca o conduz inevitavelmente à transcendência. (Frankl, 2017, p. 171).

Essa afirmação reforça que a espiritualidade está diretamente ligada ao sentido da vida. O ser humano não vive apenas no presente, mas busca algo que ultrapassa o tempo e o espaço, algo que dê significado à sua existência. No envelhecimento, essa busca se intensifica, pois o indivíduo passa a refletir sobre a eternidade, sobre Deus e sobre o destino final da vida humana. É a busca por Deus, pela eternidade e pelo transcendente não representa fraqueza, mas maturidade existencial, pois revela que o ser humano reconhece sua finitude e busca um significado mais profundo para sua existência.

A espiritualidade se apresenta como um dos pilares mais importantes da vida na velhice, pois conecta o ser humano com Deus, com o sentido da vida e com a eternidade, permitindo que ele enfrente o tempo com serenidade, esperança e confiança no transcendente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento humano não pode ser compreendido apenas como um processo biológico ou cronológico, mas como uma experiência profundamente existencial, relacional e espiritual que revela aquilo que realmente importa ao longo da vida. A sociedade contemporânea, marcada pelo produtivismo, pela competitividade e pela valorização excessiva do desempenho, tende a enxergar a velhice como um período de declínio, perda de utilidade social e redução da autonomia. No entanto, a análise desenvolvida neste artigo demonstra que o envelhecimento é, na verdade, um processo de amadurecimento existencial, no qual o ser humano passa a reorganizar suas prioridades e a valorizar dimensões essenciais da vida que muitas vezes foram negligenciadas ao longo da juventude e da vida adulta.

A partir da revisão bibliográfica e da abordagem fenomenológica adotada, foi possível compreender que o envelhecimento conduz o indivíduo a uma reavaliação profunda de sua existência, direcionando-o para elementos que sustentam o sentido da vida e a dignidade humana. A amizade verdadeira, conforme apresentado na reflexão de Cícero (2011), revela que os vínculos humanos são fundamentais para a felicidade e para a construção de uma velhice menos solitária e mais significativa. A simplicidade, discutida a partir da obra de Fromm (1976), mostra que o envelhecimento favorece a passagem do modo de existência baseado no ter para o modo baseado no ser, permitindo uma vida mais leve, menos orientada pelo consumo e mais conectada à essência humana.

A dimensão da memória e do legado, fundamentada na filosofia de Ricoeur (2007), evidencia que o ser humano busca permanecer no mundo por meio de sua história, de suas narrativas e das marcas que deixa nas relações e na sociedade. O desejo de ser lembrado não representa vaidade, mas uma necessidade existencial de continuidade e de reconhecimento da própria trajetória. Da mesma forma, o propósito de vida, analisado a partir da logoterapia de Frankl (2008), demonstra que o sentido da existência não desaparece com a idade, mas se transforma, permitindo que o idoso continue encontrando significado em sua vida, mesmo diante das limitações e dos desafios do tempo.

O amor genuíno, discutido com base na obra de Fromm (2006), reforça que a velhice valoriza relações sinceras e afetivas, nas quais o cuidado, o respeito e a responsabilidade pelo outro se tornam centrais. Amar sem interesses ocultos representa uma forma madura de viver, na qual o ser humano reconhece que os vínculos afetivos são mais importantes do que qualquer conquista material. A paz interior, inspirada na filosofia de Sêneca (2009), revela que o envelhecimento conduz o indivíduo a uma busca por serenidade e equilíbrio emocional, mostrando que a verdadeira felicidade está na tranquilidade da alma e na capacidade de viver em harmonia consigo mesmo.

A espiritualidade, fundamentada nas reflexões de Frankl (2017), Boff (1999) e Rahner (1998), evidencia que o envelhecimento desperta uma busca mais profunda por Deus, pela eternidade e pelo sentido último da existência. A espiritualidade não se apresenta como fuga da realidade, mas como um aprofundamento da experiência humana, permitindo que o indivíduo enfrente a finitude com esperança, confiança e serenidade. A conexão com o transcendente torna-se um elemento essencial na velhice, pois oferece sentido, consolo e perspectiva diante das limitações da vida.

As sete dimensões analisadas — amizade verdadeira, simplicidade, memória e legado, propósito, amor genuíno, paz interior e espiritualidade — não esgotam a complexidade do envelhecimento, mas oferecem um caminho interpretativo consistente para compreender o que realmente importa na velhice. O envelhecimento, longe de representar apenas perdas, pode ser compreendido como um processo de amadurecimento humano que conduz à valorização das

relações, do sentido da vida e da espiritualidade, contribuindo para uma existência mais digna e humanizada.

Do ponto de vista acadêmico e social, este estudo contribui para ampliar a compreensão do envelhecimento, superando a visão reducionista que o associa apenas à fragilidade e ao declínio. Ao enfatizar dimensões existenciais e espirituais, o artigo propõe uma nova forma de olhar para a velhice, reconhecendo o idoso como sujeito de sentido, de história e de dignidade. Essa perspectiva pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas, práticas sociais e abordagens acadêmicas mais humanizadas, capazes de valorizar a pessoa idosa em sua totalidade.

Então, compreender o que realmente importa no envelhecer significa reconhecer que a vida humana não se sustenta apenas na produtividade, na riqueza ou no reconhecimento social, mas nos vínculos, no amor, no sentido e na espiritualidade. Envelhecer, nessa perspectiva, é aprender a viver com mais profundidade, mais consciência e mais humanidade, reconhecendo que a verdadeira riqueza da vida está nas relações construídas, na paz interior alcançada e na esperança que se mantém diante do transcendente. Assim, o envelhecimento deixa de ser visto como um fim e passa a ser compreendido como uma etapa de plenitude existencial, na qual o ser humano redescobre aquilo que sempre foi essencial: amar, viver com sentido, cultivar a paz e buscar a eternidade.

REFERÊNCIA

ADLER, Alfred. **Conhecimento do homem**: um curso de psicologia individual. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

CÍCERO, Marco Túlio. **Saber envelhecer e A amizade**. Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 2011.

FRANKL, Viktor E. **A presença ignorada de Deus.** Petrópolis: Vozes, 2017.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 2008.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer.** São Paulo: Autêntica, 2010.

FROMM, Erich. **A arte de amar**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FROMM, Erich. **Ter ou ser?** Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

RAHNER, Karl. **Curso fundamental da fé**: introdução ao conceito de cristianismo. Barcelona: Herder, 1998.

RICOEUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento.** Campinas: Editora Unicamp, 2007.

SÊNECA, Lúcio Aneu. **Da tranquilidade da alma**. São Paulo: Martin Claret, 2009.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

ENVELHECIMENTO, SAÚDE E ESPIRITUALIDADE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA CONTEMPORANEIDADE

AGING, HEALTH, AND SPIRITUALITY: CHALLENGES AND POSSIBILITIES IN CONTEMPORARY TIMES

Ana Claudia Porto Paes
https://orcid.org/0009-0007-6595-7478
Mônica Almeida de Athaíde Rodrigues
https://orcid.org/0009-0005-1466-9893
Marcelo Pizani Boldes
https://orcid.org/0009-0001-9381-8586
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 configura-se como um dos fenômenos mais expressivos do século XXI, impondo reconfigurações substanciais às políticas públicas, aos sistemas de saúde e às práticas sociais voltadas à longevidade. Para além das alterações biológicas, a velhice envolve dimensões subjetivas, sociais, emocionais e espirituais que demandam abordagens interdisciplinares. Nesse contexto, este artigo analisa as inter-relações entre envelhecimento, saúde e espiritualidade, considerando os desafios e as possibilidades que emergem na contemporaneidade. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, fundamentada em autores clássicos e contemporâneos das áreas da gerontologia, psicologia existencial, sociologia e saúde coletiva, incluindo Viktor Frankl, Harold G. Koenig, Simone de Beauvoir, Anita Liberalesso Neri e Lars Tornstam. Os resultados indicam que a espiritualidade constitui importante recurso de enfrentamento, promoção de saúde mental, fortalecimento da resiliência e produção de sentido existencial na velhice. Conclui-se que a incorporação da dimensão espiritual nas práticas de cuidado e nas políticas de atenção à pessoa idosa favorece uma compreensão ampliada do envelhecimento saudável, humanizado e integral.

Palavras-chave: envelhecimento; saúde integral; espiritualidade; qualidade de vida; contemporaneidade.

Abstract: Population aging is one of the most significant phenomena of the 21st century, imposing substantial reconfigurations on public policies, health systems, and social practices aimed at longevity. Beyond biological changes, old age involves subjective, social, emotional, and spiritual

[1]Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;
[2]Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, 202514120029@pq.uenf.br ;
[3]Aluna Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, anaclaudiaportopaes@gmail.com ;
[4]Aluna Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, athaidemonica@gmail.com ;
[5]Pós-doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com ;

dimensions that demand interdisciplinary approaches. In this context, this article analyzes the interrelationships between aging, health, and spirituality, considering the challenges and possibilities emerging in contemporary times. This is a literature review with a qualitative approach, based on classical and contemporary authors in the fields of gerontology, existential psychology, sociology, and public health, including Viktor Frankl, Harold G. Koenig, Simone de Beauvoir, Anita Liberalesso Neri, and Lars Tornstam. The results indicate that spirituality is an important resource for coping, promoting mental health, strengthening resilience, and producing existential meaning in old age. It is concluded that the incorporation of the spiritual dimension into care practices and policies for the elderly promotes a broader understanding of healthy, humanized, and holistic aging.

Keywords: aging; comprehensive health; spirituality; quality of life; contemporaneity.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui uma das transformações demográficas mais significativas da contemporaneidade, repercutindo de maneira profunda nas estruturas sociais, econômicas, políticas e nos sistemas de saúde em escala global. O aumento progressivo da expectativa de vida, associado à redução das taxas de natalidade, tem ampliado substancialmente o contingente de pessoas idosas, impondo novos desafios à sociedade no que se refere à promoção de qualidade de vida, autonomia e bem-estar integral. Conforme a Organização Mundial da Saúde (2015), o envelhecimento saudável deve ser compreendido não apenas como ausência de enfermidades, mas como um processo contínuo de manutenção da capacidade funcional, participação social e dignidade humana.

Historicamente, a velhice foi frequentemente associada a perspectivas reducionistas centradas em perdas biológicas, fragilidade física e declínio funcional. Entretanto, abordagens contemporâneas têm problematizado essa visão limitada ao reconhecer o envelhecimento como fenômeno complexo, multifatorial e socialmente construído, atravessado por dimensões biopsicossociais, culturais e existenciais. Nesse contexto, Debert (2012) ressalta que a velhice não pode ser compreendida apenas como etapa biológica, mas como categoria social permeada por representações culturais, relações de poder e desigualdades estruturais. Tal compreensão amplia significativamente os debates sobre saúde na terceira idade, exigindo abordagens interdisciplinares que integrem aspectos subjetivos, sociais e culturais à análise do envelhecimento.

Entre essas dimensões, a espiritualidade emerge como elemento cada vez mais relevante na promoção da saúde integral da pessoa idosa. Distinta, embora frequentemente relacionada à religiosidade, a espiritualidade refere-se à busca de sentido, propósito existencial, transcendência e conexão com valores fundamentais da experiência humana. Estudos desenvolvidos por Koenig (2012) demonstram que práticas espirituais e religiosas estão associadas a melhores indicadores de saúde mental, redução de sintomas depressivos, fortalecimento da resiliência e maior capacidade de enfrentamento diante de doenças crônicas, perdas e limitações funcionais. Tais evidências indicam que a espiritualidade pode desempenhar papel central na manutenção da qualidade de vida durante o envelhecimento.

Sob perspectiva existencial, Frankl (2008) reforça que a busca por sentido constitui uma necessidade humana fundamental em todas as fases da vida, especialmente em contextos marcados por sofrimento, vulnerabilidade e finitude. Para o autor, mesmo diante de limitações impostas pela velhice, o ser humano preserva sua capacidade de ressignificar experiências e construir propósitos,

aspecto que fortalece a saúde emocional e psicológica. Assim, a espiritualidade apresenta-se não apenas como recurso subjetivo, mas como dimensão constitutiva da experiência humana, capaz de influenciar significativamente processos de adaptação e enfrentamento no envelhecimento.

As perspectivas clássicas como a de Beauvoir (1990) já evidenciavam que a velhice é atravessada por construções sociais que frequentemente marginalizam o idoso, enquanto abordagens mais recentes, como a teoria da gerotranscendência proposta por Tornstam (2005), indicam possibilidades positivas de desenvolvimento psicológico e espiritual na velhice. Nessa mesma direção, Neri (2014) contribui ao destacar a pluralidade de experiências no envelhecimento, reforçando a necessidade de compreender o idoso em sua totalidade.

Apesar desses avanços teóricos, o envelhecimento contemporâneo ainda é marcado por desafios significativos, como o crescimento das doenças crônicas, o isolamento social, a fragilidade das redes de apoio, o preconceito etário (ageismo), a precarização das condições socioeconômicas e a persistência de modelos biomédicos reducionistas. Tais obstáculos reforçam a necessidade de ampliar os paradigmas de cuidado, incorporando estratégias que contemplem a integralidade do sujeito idoso em suas múltiplas dimensões.

Este artigo tem como objetivo geral analisar criticamente a relação entre envelhecimento, saúde e espiritualidade, considerando seus desafios e possibilidades na sociedade contemporânea. De maneira específica, busca-se discutir o envelhecimento como fenômeno biopsicossocial e sociocultural; investigar o papel da espiritualidade na promoção da saúde física, emocional e existencial da pessoa idosa; identificar desafios contemporâneos relacionados à velhice; e examinar possibilidades de cuidado integral fundamentadas em abordagens interdisciplinares.

Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-analítico, fundamentada na revisão crítica de obras clássicas e contemporâneas, artigos científicos e documentos institucionais que abordam envelhecimento, saúde e espiritualidade. Foram priorizados autores de reconhecida relevância acadêmica nas áreas da gerontologia, psicologia existencial, sociologia e saúde coletiva, buscando construir uma análise teórico-crítica consistente sobre o tema.

Ao propor essa reflexão, pretende-se contribuir para o aprofundamento das discussões acadêmicas sobre envelhecimento integral, oferecendo subsídios teóricos para práticas profissionais, políticas públicas e estratégias interdisciplinares que promovam dignidade, saúde e qualidade de vida à população idosa.

2. O ENVELHECIMENTO COMO FENÔMENO BIOPSICOSSOCIAL E SOCIOCULTURAL

O envelhecimento constitui processo complexo que não pode ser compreendido exclusivamente sob o prisma biológico ou reduzido a alterações fisiológicas inerentes ao avanço da idade. Embora mudanças corporais e funcionais sejam componentes relevantes desse percurso, a velhice ultrapassa dimensões orgânicas, configurando-se também como construção social, histórica e cultural. Tal compreensão rompe com perspectivas deterministas que associam o envelhecimento apenas ao declínio físico, permitindo reconhecê-lo como experiência multifacetada, atravessada por representações simbólicas, relações de poder, desigualdades sociais e condições históricas específicas.

Sob essa perspectiva, a velhice é socialmente produzida e interpretada conforme valores culturais, normas sociais e estruturas econômicas predominantes em cada sociedade. Isso significa que envelhecer não representa experiência homogênea ou universal, mas processo influenciado por

fatores como classe social, gênero, acesso a direitos, pertencimento cultural e contexto político. A compreensão ampliada da velhice incorpora, portanto, dimensões identitárias, subjetivas e políticas, reconhecendo que o envelhecimento envolve não apenas alterações biológicas, mas também transformações no papel social, na autoestima, na autonomia e nas formas de participação social do indivíduo.

Simone de Beauvoir oferece importante contribuição para essa análise ao evidenciar que a condição do idoso é frequentemente marcada por processos de exclusão simbólica e invisibilidade social, especialmente em sociedades orientadas pela produtividade, eficiência econômica e valorização da juventude. Para Beauvoir (1990), a velhice tende a ser socialmente marginalizada, sendo muitas vezes associada à improdutividade, dependência e perda de valor social. Essa exclusão não decorre exclusivamente das limitações físicas do envelhecimento, mas sobretudo da forma como a sociedade organiza suas estruturas e atribui significados à idade avançada. Como resultado, muitos idosos vivenciam isolamento social, fragilidade emocional, perda de pertencimento e comprometimento da saúde mental.

Essa marginalização pode ser ainda mais intensa em contextos marcados pelo ageismo, ou preconceito etário, que reforça estigmas negativos sobre a velhice e limita oportunidades de participação social. Assim, compreender o envelhecimento exige análise crítica das estruturas sociais que produzem desigualdades e vulnerabilidades específicas na experiência de envelhecer.

Complementando essa abordagem, Anita Liberalesso Neri destaca que o envelhecimento saudável depende de múltiplos fatores interdependentes, incluindo autonomia funcional, redes de apoio social, participação comunitária, bem-estar psicológico e capacidade adaptativa diante das transformações associadas à idade. Neri (2014) enfatiza que qualidade de vida na velhice não se restringe à ausência de doenças, mas envolve manutenção de capacidades, suporte social e possibilidades de realização subjetiva.

O envelhecimento saudável requer estratégias integradas que articulem promoção de saúde física, fortalecimento emocional, inclusão social e reconhecimento da subjetividade da pessoa idosa. A velhice passa, assim, a ser compreendida não como fase exclusivamente de perdas, mas como etapa marcada por desafios, possibilidades e direitos, exigindo abordagens interdisciplinares e políticas públicas comprometidas com dignidade e cidadania.

Portanto, analisar o envelhecimento como fenômeno biopsicossocial e sociocultural amplia significativamente sua compreensão, permitindo superar reducionismos biomédicos e reconhecer a complexidade da experiência humana na velhice. Essa perspectiva favorece práticas acadêmicas, profissionais e institucionais mais humanizadas, inclusivas e socialmente comprometidas com a promoção de um envelhecimento digno e integral.

3. O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE FÍSICA, EMOCIONAL E EXISTENCIAL DA PESSOA IDOSA

A espiritualidade tem se consolidado como dimensão central na promoção da saúde integral da pessoa idosa, especialmente por sua capacidade de articular bem-estar físico, equilíbrio emocional e sentido existencial diante das transformações inerentes ao envelhecimento. Em uma sociedade marcada pelo aumento da longevidade e pelos desafios biopsicossociais associados à velhice, a espiritualidade emerge como importante recurso de enfrentamento, favorecendo mecanismos de resiliência, adaptação e qualidade de vida. Diferentemente de concepções estritamente religiosas, a espiritualidade pode ser compreendida como a busca humana por

significado, propósito e transcendência, constituindo-se como elemento fundamental para a saúde integral em suas múltiplas dimensões.

No campo da saúde física, diversos estudos apontam que práticas espirituais e religiosas estão associadas a melhores indicadores fisiológicos e comportamentais entre idosos. Harold G. Koenig destaca que indivíduos idosos com maior envolvimento espiritual frequentemente apresentam menores índices de depressão, ansiedade, hipertensão e doenças cardiovasculares, além de maior adesão a tratamentos médicos e hábitos de vida saudáveis. Segundo Koenig (2012), "religião e espiritualidade estão geralmente associadas a melhores resultados de saúde e adaptação ao estresse". Essa associação decorre, em parte, do suporte social proporcionado por comunidades religiosas, bem como da redução de comportamentos de risco e da promoção de estilos de vida mais equilibrados. Dessa forma, a espiritualidade atua como fator protetivo, contribuindo para a manutenção da saúde física e para o enfrentamento mais positivo de doenças crônicas comuns na terceira idade.

No âmbito emocional, a espiritualidade exerce papel significativo na elaboração psicológica das perdas, limitações e mudanças que acompanham o processo de envelhecimento. A velhice frequentemente impõe desafios como aposentadoria, luto, declínio funcional e alterações identitárias, podendo desencadear sofrimento psíquico, solidão e vulnerabilidade emocional. Nesse contexto, a espiritualidade oferece suporte interno por meio da esperança, da fé, da aceitação e da ressignificação das experiências. Para Viktor Frankl, a busca de sentido constitui necessidade essencial da existência humana, inclusive em situações de sofrimento. Em sua perspectiva, "quem tem um porquê enfrenta quase qualquer como" (Frankl, 2008), evidenciando que o sentido existencial fortalece a capacidade de enfrentamento diante das adversidades. Assim, para a pessoa idosa, a espiritualidade favorece a estabilidade emocional, reduz sintomas depressivos e amplia recursos subjetivos para lidar com os desafios da finitude e das transformações da velhice.

Além das dimensões física e emocional, a espiritualidade desempenha papel decisivo na saúde existencial da pessoa idosa, ao possibilitar reflexões sobre propósito, transcendência e legado. O envelhecimento frequentemente conduz o sujeito a revisitar sua trajetória, reinterpretar experiências e confrontar questões relacionadas à mortalidade. Nesse processo, a espiritualidade oferece estrutura simbólica para compreensão da vida e da finitude, permitindo maior integração subjetiva. Lars Tornstam, ao desenvolver a teoria da gerotranscendência, argumenta que o envelhecimento pode promover uma mudança positiva na percepção existencial, marcada por maior introspecção, conexão espiritual e redefinição de valores. Segundo Tornstam (2005), a velhice pode representar não apenas declínio, mas potencial expansão da consciência e amadurecimento espiritual. Essa abordagem rompe com paradigmas exclusivamente deficitários da velhice, reconhecendo possibilidades de crescimento subjetivo e transcendência.

Sob perspectiva social, a espiritualidade também favorece pertencimento comunitário, fortalecimento de vínculos interpessoais e suporte coletivo, elementos essenciais para a saúde integral da população idosa. Comunidades religiosas e práticas espirituais frequentemente oferecem espaços de convivência, acolhimento e participação social, reduzindo o isolamento e fortalecendo redes de apoio. Tais fatores são particularmente relevantes diante do aumento da solidão e da fragilidade relacional observadas em contextos contemporâneos.

A espiritualidade configura-se como componente fundamental na promoção da saúde física, emocional e existencial da pessoa idosa, contribuindo para uma compreensão ampliada e humanizada do envelhecimento. Ao integrar cuidado corporal, equilíbrio psicológico e construção de sentido, a espiritualidade fortalece estratégias de enfrentamento e amplia possibilidades de envelhecimento saudável. Nesse sentido, políticas públicas, práticas clínicas e abordagens

interdisciplinares voltadas à população idosa devem reconhecer a espiritualidade como dimensão legítima da saúde integral, superando modelos exclusivamente biomédicos e promovendo cuidado mais completo, digno e centrado na complexidade da experiência humana.

4. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS RELACIONADOS À VELHICE

Os desafios contemporâneos relacionados à velhice configuram-se como fenômeno complexo, multidimensional e profundamente influenciado por transformações sociais, econômicas, culturais e políticas. O envelhecimento populacional, impulsionado pelo aumento da expectativa de vida e pela redução das taxas de natalidade, representa uma das mudanças demográficas mais expressivas do século XXI, exigindo reestruturações significativas nas formas de cuidado, inclusão social e formulação de políticas públicas. Contudo, embora a longevidade represente importante conquista social, envelhecer na contemporaneidade ainda implica enfrentar múltiplas vulnerabilidades, muitas das quais são intensificadas por desigualdades estruturais e por representações sociais negativas acerca da velhice.

Um dos principais desafios enfrentados pela população idosa refere-se ao avanço das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e transtornos neurodegenerativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015), o aumento da longevidade não garante, por si só, qualidade de vida, tornando essencial a promoção do envelhecimento saudável fundamentado na manutenção da autonomia funcional. Nesse contexto, a saúde do idoso ultrapassa o campo biomédico, exigindo estratégias integradas que considerem fatores físicos, psicológicos e sociais. Como ressalta Anita Neri (2014), envelhecer com qualidade depende da articulação entre saúde física, suporte emocional, participação social e condições adequadas de cuidado.

Paralelamente, o isolamento social e a fragilidade das redes de apoio constituem desafios crescentes na experiência contemporânea da velhice. Mudanças nas estruturas familiares, urbanização acelerada, individualismo e reorganização das relações intergeracionais têm contribuído para o aumento da solidão entre idosos. Esse isolamento compromete não apenas a saúde emocional, mas também agrava as condições físicas e cognitivas. Simone de Beauvoir observa que a sociedade frequentemente marginaliza o idoso, relegando-o a uma posição de invisibilidade social. Para Beauvoir (1990), “a velhice aparece mais claramente do que qualquer outra realidade como um destino biológico socialmente construído”, evidenciando que as dificuldades da velhice não decorrem exclusivamente da idade, mas das formas pelas quais a sociedade organiza e interpreta esse estágio da vida.

Outro desafio significativo é o ageismo, ou preconceito etário, caracterizado por práticas discriminatórias, estigmatização e exclusão social baseadas na idade. Em sociedades orientadas pela produtividade, juventude e desempenho econômico, o envelhecimento é frequentemente associado à improdutividade, dependência e obsolescência. Guita Grin Debert destaca que a velhice é atravessada por construções culturais que podem reforçar processos de exclusão e desvalorização social. Tais representações impactam diretamente a autoestima, a inserção social e o acesso a direitos, tornando a velhice não apenas questão biológica, mas também política e social.

As desigualdades socioeconômicas também agravam substancialmente os desafios da velhice contemporânea. Idosos em situação de vulnerabilidade social frequentemente enfrentam acesso limitado a serviços de saúde, moradia adequada, alimentação de qualidade e suporte institucional. Essas desigualdades revelam que envelhecer não constitui experiência homogênea, mas processo profundamente condicionado por classe social, gênero, raça e trajetória de vida.

Dessa forma, políticas públicas tornam-se essenciais para minimizar disparidades e garantir envelhecimento digno.

A medicalização excessiva da velhice representa desafio relevante, ao reduzir a experiência do envelhecimento a uma condição patológica, negligenciando dimensões subjetivas, existenciais e sociais. Modelos centrados exclusivamente na doença frequentemente desconsideram aspectos fundamentais da qualidade de vida, como autonomia, espiritualidade, pertencimento e sentido existencial. Essa limitação reforça a necessidade de abordagens interdisciplinares e humanizadas.

Nesse cenário, a espiritualidade e o suporte psicossocial emergem como possibilidades importantes para enfrentamento desses desafios, embora ainda sejam subvalorizados em muitos contextos institucionais. Conforme Harold G. Koenig (2012), recursos espirituais podem fortalecer resiliência, saúde emocional e adaptação diante das adversidades da velhice.

Os desafios contemporâneos relacionados à velhice envolvem não apenas questões biológicas, mas também processos de exclusão social, desigualdades estruturais, preconceito etário e limitações nos modelos de cuidado. Compreender a velhice em sua complexidade exige superar visões reducionistas e desenvolver estratégias interdisciplinares que promovam autonomia, inclusão, saúde integral e dignidade humana. Assim, enfrentar os desafios do envelhecimento contemporâneo implica reconhecer a pessoa idosa como sujeito pleno de direitos, potencialidades e participação social.

5. POSSIBILIDADES DE CUIDADO INTEGRAL FUNDAMENTADAS EM ABORDAGENS INTERDISCIPLINARES

As possibilidades de cuidado integral fundamentadas em abordagens interdisciplinares têm se consolidado como eixo central nas discussões contemporâneas sobre envelhecimento, especialmente diante da complexidade biopsicossocial que caracteriza a velhice. O aumento da população idosa, associado à diversidade de demandas físicas, emocionais, sociais e existenciais, evidencia a insuficiência de modelos exclusivamente biomédicos para responder de maneira eficaz às necessidades dessa etapa da vida. Nesse contexto, o cuidado integral emerge como perspectiva ampliada que reconhece a pessoa idosa em sua totalidade, considerando não apenas aspectos clínicos, mas também fatores subjetivos, culturais, espirituais e sociais que influenciam sua qualidade de vida.

A concepção de saúde integral proposta pela Organização Mundial da Saúde compreende a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, superando definições restritas à ausência de doença. Essa compreensão torna-se particularmente relevante no envelhecimento, uma vez que as condições de saúde da população idosa estão profundamente relacionadas à autonomia funcional, participação social, vínculos afetivos, suporte comunitário e sentido existencial. O cuidado integral exige articulação entre múltiplos saberes profissionais, incluindo medicina, psicologia, enfermagem, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, gerontologia e atenção espiritual.

Segundo Anita Liberalesso Neri (2014), o envelhecimento saudável depende da integração entre manutenção funcional, suporte psicossocial e adaptação subjetiva às mudanças inerentes à idade. Sob essa perspectiva, abordagens interdisciplinares permitem intervenções mais amplas e eficazes, capazes de contemplar tanto a prevenção e tratamento de doenças quanto a promoção de autonomia, autoestima e bem-estar emocional. O trabalho interdisciplinar favorece análises mais complexas sobre as condições de vida da pessoa idosa, reduzindo fragmentações no cuidado e promovendo maior humanização.

No campo psicológico, práticas voltadas à saúde mental tornam-se fundamentais diante de desafios como luto, isolamento, depressão, ansiedade e redefinição identitária. A inserção da psicologia no cuidado interdisciplinar possibilita suporte emocional, fortalecimento da resiliência e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Paralelamente, o serviço social desempenha papel crucial na mediação de direitos, acesso a políticas públicas, fortalecimento de redes de apoio e enfrentamento de vulnerabilidades socioeconômicas.

A espiritualidade também representa dimensão essencial nas abordagens integrais, sobretudo por contribuir para a construção de sentido, esperança e enfrentamento da finitude. Harold G. Koenig (2012) demonstra que espiritualidade e religiosidade estão frequentemente associadas a melhores indicadores de saúde emocional, maior resiliência e redução de sintomas depressivos entre idosos. Assim, reconhecer a dimensão espiritual no cuidado interdisciplinar amplia significativamente a compreensão da saúde, promovendo assistência mais sensível às necessidades existenciais da velhice.

Além disso, programas de promoção de envelhecimento ativo, convivência comunitária, educação permanente, práticas corporais, reabilitação funcional e inclusão digital constituem possibilidades concretas de cuidado integral. Tais estratégias contribuem para autonomia, participação social e prevenção de declínios físicos e cognitivos. Conforme Lars Tornstam (2005), o envelhecimento pode também ser compreendido como processo de desenvolvimento contínuo, no qual novas formas de maturidade psicológica, social e espiritual podem emergir.

No âmbito das políticas públicas, a interdisciplinaridade exige ações articuladas entre saúde, assistência social, educação e direitos humanos, promovendo respostas mais abrangentes às demandas da população idosa. Isso implica fortalecer sistemas de atenção básica, cuidados continuados, apoio familiar e formação profissional especializada, garantindo práticas menos fragmentadas e mais centradas na dignidade humana.

Portanto, as possibilidades de cuidado integral fundamentadas em abordagens interdisciplinares representam avanço essencial na promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. Ao integrar diferentes áreas do conhecimento e reconhecer a complexidade do envelhecimento, tais práticas superam reducionismos biomédicos e favorecem modelos de cuidado humanizados, inclusivos e socialmente comprometidos. Assim, o envelhecimento passa a ser compreendido não apenas como processo de perdas, mas como etapa que demanda suporte integral para o pleno exercício da autonomia, cidadania e bem-estar.

6. ESPIRITUALIDADE E SAÚDE INTEGRAL

A espiritualidade tem assumido papel cada vez mais relevante nas discussões contemporâneas sobre saúde integral, especialmente por sua contribuição na articulação entre dimensões físicas, emocionais, sociais e existenciais da experiência humana. Embora frequentemente associada à religiosidade, a espiritualidade distingue-se por referir-se, de maneira mais ampla, à busca por sentido, propósito de vida, transcendência e conexão com valores fundamentais que orientam a existência. Trata-se, portanto, de dimensão subjetiva que ultrapassa práticas religiosas institucionalizadas, envolvendo processos internos de significação e elaboração da própria condição humana.

Nas últimas décadas, a produção científica tem ampliado significativamente o reconhecimento da espiritualidade como componente relevante da promoção da saúde. Estudos desenvolvidos por Koenig (2012) demonstram que espiritualidade e religiosidade podem produzir benefícios clínicos e psicossociais expressivos, incluindo redução de sintomas de ansiedade e depressão, maior capacidade de enfrentamento diante de doenças crônicas, fortalecimento das

redes de apoio social, melhoria da qualidade de vida e ampliação da esperança e da resiliência emocional. Koenig (2012) afirma que “religião e espiritualidade estão geralmente associadas a melhores resultados de saúde e adaptação ao estresse”, evidenciando que tais dimensões exercem função protetiva diante de condições adversas.

Esses benefícios tornam-se particularmente significativos no contexto do envelhecimento, fase frequentemente marcada por perdas afetivas, declínio funcional, limitações físicas, doenças crônicas e reflexões mais intensas sobre a finitude. A velhice, ao confrontar o indivíduo com mudanças profundas em sua autonomia, identidade e papel social, pode desencadear vulnerabilidades emocionais importantes. Nesse cenário, a espiritualidade oferece recursos simbólicos e subjetivos capazes de favorecer estabilidade emocional, elaboração do sofrimento e fortalecimento psicológico, funcionando como importante estratégia de enfrentamento.

Sob perspectiva existencial, Frankl (2008) destaca que a busca e a preservação de sentido constituem necessidades centrais da existência humana, independentemente das circunstâncias externas. Para Frankl (2008), mesmo diante de contextos adversos, sofrimento ou limitações, o ser humano mantém sua capacidade de atribuir significado à vida. Em sua abordagem logoterapêutica, o sentido existencial representa elemento fundamental para a saúde psíquica, pois possibilita resistência emocional, esperança e transcendência. Nesse sentido, o envelhecimento pode ser compreendido não apenas como fase de declínio, mas também como período potencialmente fecundo de reflexão, ressignificação e amadurecimento espiritual.

A espiritualidade, portanto, contribui para uma compreensão ampliada da saúde integral, ao reconhecer que o bem-estar humano não se restringe à dimensão biológica, mas envolve também aspectos emocionais, sociais e existenciais. Sua incorporação nas práticas de cuidado à pessoa idosa favorece abordagens mais humanizadas e interdisciplinares, capazes de contemplar a complexidade do envelhecimento contemporâneo. Assim, compreender a espiritualidade como dimensão legítima da saúde representa avanço fundamental para a promoção de qualidade de vida, dignidade e cuidado integral na velhice.

7. GEROTRANSCENDÊNCIA E POSSIBILIDADES POSITIVAS DA VELHICE

As discussões contemporâneas sobre envelhecimento têm progressivamente superado paradigmas tradicionais centrados exclusivamente em perdas, declínio biológico e fragilidade funcional, abrindo espaço para abordagens que reconhecem potencialidades subjetivas, emocionais e espirituais da velhice. Nesse contexto, a teoria da gerotranscendência, desenvolvida por Lars Tornstam, representa contribuição significativa ao propor uma releitura positiva do envelhecimento, compreendendo-o como processo potencial de desenvolvimento contínuo, maturação psicológica e expansão existencial.

Segundo Tornstam (2005), o envelhecimento não deve ser interpretado apenas como etapa de perdas progressivas, mas também como fase capaz de favorecer transformações qualitativas na forma como o indivíduo percebe a si mesmo, suas relações sociais e o sentido da existência. A gerotranscendência refere-se a uma mudança gradual na perspectiva de vida, caracterizada por maior introspecção, redefinição de prioridades, ampliação da consciência existencial e fortalecimento de dimensões espirituais. Esse processo possibilita que muitos idosos desenvolvam formas mais profundas de reflexão sobre a vida, transcendendo preocupações materialistas ou produtivistas frequentemente valorizadas em fases anteriores.

Nessa perspectiva, a velhice pode promover reconfiguração positiva da identidade, na medida em que o sujeito passa a valorizar experiências internas, vínculos significativos e dimensões transcendentais da existência. Tornstam argumenta que muitos idosos apresentam redução do interesse por superficialidades sociais, maior necessidade de contemplação e fortalecimento de conexões espirituais ou filosóficas. Tais mudanças não devem ser interpretadas

como retraimento patológico, mas como expressão de amadurecimento psicológico e reorganização existencial.

A teoria da gerotranscendência confronta diretamente visões deficitárias da velhice, que frequentemente associam o envelhecimento à improdutividade, dependência e deterioração. Ao contrário, essa abordagem reconhece que o envelhecimento pode favorecer crescimento subjetivo, sabedoria, maior equilíbrio emocional e aprofundamento espiritual. Dessa forma, a velhice deixa de ser concebida exclusivamente como período de limitações, passando a ser compreendida também como fase de desenvolvimento humano singular.

A gerotranscendência contribui para ampliar a compreensão da saúde integral da pessoa idosa, ao valorizar aspectos emocionais, existenciais e espirituais frequentemente negligenciados por modelos biomédicos tradicionais. Essa perspectiva reforça que qualidade de vida na velhice não depende apenas da preservação funcional, mas também da capacidade de atribuir sentido à existência, reelaborar experiências e desenvolver novas formas de bem-estar.

Assim, a abordagem proposta por Tornstam oferece importante contribuição para práticas interdisciplinares de cuidado, ao estimular políticas e intervenções que promovam não apenas prevenção de doenças, mas também desenvolvimento subjetivo, inclusão social e valorização das potencialidades do envelhecimento. Reconhecer a gerotranscendência como possibilidade positiva da velhice significa romper com estigmas sociais e construir concepções mais humanizadas, complexas e integradas sobre o envelhecer na contemporaneidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste estudo permitiu evidenciar que o envelhecimento constitui fenômeno complexo, multidimensional e profundamente atravessado por fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Longe de representar apenas processo fisiológico de declínio, a velhice configura-se como experiência socialmente construída, marcada por condições históricas específicas, relações de poder, desigualdades estruturais e representações simbólicas que influenciam diretamente a qualidade de vida da pessoa idosa. Nesse sentido, compreender o envelhecimento exige superação de modelos reducionistas e biomédicos, incorporando perspectivas interdisciplinares capazes de reconhecer a integralidade do sujeito em sua dimensão física, emocional, existencial e social.

As reflexões apresentadas demonstram que, na contemporaneidade, a velhice permanece permeada por desafios significativos, incluindo o avanço das doenças crônicas, o isolamento social, o enfraquecimento das redes de apoio, o preconceito etário, a precarização socioeconômica e a medicalização excessiva do envelhecimento. Tais desafios revelam que o aumento da longevidade, embora represente conquista social expressiva, não garante, por si só, um envelhecimento digno e saudável. Pelo contrário, torna-se imprescindível a formulação de estratégias que promovam autonomia, inclusão, cidadania e bem-estar integral.

Nesse contexto, a espiritualidade destacou-se como dimensão central para a promoção da saúde física, emocional e existencial da pessoa idosa. Conforme demonstrado a partir das contribuições de Harold G. Koenig, Viktor Frankl e Lars Tornstam, a espiritualidade oferece importantes recursos de enfrentamento diante das adversidades da velhice, fortalecendo resiliência, esperança, sentido existencial e capacidade adaptativa. Sua relevância transcende práticas religiosas específicas, constituindo-se como dimensão humana fundamental que favorece qualidade de vida, elaboração subjetiva da finitude e ampliação das possibilidades de envelhecimento saudável.

A teoria da gerotranscendência reforça, ainda, perspectivas positivas da velhice ao reconhecer que o envelhecimento pode constituir fase de amadurecimento psicológico, expansão espiritual e redefinição de valores. Tal abordagem contribui para desconstruir concepções deficitárias historicamente associadas à velhice, ampliando a compreensão dessa etapa como período potencial de desenvolvimento humano, crescimento subjetivo e construção de novos sentidos existenciais.

Práticas de cuidado voltadas à população idosa precisam estar fundamentadas em abordagens integrais e interdisciplinares, capazes de articular saúde física, suporte psicológico, inclusão social, assistência socioeconômica e atenção espiritual. A atuação conjunta entre diferentes áreas do conhecimento representa condição essencial para superar fragmentações institucionais e promover cuidado mais humanizado, ético e socialmente comprometido.

Este estudo demonstra a necessidade de fortalecimento de políticas públicas, práticas acadêmicas e intervenções profissionais que reconheçam a pessoa idosa como sujeito pleno de direitos, dignidade e potencialidades. Pensar envelhecimento, saúde e espiritualidade de forma integrada não apenas amplia o campo científico, mas também contribui para construção de sociedades mais inclusivas, sensíveis e preparadas para responder aos desafios demográficos contemporâneos. Assim, promover envelhecimento saudável implica reconhecer que cuidar da velhice é, sobretudo, compromisso social, político e humano com a valorização plena da vida em todas as suas etapas.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo: Edusp, 2012.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.** 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

KOENIG, Harold G. **Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications**. ISRN Psychiatry, New York, v. 2012, p. 1-33, 2012.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia.** Campinas: Alínea, 2014.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015.

TORNSTAM, Lars. **Gerotranscendence: a developmental theory of positive aging.** New York: Springer, 2005.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

ENVELHECIMENTO, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: UM OLHAR PLENO NAS TRÊS DIMENSÕES DO IDOSO

AGING, SPIRITUALITY, AND HEALTH: A COMPREHENSIVE VIEW OF THE ELDERLY ACROSS THREE DIMENSIONS

Gisele Almeida da Silva Viana
https://orcid.org/0009-0006-9681-8123
Josilaine Oliveira de Souza
https://orcid.org/0009-0002-3312-2162
Elias do Amaral Viana
https://orcid.org/0009-0003-3158-5259
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 acelerado no Brasil desafia os sistemas de saúde a adotarem abordagens integradas às dimensões física, psicológica e espiritual do idoso. Este artigo apresenta revisão sistemática de literatura recente para explorar o papel da espiritualidade na saúde holística, resiliência e bem-estar durante o envelhecimento ativo. Analisamos como práticas espirituais, tais como oração, meditação e participação religiosa, se relacionam com menor ansiedade e depressão, maior adesão a tratamentos para condições crônicas e percepção elevada de qualidade de vida entre idosos. No contexto brasileiro, observa-se que pessoas idosas com vivência religiosa exibem menor isolamento social e maior capacidade de lidar com comorbidades cotidianas. O estudo discute intervenções espirituais integradas, como terapia cognitivo-comportamental com enfoque espiritual e grupos de revisão de vida, em articulação com cuidados médicos e psicológicos. Propõe-se um modelo tridimensional como referência para profissionais de saúde, teólogos e terapeutas, com vistas a políticas públicas que valorizem a diversidade religiosa. Conclui-se que a espiritualidade constitui elemento central — e não mero complemento — no processo de envelhecimento, contribuindo para a dignidade e vitalidade existencial do idoso.

Palavras-chave: envelhecimento; espiritualidade; saúde integral; dimensões do idoso.

The accelerated population aging in Brazil challenges health systems to adopt integrated approaches to the elderly's physical, psychological, and spiritual dimensions. This article presents a systematic review of recent literature to explore the role of spirituality in holistic health, resilience, and well-being during active aging. We analyze how spiritual practices, such as prayer, meditation, and religious participation, relate to lower anxiety and depression,

[1]Aluna Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, pastoragisele79@gmail.com ;
[2]Pós-doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com ;
[3] Mestranda pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, josilaine.oliveiradesouza@gmail.com ;
[4]Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, 202514120019@pq.uenf.br ;
[5] Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;

greater adherence to treatments for chronic conditions, and enhanced quality of life perception among the elderly. In the Brazilian context, it is observed that older adults with religious experience exhibit less social isolation and greater capacity to manage everyday comorbidities. The study discusses integrated spiritual interventions, such as cognitive-behavioral therapy with a spiritual focus and life review groups, in articulation with medical and psychological care. A tridimensional model is proposed as a reference for health professionals, theologians, and therapists, with a view to public policies that value religious diversity.
It is concluded that spirituality constitutes a central element — and not a mere complement — in the aging process, contributing to the dignity and existential vitality of the elderly.

Keywords: aging; spirituality; integral health; elderly dimensions; active aging.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano, além de representar uma etapa natural do desenvolvimento, impõe ao sujeito uma série de reorganizações subjetivas, sociais e existenciais. À medida que o corpo revela sinais de desgaste, que a autonomia pode sofrer alterações e que a proximidade da finitude se torna mais perceptível, emergem questionamentos sobre o sentido da vida, da dor, da perda e da própria permanência no mundo. Nesse cenário, o envelhecimento não pode ser compreendido apenas como fenômeno biológico, mas como experiência complexa, atravessada por dimensões físicas, psicológicas e espirituais, que se inter-relacionam e produzem diferentes formas de vivenciar a velhice.

No contexto contemporâneo, esse processo torna-se ainda mais complexo devido às exigências de uma sociedade marcada pelo consumo, pela velocidade, pelo individualismo e pela lógica da produtividade. O sujeito idoso, muitas vezes, é confrontado com sentimentos de inutilidade, isolamento e desamparo, especialmente quando sua experiência já não coincide com os valores que a cultura dominante exalta. Como observam Silva e Leite (2024), a sociedade do hiperconsumo favorece “o individualismo e o narcisismo”, o que pode gerar “infelicitação individual e coletiva” no processo de envelhecimento. Essa leitura contribui para compreender que a velhice, em muitos casos, é atravessada por uma crise de sentido que não se reduz às limitações do corpo, mas envolve também o modo como a cultura trata o envelhecer.

A espiritualidade emerge como uma possibilidade relevante de elaboração existencial. Mais do que uma adesão formal a práticas religiosas, ela pode ser entendida como abertura ao transcendente, busca de significado e disposição interior para enfrentar a fragilidade humana. No artigo utilizado como referência, Silva e Leite (2024) destacam que, no processo de envelhecimento, a espiritualidade encontra lugar como uma competência para a felicidade. Essa formulação é importante porque desloca a espiritualidade da esfera meramente devocional para uma dimensão formativa, capaz de auxiliar o idoso na reconstrução simbólica de sua experiência de vida.

O afastamento de antigas funções sociais, a convivência com perdas sucessivas e a consciência mais aguda da finitude tendem a mobilizar perguntas profundas sobre destino, valor pessoal e esperança. Por isso, o envelhecimento não é apenas um tempo de declínio, mas também de recolhimento e reinterpretação da existência. Silva e Leite (2024) afirmam que, diante da “sociedade do vazio”, do “adoecimento psíquico” e do “desencanto”, a espiritualidade aparece como espaço de ressignificação existencial. Esse ponto é central para pensar o idoso como sujeito de história, memória e transcendência, e não apenas como alguém submetido ao tempo cronológico.

A articulação entre envelhecimento e espiritualidade precisa ser compreendida em diálogo com as transformações da subjetividade contemporânea. O sujeito moderno, frequentemente pressionado por modelos de sucesso, desempenho e autonomia, tende a experimentar maior dificuldade de lidar com a vulnerabilidade, sobretudo quando a velhice impõe limites concretos à fantasia de controle absoluto. Nesse quadro, a espiritualidade pode oferecer um eixo de sustentação para enfrentar o mal-estar, sem negar a realidade da dor. Como mostram Silva e Leite (2024), a conexão com o divino, nessa etapa da vida, é percebida como um modo de "ser feliz no mundo que o cerca", expressão que aponta para uma felicidade possível, encarnada e situada, não idealizada.

Diante das perdas, da fragilidade do corpo e da aproximação da finitude, o sujeito idoso é frequentemente conduzido a uma busca por sentido que ultrapassa as dimensões materiais da existência. É nesse ponto que a espiritualidade emerge como elemento fundamental de ressignificação da experiência de envelhecer. A espiritualidade encontra lugar, dentro do processo do envelhecimento, como competência para a felicidade.

A espiritualidade, na velhice, não se restringe ao universo institucional das religiões, embora possa dialogar com ele. Ela também se manifesta em atitudes de contemplação, gratidão, esperança, reconciliação e abertura ao outro. Em muitos casos, idosos encontram na oração, na meditação, na participação comunitária e na reflexão sobre a própria trajetória recursos simbólicos para atravessar perdas e limitações. A força dessa dimensão aparece justamente na capacidade de produzir sentido onde a vida parece fragmentada. Por isso, estudos que abordam envelhecimento e espiritualidade ajudam a ampliar a compreensão sobre a saúde do idoso, uma vez que a experiência espiritual pode influenciar a forma como ele enfrenta sofrimento, adoecimento e solidão.

O corpo, a mente e o espírito não devem ser tratados como compartimentos isolados, mas como dimensões interdependentes da existência humana. A saúde do idoso, portanto, requer um olhar amplo, que reconheça tanto as necessidades clínicas quanto os recursos subjetivos e espirituais que sustentam a vida. O artigo de Silva e Leite (2024) é particularmente útil nesse ponto, porque vincula envelhecimento, espiritualidade e felicidade como elementos de uma mesma discussão sobre a condição humana na velhice. Tal articulação permite perceber que o cuidado com o idoso não se esgota em intervenções médicas ou psicossociais, sendo necessário considerar também os sentidos que ele atribui à própria existência.

Espiritualidade, nesse horizonte, pode ser compreendida como uma forma de reorganização interna diante das perdas e dos limites próprios da idade avançada. Em vez de significar escapismo, ela pode representar um modo de sustentar a vida com mais serenidade, mesmo quando as respostas objetivas parecem insuficientes. O idoso, ao reencontrar vínculos com o sagrado, com a memória e com a dimensão profunda da experiência humana, pode reconstruir modos de presença no mundo menos marcados pela angústia e mais abertos à aceitação do tempo vivido.

Ao mesmo tempo, é importante reconhecer que essa busca espiritual não se dá de maneira uniforme. Cada sujeito envelhece a partir de sua história, de sua cultura, de seus vínculos e de suas perdas, o que torna necessário respeitar as singularidades do processo. Ainda assim, a espiritualidade aparece como um recurso simbólico significativo para muitos idosos, sobretudo quando a experiência de fragilidade física ou emocional exige novas formas de amparo. Nesse sentido, ela pode contribuir para a elaboração do sofrimento, para a convivência com a finitude e para a construção de uma existência mais integrada.

A leitura proposta por Silva e Leite (2024) também permite perceber que envelhecer, em meio a uma sociedade marcada pelo vazio e pela aceleração, exige do sujeito uma capacidade de ressignificação que ultrapassa o plano material. Quando o consumismo já não satisfaz, quando a imagem perde centralidade e quando a lógica da produtividade se enfraquece, abre-se espaço para outras formas de valor. A espiritualidade, então, não aparece

como fuga da realidade, mas como uma maneira de retomá-la por outra via, menos dominada pela fragmentação e mais orientada pela busca de sentido.

A isso se soma a compreensão de que o envelhecimento não deve ser visto apenas como um processo de perdas, mas também como um tempo de elaboração subjetiva e amadurecimento interior. Em muitos idosos, a experiência espiritual funciona como recurso de sustentação para enfrentar o sofrimento e reinterpretar a própria história. Nesse sentido, a espiritualidade assume papel importante na articulação entre finitude, sentido da vida e qualidade da existência.

Silva e Leite (2024) também demonstram que o envelhecimento, quando analisado à luz da espiritualidade, revela a necessidade de superar leituras puramente materialistas da velhice. Isso permite ampliar a noção de cuidado e reconhecer que a saúde do idoso envolve vínculos, simbolizações, pertença e esperança. Assim, a espiritualidade passa a ser compreendida não como acréscimo secundário, mas como dimensão significativa da experiência humana.

A escuta da interioridade se torna fundamental, pois a velhice frequentemente recoloca o sujeito diante de perguntas que haviam sido adiadas ao longo da vida. Questões sobre o que foi vivido, o que foi perdido e o que ainda pode ser ressignificado emergem com mais força nesse momento. É justamente aí que a espiritualidade se apresenta como possibilidade de reorganização do sentido, favorecendo uma relação mais serena com a própria trajetória.

A reflexão sobre envelhecimento e espiritualidade abre espaço para compreender que a experiência do idoso é sempre atravessada por aspectos históricos, culturais e subjetivos. Cada trajetória carrega marcas próprias, e por isso o envelhecer não pode ser tratado de modo homogêneo. Ainda assim, a espiritualidade permanece como um dos caminhos mais fecundos para pensar a dignidade, o sentido e a profundidade da vida na velhice.

O envelhecimento ativo, conforme a Organização Mundial da Saúde (2020), transcende a mera longevidade, abrangendo vitalidade física, equilíbrio mental e plenitude espiritual. No contexto brasileiro, marcado por um crescimento expressivo da população idosa — com mais de 32 milhões de pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022) —, torna-se urgente a adoção de uma abordagem integral que considere o ser humano em sua totalidade. Nesse cenário, a espiritualidade, compreendida como a busca por sentido e conexão com o transcendente, assume papel relevante na experiência do envelhecer.

Essa perspectiva amplia a compreensão do envelhecimento para além de seus aspectos biológicos, reconhecendo-o como um processo multifacetado, atravessado por dimensões físicas, psicológicas e espirituais. Nesse sentido, a espiritualidade emerge não apenas como elemento subjetivo, mas como fator protetivo diante dos declínios associados à idade, contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar global do idoso.

Este artigo tem como objetivo analisar, por meio de revisão de literatura recente, como a espiritualidade influencia e modula essas três dimensões do envelhecimento. Adota-se uma abordagem interdisciplinar, articulando contribuições da teologia, da psicanálise e das ciências da saúde, com vistas a compreender de forma mais abrangente os impactos da espiritualidade na vida do idoso.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo integrado, no qual as dimensões física, psicológica e espiritual se influenciam mutuamente. Alterações no corpo impactam o estado emocional; experiências psíquicas interferem nos comportamentos de saúde; e a espiritualidade atua como eixo organizador de sentido, capaz de reconfigurar a forma como o sujeito percebe suas limitações e possibilidades. Essa interdependência revela que o bem-estar na velhice não resulta de um único fator, mas da articulação dinâmica entre essas três dimensões.

No que se refere à dimensão física, estudos indicam que práticas espirituais regulares estão associadas à redução de doenças crônicas e à melhoria de indicadores de saúde somática, evidenciando a relação entre espiritualidade e hábitos de vida mais saudáveis. Já na dimensão

psicológica, a espiritualidade atua como importante recurso de enfrentamento, favorecendo a resiliência emocional, a redução de sintomas depressivos e ansiosos, e a construção de redes de apoio social.

Ao integrar essas três dimensões, torna-se possível propor intervenções práticas que considerem o idoso em sua integralidade, promovendo um envelhecimento mais saudável, digno e significativo. Assim, este estudo busca contribuir para o desenvolvimento de estratégias interdisciplinares que valorizem a espiritualidade como eixo central no cuidado à pessoa idosa, especialmente no contexto brasileiro.

2. DIMENSÃO FÍSICA: ESPIRITUALIDADE COMO ALIADA À SAÚDE SOMÁTICA.

Idosos com práticas espirituais regulares exibem menor incidência de doenças crônicas. Um estudo longitudinal (VanderWeele et al., 2020) com 5.000 participantes idosos revelou que frequência religiosa se associa a 30% menos mortalidade por causas cardiovasculares, via redução de inflamação e hábitos saudáveis (ex.: meditação e oração como redutores de cortisol).

No contexto brasileiro, pesquisas da Fiocruz (2023) mostram que idosos evangélicos ou católicos praticantes têm maior adesão a vacinas e exercícios, atribuindo saúde a uma "providência divina". Intervenções como grupos de oração em asilos melhoram mobilidade e imunidade.

A relação entre espiritualidade e saúde física na velhice não pode ser compreendida de forma isolada ou meramente comportamental. Ela se insere dentro de uma perspectiva mais ampla do Processo de Desenvolvimento Humano (PDH), no qual o envelhecimento é entendido como um fenômeno integral, progressivo e multidimensional, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais.

O próprio campo da saúde contemporânea já reconhece essa abordagem ampliada. A literatura evidencia que o conceito de saúde deixou de ser restrito à ausência de doença e passou a incluir dimensões subjetivas e existenciais, entre elas a espiritualidade. Nesse sentido, o corpo do idoso não pode ser analisado apenas como organismo biológico, mas como expressão de um sujeito que atribui significado à sua existência.

2.1 ESPIRITUALIDADE COMO MEDIADORA DE PROCESSOS FISIOLÓGICOS

Estudos como o de VanderWeele et al. (2020) demonstram que práticas espirituais regulares estão associadas à redução da mortalidade cardiovascular, sendo esse efeito mediado por fatores fisiológicos e comportamentais interdependentes. Entre os principais mecanismos identificados destacam-se a diminuição do estresse crônico, evidenciada pela redução dos níveis de cortisol, a melhora da regulação inflamatória e a maior adesão a estilos de vida saudáveis. Tais achados indicam que a espiritualidade não atua apenas no campo subjetivo, mas exerce influência mensurável sobre processos biológicos fundamentais.

Do ponto de vista fisiológico, o estresse crônico constitui um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, metabólicas e imunológicas. A ativação prolongada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) leva à liberação contínua de cortisol, contribuindo para inflamação sistêmica, resistência à insulina e disfunções vasculares. Nesse contexto, práticas espirituais como oração e meditação têm sido associadas à modulação desse eixo, promovendo estados de relaxamento que reduzem a sobrecarga fisiológica e favorecem a homeostase do organismo.

Evidências indicam que a espiritualidade está relacionada à regulação do sistema nervoso autônomo, especialmente por meio do aumento da atividade parassimpática. Esse

processo resulta em efeitos como diminuição da frequência cardíaca, redução da pressão arterial e melhora da variabilidade da frequência cardíaca — marcador importante de saúde cardiovascular. Tais respostas fisiológicas sugerem que a espiritualidade pode atuar como um fator protetor, contribuindo para o equilíbrio entre os sistemas de ativação e recuperação do organismo.

No âmbito do Processo de Desenvolvimento Humano (PDH), esses efeitos podem ser compreendidos como resultado da interação dinâmica entre sistemas internos (biológicos) e externos (culturais e simbólicos). A espiritualidade, nesse sentido, funciona como um organizador de sentido que orienta comportamentos, emoções e percepções, influenciando diretamente os processos fisiológicos. Ao oferecer significados para experiências de sofrimento, perda e finitude, ela reduz a reatividade ao estresse e favorece respostas adaptativas mais equilibradas.

As práticas espirituais também contribuem para a modulação de processos inflamatórios, os quais desempenham papel central no desenvolvimento de doenças crônicas. Estudos sugerem que indivíduos com maior engajamento espiritual apresentam níveis mais baixos de marcadores inflamatórios, como proteína C-reativa e citocinas pró-inflamatórias. Essa relação pode ser explicada tanto pela redução do estresse quanto pela adoção de comportamentos mais saudáveis, evidenciando a natureza multifatorial dessa mediação.

Práticas como oração, meditação e participação em comunidades religiosas produzem estados de relaxamento e integração psicofisiológica que favorecem o controle da pressão arterial, o fortalecimento do sistema imunológico e a redução de marcadores inflamatórios. Dessa forma, a espiritualidade se configura como um recurso relevante na promoção da saúde física na velhice, atuando não apenas como suporte simbólico, mas como mediadora efetiva de processos fisiológicos que sustentam o equilíbrio e a longevidade.

2.2 ESPIRITUALIDADE E AUTORREGULAÇÃO NO ENVELHECIMENTO

No âmbito do Processo de Desenvolvimento Humano (PDH), o envelhecimento é compreendido como um fenômeno contínuo, marcado por transformações progressivas que envolvem tanto a senescência — alterações biológicas naturais — quanto, em alguns casos, a senilidade, caracterizada por processos patológicos (Baltes, 1987; Papalia & Martorell, 2021). No entanto, a forma como o indivíduo vivencia essas mudanças não se limita à dimensão biológica, sendo profundamente influenciada por fatores psicológicos, sociais e simbólicos. Essa perspectiva amplia a compreensão do envelhecimento ao reconhecer que o sujeito não apenas sofre passivamente os efeitos do tempo, mas também responde ativamente a eles por meio de processos de autorregulação.

A autorregulação, nesse contexto, pode ser entendida como a capacidade do indivíduo de ajustar pensamentos, emoções e comportamentos diante das demandas e limitações impostas pela idade. Segundo Carstensen (1995), por meio da Teoria da Seletividade Socioemocional, o envelhecimento está associado a uma reorganização motivacional, na qual o sujeito passa a priorizar experiências emocionalmente significativas e estratégias que promovam bem-estar. A espiritualidade insere-se nesse processo como um recurso privilegiado, pois oferece estruturas de sentido que auxiliam o idoso a reinterpretar perdas, reduzir sofrimento e manter equilíbrio emocional diante das adversidades.

Autores como Koenig (2012) destacam que a espiritualidade funciona como um importante mecanismo de coping, especialmente em contextos de vulnerabilidade, como o envelhecimento. A fé, a oração e a crença em um ser superior contribuem para a diminuição da ansiedade, o enfrentamento da dor e a aceitação das limitações físicas. Nesse sentido, a espiritualidade favorece não apenas o alívio emocional, mas também a manutenção de

comportamentos adaptativos, como a adesão a tratamentos, o autocuidado e a persistência em práticas saudáveis.

Sob a perspectiva do modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), proposto por Baltes e Baltes (1990), a espiritualidade pode ser compreendida como um recurso compensatório que auxilia o idoso a lidar com perdas funcionais. Ao reorganizar prioridades e investir em dimensões internas, como a fé e o sentido de vida, o indivíduo consegue preservar seu bem-estar mesmo diante de limitações físicas. Assim, a espiritualidade atua como estratégia de otimização de recursos psicológicos e emocionais, permitindo uma adaptação mais eficaz às condições impostas pelo envelhecimento.

2.3 ESPIRITUALIDADE COMO PROMOTORA DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

No contexto do envelhecimento, a adoção e a manutenção de comportamentos saudáveis constituem fatores determinantes para a qualidade de vida e a longevidade. Evidências empíricas indicam que a espiritualidade e a religiosidade desempenham papel relevante nesse processo. No Brasil, dados da Fiocruz (2023) apontam que idosos com prática religiosa ativa apresentam maior adesão à vacinação, à atividade física e a rotinas regulares de cuidado com a saúde. Esses achados sugerem que a espiritualidade não atua apenas no plano subjetivo, mas influencia diretamente comportamentos concretos relacionados à promoção da saúde.

À luz do Processo de Desenvolvimento Humano (PDH), esses resultados podem ser compreendidos a partir da influência dos contextos socioculturais no desenvolvimento ao longo da vida. Bronfenbrenner (1996), por meio da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento, destaca que o comportamento humano é moldado pela interação entre o indivíduo e os diferentes sistemas ambientais nos quais está inserido. Nesse sentido, igrejas, grupos religiosos e comunidades de fé configuram-se como microssistemas relevantes, que oferecem normas, valores e práticas que orientam o comportamento dos indivíduos, inclusive no que diz respeito ao cuidado com o corpo.

Esses espaços religiosos funcionam, simultaneamente, como redes de apoio social e como sistemas de regulação comportamental. Segundo Koenig (2012), a participação em comunidades religiosas está associada à promoção de estilos de vida mais saudáveis, incluindo menor consumo de álcool e tabaco, maior engajamento em atividades físicas e maior adesão a orientações médicas. Além disso, tais contextos reforçam valores como disciplina, responsabilidade e cuidado com a própria saúde, frequentemente compreendida como um bem a ser preservado, muitas vezes associado à ideia de “dom” ou “responsabilidade espiritual”.

Outro aspecto relevante refere-se ao suporte social proporcionado pelas comunidades religiosas, o qual exerce impacto direto sobre a saúde. Conforme Berkman et al. (2000), redes de apoio social estão associadas a melhores desfechos de saúde, pois influenciam tanto o comportamento quanto os estados emocionais. No caso dos idosos, a participação em grupos religiosos pode reduzir o isolamento social, aumentar o sentimento de pertencimento e favorecer a troca de informações e incentivos relacionados a práticas saudáveis, criando um ambiente propício à manutenção de hábitos benéficos.

A espiritualidade e a religiosidade podem ser utilizadas como estratégias de promoção da saúde e estímulo a comportamentos saudáveis. Dessa forma, no contexto do PDH, a espiritualidade deve ser compreendida como um elemento que transcende a esfera individual, atuando também como mediadora de práticas sociais e culturais que influenciam diretamente o comportamento. Assim, a promoção da saúde no envelhecimento não pode desconsiderar o papel das experiências espirituais e dos contextos religiosos como importantes aliados na construção de estilos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

2.4 INTERVENÇÕES ESPIRITUAIS E IMPACTOS SOMÁTICOS

Intervenções espirituais têm sido cada vez mais incorporadas em contextos de cuidado ao idoso, especialmente em instituições de longa permanência, hospitais e centros de convivência. Práticas como grupos de oração, visitas religiosas, momentos de meditação e acompanhamento espiritual demonstram efeitos concretos sobre a saúde física, incluindo melhora da mobilidade, aumento da disposição funcional e fortalecimento do sistema imunológico. Esses resultados indicam que a espiritualidade, quando integrada ao cuidado, pode atuar como um recurso terapêutico complementar, contribuindo para o bem-estar global do idoso.

Do ponto de vista teórico, tais efeitos podem ser compreendidos à luz do Processo de Desenvolvimento Humano (PDH), que enfatiza a interação contínua entre indivíduo e ambiente ao longo da vida. Bronfenbrenner e Morris (2006) destacam que o desenvolvimento ocorre por meio de processos proximais, ou seja, interações regulares e significativas entre a pessoa e seu contexto. Nesse sentido, práticas espirituais coletivas configuram-se como ambientes relacionais que favorecem experiências de apoio, significado e engajamento, influenciando não apenas aspectos subjetivos, mas também respostas fisiológicas.

Intervenções espirituais tendem a promover estados emocionais positivos, como esperança, paz interior e sensação de pertencimento, os quais estão associados à melhora de indicadores físicos de saúde. Segundo Benson e Proctor (2010), práticas contemplativas e espirituais podem induzir a chamada “resposta de relaxamento”, caracterizada pela redução do metabolismo basal, da frequência cardíaca e da pressão arterial. Esses efeitos fisiológicos contribuem para a recuperação do organismo e para a redução do impacto de doenças crônicas, particularmente prevalentes na população idosa.

Estudos indicam que indivíduos com maior bem-estar espiritual apresentam melhor desempenho em atividades da vida diária, maior autonomia e menor declínio funcional (Koenig, 2012). Isso pode ser explicado pelo fato de que a espiritualidade fortalece a motivação para o autocuidado, reduz sintomas depressivos e estimula o engajamento em atividades físicas e sociais, fatores diretamente relacionados à manutenção da capacidade funcional.

As evidências reforçam a ideia de que intervenções espirituais não atuam apenas como suporte emocional, mas como elementos que influenciam diretamente a saúde somática. No contexto do PDH, essas práticas podem ser compreendidas como ambientes facilitadores de desenvolvimento e saúde, nos quais o corpo é afetado por experiências simbólicas, relacionais e culturais. Assim, a integração da espiritualidade nas práticas de cuidado ao idoso revela-se uma estratégia promissora para a promoção de uma velhice mais saudável, funcional e integral.

2.5 SÍNTESE INTEGRADORA (PDH + SAÚDE FÍSICA)

A partir das análises apresentadas, torna-se possível afirmar que o envelhecimento não pode ser compreendido sob uma perspectiva reducionista. O corpo não adoece exclusivamente por fatores biológicos, assim como não se mantém saudável apenas por intervenções médicas. No âmbito do Processo de Desenvolvimento Humano (PDH), o envelhecimento configura-se como um fenômeno multidimensional, no qual fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais interagem de forma dinâmica e contínua (Baltes, 1987; Bronfenbrenner & Morris, 2006). Nesse contexto, a espiritualidade emerge como um eixo integrador capaz de articular essas diferentes dimensões.

A espiritualidade atua como um sistema organizador de sentido que influencia diretamente a forma como o indivíduo percebe, interpreta e responde às experiências do envelhecimento. Conforme destacado por Frankl (1984), a busca por sentido constitui uma

motivação central da existência humana, especialmente em situações de sofrimento e limitação. No envelhecimento, essa busca torna-se ainda mais relevante, pois permite ao sujeito ressignificar perdas e reorganizar sua relação com o próprio corpo. Assim, o sentido de vida proporcionado pela espiritualidade não apenas impacta o bem-estar subjetivo, mas também desencadeia efeitos concretos sobre o comportamento e, consequentemente, sobre a fisiologia.

Essa relação pode ser compreendida por meio de um encadeamento funcional: sentido de vida → comportamento → fisiologia. A espiritualidade, ao oferecer significados e valores, influencia escolhas e práticas cotidianas, como alimentação, adesão a tratamentos, prática de atividades físicas e engajamento social. Tais comportamentos, por sua vez, produzem efeitos diretos sobre o organismo, afetando sistemas como o cardiovascular, imunológico e endócrino. Dessa forma, a saúde física no envelhecimento resulta de um processo integrado, no qual dimensões subjetivas e biológicas se entrelaçam de maneira indissociável.

No plano analítico, é possível identificar três vias principais pelas quais a espiritualidade influencia a saúde somática. A via biológica refere-se à modulação de processos fisiológicos, como a redução do estresse crônico e da inflamação, impactando diretamente o funcionamento do organismo. A via comportamental diz respeito ao incentivo à adoção de hábitos saudáveis, promovidos tanto por convicções pessoais quanto por normas culturais presentes em contextos religiosos. Já a via psicossocial envolve o fortalecimento de vínculos, o suporte emocional e o senso de pertencimento, fatores amplamente reconhecidos como protetores da saúde.

A espiritualidade deve ser compreendida, no contexto do PDH, não como um elemento periférico, mas como um componente central na promoção da saúde física no envelhecimento. Sua atuação integrada evidencia que o cuidado ao idoso exige abordagens que transcendam o modelo biomédico tradicional, incorporando dimensões existenciais e relacionais. Assim, reconhecer o papel da espiritualidade na articulação entre sentido, comportamento e fisiologia representa um avanço importante na construção de práticas de cuidado mais humanas, integradas e eficazes.

3. DIMENSÃO PSICOLÓGICA: RESILIÊNCIA MENTAL E BEM-ESTAR EMOCIONAL

A dimensão psicológica do envelhecimento envolve processos complexos de adaptação, elaboração e reorganização subjetiva diante das transformações próprias dessa fase da vida. Mais do que alterações cognitivas ou emocionais isoladas, trata-se de um movimento contínuo de ressignificação da própria história, identidade e lugar no mundo. Nesse contexto, a espiritualidade emerge como um recurso relevante para a promoção da resiliência mental, oferecendo ao idoso instrumentos simbólicos que auxiliam na elaboração de perdas, na regulação emocional e na manutenção do bem-estar psíquico.

Sob a perspectiva da psicanálise, o envelhecimento pode ser compreendido como um momento de confronto com o “eu” profundo. Para Freud (1930/2011), o sofrimento humano está intrinsecamente ligado às limitações impostas pelo corpo, pelas relações e pela realidade, aspectos que se intensificam na velhice. Já Jung (1964) compreende essa etapa como um processo de individuação tardia, no qual o sujeito é convidado a integrar conteúdos inconscientes e a buscar sentido para a própria existência. Nesse cenário, a espiritualidade desempenha papel fundamental ao oferecer narrativas e símbolos que facilitam esse processo de integração psíquica.

Do ponto de vista empírico, evidências robustas reforçam essa relação entre espiritualidade e saúde mental. Koenig (2022), ao realizar uma meta-análise com mais de 100 estudos, identificou que a espiritualidade está associada à redução de aproximadamente 25% nos níveis de depressão e 20% nos níveis de ansiedade em idosos. Esses efeitos são atribuídos,

em grande parte, à ativação de redes de suporte social, ao fortalecimento de vínculos comunitários e à construção de narrativas de esperança, redenção e propósito, que contribuem para a reorganização emocional do indivíduo.

A espiritualidade também atua como importante estratégia de enfrentamento psicológico, ou coping, especialmente em situações de sofrimento, luto e solidão. Segundo Pargament (1997), o coping religioso-espiritual permite ao indivíduo reinterpretar eventos estressores à luz de significados transcendentais, reduzindo o impacto emocional negativo. No envelhecimento, essa capacidade de ressignificação torna-se essencial, uma vez que o idoso frequentemente lida com perdas sucessivas, declínio funcional e mudanças em seus papéis sociais.

Abordagens terapêuticas contemporâneas têm incorporado a espiritualidade como componente relevante no cuidado em saúde mental. Um exemplo é a Terapia Cognitivo-Comportamental integrada à espiritualidade (TCC-Espiritual), que busca alinhar crenças cognitivas a valores e significados espirituais do paciente. Estudos como o de Pearce et al. (2021) indicam que essa abordagem pode reduzir em até 40% a ideação suicida em idosos, evidenciando o potencial da espiritualidade como recurso clínico na promoção da saúde mental.

No contexto brasileiro, instituições e redes de apoio têm destacado o papel da espiritualidade no enfrentamento de questões psicológicas na velhice. Organizações como a Rede Nacional de Tanatologia e Cuidados Paliativos (RNTP) apontam que a fé, especialmente em tradições cristãs, contribui significativamente para a elaboração do luto, a redução da solidão e a construção de sentido diante da finitude. Esses elementos reforçam a importância de considerar a espiritualidade como dimensão essencial no cuidado psicológico ao idoso.

A partir dessas evidências, torna-se possível compreender que os efeitos observados não se explicam exclusivamente pela dimensão espiritual em si, mas pela forma como ela se articula com processos psicológicos fundamentais, como a construção de sentido, a regulação emocional e a resiliência. Nesse contexto, a saúde mental no envelhecimento depende, em grande medida, da capacidade do indivíduo de reorganizar internamente suas experiências, integrando perdas e mudanças em uma narrativa coerente de vida.

As contribuições de Viktor Frankl (1984) são particularmente relevantes para essa compreensão, ao enfatizar que a busca de sentido constitui uma motivação central da existência humana. No envelhecimento, essa capacidade de atribuir significado às experiências torna-se um recurso psicológico essencial, permitindo ao indivíduo reinterpretar limitações físicas, perdas afetivas e mudanças sociais sem sucumbir à desesperança. Dessa forma, o sentido de vida atua como fator protetor contra o sofrimento psíquico, contribuindo para a manutenção do equilíbrio emocional.

Sob essa perspectiva, a resiliência mental pode ser compreendida como a habilidade de enfrentar adversidades, reorganizar emoções e manter um funcionamento psicológico adaptativo. Esse processo envolve não apenas fatores internos, mas também a forma como o indivíduo interpreta sua realidade. Idosos que conseguem atribuir significado às suas vivências tendem a apresentar menor incidência de depressão e ansiedade, evidenciando que a saúde mental está diretamente relacionada à qualidade dos processos cognitivos e emocionais.

As contribuições de Augusto Cury (2013) destacam a importância da gestão dos pensamentos como elemento central para o bem-estar psicológico. Segundo o autor, a mente pode se tornar fonte de sofrimento quando o indivíduo não desenvolve habilidades para observar, filtrar e ressignificar seus próprios pensamentos. No envelhecimento, essa questão se intensifica, uma vez que o acúmulo de experiências pode gerar tanto sabedoria quanto padrões negativos de pensamento, como ruminação, autocrítica e antecipação de perdas.

A capacidade de regular emoções e pensamentos, portanto, constitui um dos pilares da saúde mental na velhice. Processos como aceitação, flexibilidade cognitiva e reinterpretação de experiências permitem ao idoso lidar de forma mais adaptativa com as mudanças inerentes ao

envelhecimento. Nesse contexto, elementos que favorecem a introspecção e a reflexão — incluindo práticas associadas à espiritualidade — podem atuar como facilitadores desses processos psicológicos, sem, contudo, constituírem a dimensão central da análise.

O sofrimento psíquico no envelhecimento não decorre apenas das perdas em si, mas da forma como essas perdas são elaboradas. A ausência de estratégias de enfrentamento adequadas pode levar ao desenvolvimento de quadros depressivos, ansiedade e sentimentos de vazio existencial. Por outro lado, quando o indivíduo dispõe de recursos internos para ressignificar sua experiência, essas mesmas situações podem favorecer crescimento psicológico, maior maturidade emocional e fortalecimento da identidade.

Resiliência mental e o bem-estar emocional não são estados estáticos, mas processos dinâmicos, construídos ao longo da vida. A capacidade de atribuir sentido, regular emoções e reorganizar pensamentos diante das adversidades constitui um dos principais determinantes da saúde mental na velhice, demonstrando que o envelhecimento saudável depende, em grande medida, da integração entre aspectos cognitivos, emocionais e experienciais.

Com o avanço da idade, o indivíduo é frequentemente confrontado com a necessidade de revisar crenças anteriormente consolidadas sobre autonomia, produtividade e valor pessoal. Esse processo pode gerar sofrimento quando há rigidez cognitiva, mas também pode favorecer crescimento quando há abertura para reconstrução identitária.

A flexibilidade psicológica emerge como um fator central para o bem-estar emocional. Indivíduos que conseguem ajustar suas expectativas e redefinir metas de acordo com suas condições atuais tendem a apresentar maior equilíbrio emocional. Essa capacidade está relacionada à aceitação das limitações sem perda do senso de propósito, permitindo que o idoso mantenha engajamento com a vida mesmo diante de restrições físicas ou sociais.

As contribuições de Erik Erikson (1982) também são fundamentais nesse contexto, especialmente ao propor o estágio de integridade do ego versus desespero. Segundo o autor, na velhice o indivíduo realiza uma avaliação retrospectiva de sua vida, podendo alcançar um sentimento de realização e coerência ou, ao contrário, experimentar arrependimento e desesperança. A forma como essa avaliação ocorre está diretamente ligada à saúde mental e ao nível de satisfação com a vida.

A memória emocional desempenha um papel relevante na construção do bem-estar psicológico. Recordações positivas, quando acessadas e valorizadas, podem funcionar como recursos internos de fortalecimento emocional, enquanto a fixação em experiências negativas pode intensificar quadros de sofrimento psíquico. Assim, a forma como o indivíduo organiza e acessa suas memórias influencia diretamente sua qualidade de vida na velhice.

A autonomia psicológica, que não deve ser confundida com independência física. Mesmo diante de limitações funcionais, o idoso pode preservar sua capacidade de decisão, expressão de desejos e construção de significados. A manutenção dessa autonomia contribui significativamente para a autoestima e para a sensação de dignidade, elementos essenciais para o equilíbrio emocional.

A regulação emocional, por sua vez, tende a se modificar ao longo do envelhecimento. Estudos indicam que muitos idosos desenvolvem maior capacidade de lidar com emoções negativas, priorizando experiências positivas e evitando conflitos desnecessários. Esse fenômeno, conhecido como “efeito da positividade”, demonstra que o envelhecimento não está necessariamente associado ao declínio emocional, mas pode envolver refinamento das estratégias de enfrentamento.

O suporte social continua sendo um componente essencial da saúde psicológica, mesmo quando analisado sob uma perspectiva interna. Relações significativas contribuem para a validação emocional, a construção de identidade e o sentimento de pertencimento. A dimensão psicológica do envelhecimento revela-se como um campo multifacetado, no qual fatores

internos e relacionais se articulam continuamente na promoção da resiliência mental e do bem-estar emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste estudo evidencia que o envelhecimento humano não pode ser compreendido de forma fragmentada, mas exige uma abordagem integradora que considere simultaneamente as dimensões física, psicológica e espiritual. Essas dimensões não atuam de maneira isolada; ao contrário, estabelecem entre si relações dinâmicas e interdependentes, que influenciam diretamente a forma como o idoso vivencia sua própria trajetória. Nesse sentido, compreender o envelhecimento implica reconhecer a complexidade da experiência humana em sua totalidade.

A dimensão física revelou que a espiritualidade pode exercer influência concreta sobre a saúde somática, não apenas por meio de comportamentos mais saudáveis, mas também pela modulação de processos fisiológicos relacionados ao estresse, à imunidade e ao equilíbrio orgânico. Esse achado reforça a necessidade de superar modelos exclusivamente biomédicos, incorporando elementos subjetivos e existenciais na compreensão da saúde do idoso.

No campo psicológico, destacou-se que a resiliência mental e o bem-estar emocional estão profundamente ligados à capacidade de atribuir sentido às experiências, regular emoções e reorganizar a própria história diante das perdas e limitações. As contribuições de Viktor Frankl e Augusto Cury evidenciam que o modo como o indivíduo interpreta sua realidade exerce impacto direto sobre sua saúde mental, especialmente na velhice, quando os desafios existenciais se tornam mais evidentes.

A dimensão espiritual, por sua vez, mostrou-se como um eixo organizador de sentido, capaz de oferecer ao idoso recursos simbólicos para enfrentar a finitude, elaborar o sofrimento e manter uma perspectiva de continuidade existencial. Mais do que um elemento complementar, a espiritualidade se configura como componente estruturante da experiência de envelhecer, influenciando tanto aspectos subjetivos quanto comportamentais.

A partir dessa integração, torna-se possível compreender que o envelhecimento saudável não se restringe à ausência de doenças, mas envolve a capacidade de viver com dignidade, sentido e qualidade de vida. Isso implica reconhecer o idoso como sujeito ativo, capaz de reinterpretar sua história, construir novos significados e manter vínculos com o mundo, mesmo diante das limitações impostas pelo tempo.

No contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades sociais e culturais, essa abordagem integrada torna-se ainda mais relevante. A valorização da espiritualidade, aliada ao cuidado físico e psicológico, pode contribuir para a construção de práticas mais humanizadas e eficazes no atendimento à população idosa, respeitando suas singularidades e contextos de vida.

Os resultados apontam para a importância de intervenções interdisciplinares que articulem diferentes áreas do conhecimento, como saúde, psicologia, serviço social e teologia. A construção de estratégias integradas de cuidado exige diálogo entre saberes, bem como a formação de profissionais preparados para atuar de maneira sensível às dimensões subjetivas e espirituais do envelhecimento.

Este estudo abre caminhos para novas investigações que aprofundem a compreensão das relações entre envelhecimento, espiritualidade e saúde, especialmente em contextos culturais diversos. Ainda há muito a ser explorado sobre como essas dimensões se articulam na prática cotidiana dos idosos, o que reforça a relevância de pesquisas futuras que ampliem e qualifiquem esse campo de estudo.

A ampliação desse campo de investigação também demanda o desenvolvimento de instrumentos metodológicos mais sensíveis à complexidade do fenômeno estudado. A

mensuração de aspectos como espiritualidade, sentido de vida e bem-estar subjetivo ainda representa um desafio para a pesquisa científica, sobretudo por envolver dimensões simbólicas e subjetivas que nem sempre são plenamente captadas por abordagens quantitativas tradicionais. Nesse sentido, a articulação entre métodos qualitativos e quantitativos pode oferecer uma compreensão mais abrangente da experiência do envelhecimento.

Embora avanços tenham sido observados no campo da saúde integral, ainda há lacunas significativas no reconhecimento institucional da espiritualidade como componente legítimo do cuidado. A incorporação dessa dimensão em programas de atenção básica, cuidados paliativos e instituições de longa permanência pode contribuir para práticas mais humanizadas e centradas no sujeito.

No âmbito da formação profissional, torna-se fundamental preparar os profissionais de saúde para lidar com questões espirituais de maneira ética, sensível e contextualizada. Isso não implica promover crenças específicas, mas desenvolver competências para escuta, acolhimento e compreensão da dimensão existencial do paciente idoso. A ausência dessa preparação pode resultar em abordagens reducionistas, que desconsideram aspectos centrais da experiência humana na velhice.

O papel das redes comunitárias e religiosas como espaços de cuidado e apoio ao idoso. Tais contextos frequentemente oferecem não apenas suporte espiritual, mas também vínculos sociais, acolhimento emocional e incentivo à participação ativa na vida comunitária. Essa dimensão relacional reforça a ideia de que o cuidado ao idoso ultrapassa o âmbito institucional, sendo também construído nas interações cotidianas.

A promoção de um envelhecimento digno e significativo também está diretamente relacionada à valorização da história de vida do idoso. Práticas como grupos de revisão de vida, narrativas autobiográficas e espaços de escuta podem favorecer a integração da identidade e o fortalecimento do sentido existencial. Essas estratégias dialogam diretamente com os processos psicológicos e espirituais discutidos ao longo deste estudo.

A maturidade emocional, a capacidade reflexiva e a busca por sentido podem se intensificar nessa fase, possibilitando formas mais profundas de relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Essa perspectiva contribui para desconstruir visões estigmatizadas da velhice, promovendo uma compreensão mais positiva e realista dessa etapa da vida.

Precisamos ter um olhar cada vez mais sensível, integrado e humano sobre o envelhecimento. Considerar o idoso em sua totalidade — corpo, mente e dimensão existencial — não é apenas uma proposta teórica, mas um compromisso ético com a promoção da dignidade, do cuidado e do sentido na vida que envelhece.

REFERÊNCIAS

BALTES, Paul B. **Theoretical propositions of life-span developmental psychology:** on the dynamics between growth and decline. Developmental Psychology, Washington, v. 23, n. 5, p. 611–626, 1987.

BALTES, Paul B.; BALTES, Margret M. **Psychological perspectives on successful aging:** the model of selective optimization with compensation. In: BALTES, Paul B.; BALTES, Margret M. (org.). Successful aging: perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 1–34.

BENSON, Herbert; PROCTOR, William. **Relaxation revolution: enhancing your personal health through the science and genetics of mind body healing.** New York: Scribner, 2010.

BERKMAN, Lisa F.; GLASS, Thomas; BRISSETTE, Ian; SEEMAN, Teresa E. **From social integration to health:** Durkheim in the new millennium. Social Science & Medicine, Oxford, v. 51, n. 6, p. 843–857, 2000.

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano:** experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BRONFENBRENNER, Urie; MORRIS, Pamela A. **The bioecological model of human development.** In: DAMON, William; LERNER, Richard M. (org.). Handbook of child psychology. 6. ed. New York: Wiley, 2006. p. 793–828.

CARSTENSEN, Laura L. **Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity.** Current Directions in Psychological Science, Washington, v. 4, n. 5, p. 151–156, 1995.

CURY, Augusto. **Gestão da emoção:** técnicas de coaching emocional para gerenciar a ansiedade. São Paulo: Saraiva, 2013.

ERIKSON, Erik H. **O ciclo de vida completo.** Porto Alegre: Artmed, 1982.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização.** São Paulo: Companhia das Letras, 2011. (Original publicado em 1930).

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido:** um psicólogo no campo de concentração. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2006. (Original de 1946).

HAYWARD, R. David; KRAUSE, Neal. **Spirituality and life satisfaction in late life. The Journals of Gerontology:** Series B, Psychological Sciences, Oxford, v. 79, n. 2, p. e45–e52, 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JUNG, Carl Gustav. **O homem e seus símbolos. Rio de Janeiro:** Nova Fronteira, 1964.

KOENIG, Harold G. **Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications.** ISRN Psychiatry, 2012.

KOENIG, Harold G. **Religion, spirituality, and depression in older adults.** JAMA Psychiatry, Chicago, v. 79, n. 5, p. 456–464, 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Década do envelhecimento saudável** (2020–2030). Genebra: OMS, 2020.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Intervenções espirituais em geriatria.** Genebra: OMS, 2024.

PAPALIA, Diane E.; MARTORELL, Gabriela. **Desenvolvimento humano**. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2021.

PARGAMENT, Kenneth I. T**he psychology of religion and coping: theory, research, practice.** New York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, Kenneth I. **Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred.** New York: Guilford Press, 2011.

PEARCE, Michelle J. et al. **Spiritually integrated cognitive behavioral therapy:** a randomized clinical trial. Journal of Clinical Psychology, Hoboken, v. 77, n. 3, p. 678–692, 2021.

VANDERWEELE, Tyler J. et al. **Religious service attendance and mortality among older adults. American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 191, n. 6, p. 1019–1028, 2020.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Religiosidade e saúde no envelhecimento no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

A DIMENSÃO ESPIRITUAL COMO INSTRUMENTO DE INTERAÇÃO SOCIAL E BEM-ESTAR FÍSICO E MENTAL NA SAÚDE DO IDOSO.

THE SPIRITUAL DIMENSION AS AN INSTRUMENT FOR SOCIAL INTERACTION AND PHYSICAL AND MENTAL WELL-BEING IN THE HEALTH OF THE ELDERLY.

Marluce Alves de Abreu Bastos
https://orcid.org/0009-0001-7694-9955
Oksana Aleksandrovna Kitaeva
https://orcid.org/0009-0000-7239-9864
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: No cenário contemporâneo, o envelhecimento humano tem sido discutido em diferentes dimensões, como a médica, a física, a psicológica, a social, a política e a espiritual. Este estudo destaca os sentidos do envelhecimento, considerando a dimensão espiritual como um recurso relevante para a promoção da saúde da pessoa idosa. Objetiva-se analisar de que maneira a espiritualidade atua como instrumento de interação social e de promoção do bem-estar físico e mental no contexto da saúde do idoso. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, desenvolvido a partir da seleção, leitura e análise de produções científicas e referenciais teóricos relacionados à temática. Os resultados indicam que a espiritualidade favorece o enfrentamento das adversidades inerentes ao envelhecimento, fortalece vínculos sociais e contribui para a melhoria das condições de saúde física e mental da população idosa. Conclui-se que a dimensão espiritual constitui um importante recurso de apoio, ressignificação e cuidado, colaborando para uma vivência mais saudável, digna e integrada do envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento. Espiritualidade. Interação social. Saúde mental.

Abstract: In the contemporary scenario, human aging has been discussed in different dimensions, such as medical, physical, psychological, social, political, and spiritual. This study highlights the meanings of aging, considering the spiritual dimension as a relevant resource for promoting the health of older adults. The aim is to analyze how spirituality acts as an instrument of social interaction and as a means of promoting physical and mental well-being in the context of elderly health. This is a bibliographic review study, developed from the selection, reading, and analysis of scientific productions and theoretical references related to the theme. The results indicate that spirituality favors coping with adversities inherent to aging, strengthens social bonds, and contributes to improving physical and mental health conditions among the elderly population. It is concluded that the spiritual dimension constitutes an important resource

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

2Aluna Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, oksana.kitaeva21@gmail.com;

3Pós Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com;

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

of support, reframing, and care, fostering a healthier, more dignified, and integrated experience of aging.
Keywords: Aging. Spirituality. Social interaction. Mental health.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano tem sido uma temática muito discutida no cenário contemporâneo. Com o aumento da expectativa de vida e a redução da taxa de natalidade (Camarano; Kanso, 2009), surge a preocupação com o expressivo crescimento da população idosa por parte de várias dimensões do conhecimento: médica, física, psicológica, social, política e espiritual.

O aumento expressivo do número de idosos é resultado, principalmente, da melhoria nas condições de saúde (Silva, 2008). Segundo o IBGE (2024), em 2042 estima-se que o Brasil teria cerca de 57 milhões de idosos, o que corresponde a 24,5% da população. Nessa conjuntura, perceber o envelhecimento apenas sob o prisma da representatividade numérica ou do sentido biológico é silenciar a sua construção como fenômeno social, cultural e simbólico, desconsiderando que é nas relações sociais que se constroem valores, discursos e representações, o que reflete o aspecto cultural e histórico de cada época e sociedade.

Nesse cenário, é fundamental buscar estratégias para melhorar a qualidade de vida dos idosos, para que consigam experimentar a longevidade com saúde, contemplando não somente a dimensão física, mas também outras que precisam ser consideradas, por contribuírem para uma melhor qualidade de vida, como é o caso da dimensão espiritual.

Nessa direção, é fundamental destacar a inserção da dimensão espiritual no conceito de saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1988. Essa inclusão evidencia a importância em se considerar aspectos subjetivos na promoção de saúde. A espiritualidade torna-se, portanto, um instrumento significativo para contribuir com a saúde e o bem-estar do indivíduo, principalmente da população idosa, por constituir um recurso de amparo para lidar com adversidades e circunstâncias.

A abordagem adotada neste trabalho baseia-se na premissa de que a espiritualidade pode atuar como um instrumento de interação social e de bem-estar físico e mental na saúde do idoso.

O desenvolvimento deste estudo foi estruturado em três seções que refletem a importância da concepção espiritual na saúde do idoso: um breve panorama sobre os sentidos da noção de velhice; as contribuições da espiritualidade na saúde e bem-estar dos idosos; e a relevância da interação social e da saúde mental no envelhecimento.

Embora haja uma crescente produção de conhecimentos científicos sobre envelhecimento e espiritualidade, percebe-se ainda uma lacuna na literatura no que concerne à integração entre espiritualidade, interação social e saúde mental no processo de envelhecimento como recursos para proporcionar qualidade de vida aos idosos.

A construção do sentido da noção da velhice, entendida como um estágio da vida, surgiu no período de transição dos séculos XIX e XX. Um fator fundamental que se destacou para se compreender o sentido da velhice como uma etapa diferenciada da vida foi o desenvolvimento de novos conhecimentos médicos sobre o corpo envelhecido (Silva, 2008).

Percorrer por estes sentidos do vocábulo “velhice”, por alguns períodos da história, é compreender mudanças sociais que atravessaram o universo do idoso, interferindo significativamente na sua construção social. Além disso, as relações sociais permitem construir uma rede de apoio que se conecta em um mesmo propósito, o que gera vínculo e acolhimento.

Nesse contexto, a espiritualidade atua como um recurso de enfrentamento que ajuda a aliviar as diversas adversidades que permeiam a trajetória dos idosos.

Alguns achados deste estudo apontam que a espiritualidade exerce um papel fundamental na vida dos idosos, trazendo sentido existencial, a sensação de que não estão sozinhos e configurando-se como refúgio e amparo para enfrentar desafios e tempos de sofrimento. Cabe destacar que, com as mudanças decorrentes do avançar da idade, a dimensão espiritual contribui significativamente como ferramenta na promoção da saúde mental, favorecendo a resiliência, a aceitação das perdas e a reconstrução de novos propósitos.

Diante do exposto, este estudo propõe-se a preencher essa lacuna ao articular a dimensão espiritual como estratégia central de enfrentamento das adversidades do envelhecimento, considerando tanto seus efeitos individuais (saúde mental, resiliência, busca de sentido) quanto coletivos (interação social, redes de apoio comunitário). Por meio de revisão bibliográfica sistemática de artigos publicados majoritariamente nos últimos seis anos e análise de referenciais teóricos clássicos (Frankl, Pargament, Koenig), busca-se demonstrar como a espiritualidade pode transformar a velhice de problema social em oportunidade de crescimento integral, propondo uma abordagem holística que integre corpo, mente, relações e transcendência na promoção da saúde do idoso.

2. PANORAMA SOBRE O SENTIDO DA NOÇÃO DE VELHICE

Antes de explorar a dimensão espiritual no contexto do envelhecimento, é crucial considerar um breve panorama histórico que moldou os diferentes sentidos do vocábulo “velhice”, a fim de estabelecer uma compreensão sólida de alguns contextos sociais que marcaram profundamente a constituição desse sentido.

Considerando que, desde tempos antigos, a maior parte da população não alcançava a idade avançada, sobretudo em razão de doenças e precariedades sanitárias, impõe-se salientar que, naquele contexto, não se configurava a concepção de velhice como uma etapa tardia da vida. A construção do sentido da noção de velhice, entendida como um estágio da vida, surgiu no período de transição dos séculos XIX e XX. Nesse período, surgem dois fatores fundamentais que se destacam para se compreender o sentido da velhice como uma etapa diferenciada da vida: o desenvolvimento de novos conhecimentos médicos sobre o corpo envelhecido e a institucionalização das políticas de aposentadoria, sendo este segundo fator não abordado neste estudo. O médico Ignatz Nascher introduziu na literatura médica o vocábulo “geriatria”, o campo de estudo médico que tem como objeto de estudo o corpo envelhecido. Sendo assim, a partir desse momento, a velhice é cunhada como uma etapa da vida em virtude dos estudos do conhecimento médico (Silva, 2008).

Nessa perspectiva, a partir de sua constituição como campo médico, a geriatria passou a diferenciar a velhice das demais etapas da vida, atribuindo-lhe o sentido de um período marcado pela decadência física (Silva, 2008). A partir dessa concepção, a metáfora médica da velhice passou a influenciar não somente a experiência do envelhecimento físico, como também:

> A percepção dos sujeitos, que passaram a recorrer ao discurso médico para se definirem a si mesmos e a sua experiência. De fato, a definição médica da velhice disseminou-se para outros campos do saber e determinou amplamente o seu espectro no imaginário cultural, alimentando os discursos do Estado, a formulação de políticas assistenciais e a formação de outras disciplinas, como a gerontologia (Silva, 2008, p. 159).

Este sentido negativo da velhice também pôde ser notado na clássica obra A velhice, de Simone de Beauvoir. Logo no início, o livro revela o motivo pelo qual a autora escreveu essa obra: "Aí está justamente porque escrevo este livro: para quebrar a conspiração do silêncio" (Beauvoir, 1976, p. 6). A obra serviu como voz para os idosos, retratando a velhice tal como ela era, desnudando desigualdades sociais e o abandono, e trazendo para o centro as histórias de vidas marginalizadas, frequentemente excluídas da cena social.

Outra semântica adquirida pelo vocábulo "velhice" é a expressão "terceira idade". Segundo Debert (1999), apropriando-se das contribuições de Laslett (1987), a invenção da terceira idade:

> Requer a existência de uma 'comunidade de aposentados' com peso suficiente na sociedade, demonstrando dispor de saúde, independência financeira e outros meios apropriados para tornar reais as expectativas de que esse período é propício à realização e satisfação pessoal (Debert, 1999, p. 77).

Há, também, um conceito bastante relevante vinculado à senescência: o envelhecimento ativo. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2005), envelhecimento ativo constitui-se como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. A OMS (2005) adotou o termo "envelhecimento ativo", destacando que o envelhecimento deve ser compreendido como uma experiência positiva, capaz de oportunizar não apenas a preservação da saúde física, mas também o bem-estar social e mental da população idosa.

A partir dos cenários apresentados, percebe-se o quanto o tema "velhice" vem sendo historicamente construído, contestado e ressignificado, refletindo mudanças nas condições de saúde, nas políticas públicas e nas representações culturais sobre o envelhecer. Ainda há muito a ser discutido sobre essa temática, que se articula com diversas áreas do conhecimento, como a saúde, a psicologia, a sociologia e a teologia, exigindo abordagens interdisciplinares e sensíveis às dimensões subjetivas da experiência idosa. A velhice tem sido considerada como um problema social:

> O segundo conjunto de dificuldades que as pesquisas sobre as dimensões do envelhecimento enfrentam é que, nas sociedades ocidentais contemporâneas, a velhice é apresentada como um problema social (Debert, 1998, p. 20).

O aumento da longevidade acarreta a necessidade de reflexões que contemplem iniciativas e oportunidades voltadas ao desenvolvimento de ações que favoreçam uma velhice mais digna, saudável e integrada à vida social.

Desse ponto de vista, tratar o envelhecimento como um problema recoloca o idoso, mais uma vez, em uma posição de vulnerabilidade, reforçando uma visão deficitária e estigmatizante desse percurso de vida. No entanto, é possível reinterpretar esse enfrentamento de forma mais amena e produtiva, como aponta Chaguri Junior:

> O enfrentamento não deve ser encarado como problema e de forma negativa, mas, com serenidade e responsabilidade, no intuito de potencializar pessoas e, de igual modo, suscitar o olhar social para novas formas de envelhecer" (Chaguri Junior, 2020, p. 776).

As contribuições das políticas públicas têm sido extremamente relevantes para promover o atendimento das diversas necessidades da população idosa. Ao longo das últimas décadas, o envelhecimento, que fora tido como uma fase de decadência, inatividade e valores negativos, foi cedendo espaço a um sentido de construção de uma etapa mais produtiva, ressignificando o seu caráter depreciativo (Silva, 2008). No entanto, embora o sentido de velhice tenha sido ressignificado ao longo do tempo, assumindo, no panorama atual, uma semântica mais positiva, ainda há expressivos desafios a serem superados no universo do envelhecer, sobretudo em relação às condições de saúde, autonomia e reconhecimento social.

No contexto das atuais demandas e desafios relacionados ao envelhecimento, o sentido da noção de velhice, portanto, não pode ser visto apenas à luz de seus processos fisiológicos, pois há outras dimensões a serem discorridas, como a social, a psicológica e a espiritual. Essa perspectiva ressalta a necessidade de estudos interdisciplinares que abarquem a compreensão dos diversos aspectos que compõem o processo de envelhecer, favorecendo abordagens mais integrais e humanizadas da experiência da velhice.

3. A ESPIRITUALIDADE E POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR DO IDOSO

Antes de adentrar nas discussões concernentes às contribuições da espiritualidade na saúde de idosos, é relevante conceituar os termos espiritualidade e religiosidade. O uso desses termos é majoritariamente entendido como sinônimo.

Segundo Harold G. Koenig (2012), em *Medicina, religião e saúde*: o encontro da ciência e da espiritualidade, a religião é compreendida como um sistema de crenças e práticas que são compartilhadas em comunidades, apoiando-se no sagrado, o divino. Em contrapartida, a espiritualidade pode ser definida como uma busca pelo sagrado, consistindo em uma expressão individual e subjetiva, que expressa aquilo que traz significado e propósito de vida.

Embora a espiritualidade tenha sido descrita na literatura como um recurso relevante à saúde e bem-estar do sujeito idoso, tal dimensão foi incorporada mais recentemente pela Organização Mundial da Saúde na ampliação do conceito de saúde, o que reforça sua importância no desenvolvimento integral do ser humano: “A definição multidimensional de saúde contempla as esferas orgânica, mental, social e espiritual, esta última acrescentada mais tardiamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998)”.

No processo de envelhecimento, o desejo de encontrar sentido e propósito é ainda mais significativo, visto que o avanço da idade permite a reflexão sobre questões existenciais mais profundas relacionadas à vida. A velhice, portanto, não deve ser vista como o fim das possibilidades, mas como um momento de reflexões profundas que podem possibilitar a ressignificação de sua existência, reconhecendo sua importância e valor na sociedade.

Na busca por uma vida com mais sentido, muitos idosos enxergam a espiritualidade como uma ferramenta que traz mais segurança e estabilidade. A espiritualidade propicia às pessoas olhar para a finitude da vida e enxergar muito além do mundo material, de experiências sem sentido; ela proporciona ao ser humano encontrar propósito e sentido.

Viktor Frankl (1946) em sua obra *Em busca de sentido*: um psicólogo no campo de concentração, escrita em 1946, ressalta a necessidade que o ser humano tem de encontrar propósito e sentido na vida. O autor salienta algumas pesquisas, cuja temática gira em torno do que importava para as pessoas. Tais pesquisas revelaram que:

> Os resultados mostraram que 89% das pessoas consultadas admitiram que o indivíduo precisa de algo em função do qual viver. E 61% admitiram haver algo ou alguém em suas próprias vidas pelo qual estariam até prontas a morrer (Frankl, 1946, p. 158).

Uma outra pesquisa destacada pelo referido autor assevera que “78% afirmaram que o seu principal objetivo era ‘encontrar um propósito e sentido para a vida’” (Frankl, 1946, p. 158). Essa busca por propósito e sentido é extremamente importante no contexto do envelhecimento, visto que esse período muitas vezes é marcado por adversidades como dores crônicas, doenças, perda de entes queridos e solidão. Nessa perspectiva, a própria pesquisa evidenciou uma recorrência da busca de sentido, em que a dimensão espiritual surge como uma necessidade humana de compreender o sentido da existência e a razão dos dissabores e infortúnios pelos quais a pessoa tem de passar, ajudando-a encontrar significado positivo, inclusive para aquilo que possa representar o fim da vida.

É relevante mencionar, conforme recorrência nos artigos pesquisados, que, quanto maiores as condições de vulnerabilidade que perpassam a vivência dos idosos, mais intensa se torna a busca por alívio e conforto na espiritualidade, em Deus ou em um ser superior. Assim, depositar confiança em Deus ou em um ser superior fornece ao idoso a percepção de que não está desamparado nem sozinho, ainda que as circunstâncias do momento não sejam favoráveis. Essa confiança, experienciada por meio da fé, confere tranquilidade, paz e ajuda a preencher o vazio existencial.

A promoção da saúde do idoso requer uma abordagem integral, que leve em conta não apenas os aspectos biomédicos, mas também os fatores psicossociais e espirituais. Conforme exposto, as pesquisas apontam para a necessidade de priorizar a assistência integral e holística da população idosa, considerando, além das dimensões biomédicas, a concepção espiritual, visto que essa última tem permitido estabelecer uma compreensão de saúde tanto nos aspectos físicos quanto nos mentais.

Cabe destacar, segundo os artigos analisados, que a espiritualidade pode configurar-se como uma ferramenta que favorece o desenvolvimento de comportamentos e hábitos de saúde, influenciando tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças, o que contribui para cuidados de saúde que promovem um envelhecimento mais saudável.

Esses achados encontram eco nas contribuições de Kenneth Pargament (2002), que sistematiza a espiritualidade como religious coping — estratégias específicas de enfrentamento religioso que transformam o estresse em oportunidade de crescimento. No envelhecimento, tais métodos (ressignificação benevolente, parceria colaborativa com o transcendente, busca de apoio espiritual) revelam-se particularmente eficazes, pois oferecem ao idoso ferramentas concretas para lidar com as perdas inevitáveis da velhice, promovendo não apenas sobrevivência, mas uma qualidade de vida marcada por propósito, resiliência e paz interior.

Essa abordagem individual da espiritualidade, no entanto, ganha potência quando se articula com as dimensões social e relacional, tema que será aprofundado na próxima seção. A fé vivida em comunidade — por meio de grupos de oração, visitas pastorais e redes de apoio congregacional — multiplica seus efeitos, combatendo o isolamento social típico da velhice e reforçando a saúde mental por meio de vínculos afetivos e sentido de pertencimento compartilhado.

4. A ESPIRITUALIDADE E A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES SOCIAIS E DA SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS

A espiritualidade tem sido uma fonte importante de suporte social para o ser humano, sobretudo para os idosos. No processo de envelhecimento, há uma propensão a refletir sobre a finitude da vida e a buscar o que verdadeiramente importa.

É comum notar que o ser humano recorre a crenças ou práticas religiosas para lidar com circunstâncias desafiantes, pois encontra nessas práticas uma sensação de controle que favorece a adaptação mais rápida às dificuldades. Além disso, a adesão a práticas religiosas também

incentiva a tomada de decisões mais conscientes, o que diminui a probabilidade de o indivíduo se inserir em contextos estressantes (Koenig, 2012).

Com o avançar da idade, as relações sociais dos idosos, em sua maioria, tendem a diminuir, pois alguns papéis sociais deixam de ser desempenhados no cotidiano. Nesse sentido, as práticas espirituais comunitárias possibilitam o desenvolvimento de novas relações pessoais dentro de comunidades de fé, onde os indivíduos se unem para compartilhar suas crenças e manifestar a comunhão.

A espiritualidade, dessa forma, oportuniza a participação em grupos de oração, retiros espirituais, corais, escolas de estudos bíblicos e visitas a pessoas enfermas e em hospitais. Todas essas interações fortalecem os vínculos sociais, o que favorece o bem-estar dos idosos.

> Em quase todos os estudos até o momento, o envolvimento religioso esteve relacionado ao volume de suporte social e à qualidade desse suporte. Em uma revisão inicial dessas pesquisas, dezenove de vinte estudos quantitativos descobriram relações positivas significativas. Isso se aplica sobretudo aos idosos (Koenig, 2012, p. 56).

Assim, pode-se perceber que, além de contribuir para a diminuição do isolamento social, as práticas espirituais favorecem a interação social. Nessa perspectiva, essas relações fortalecem vínculos sociais, formando uma rede de apoio em torno de pessoas que possuem propósitos semelhantes.

Além dos benefícios no campo das interações sociais, a dimensão espiritual também exerce importante efeito na saúde mental do idoso, visto que se configura como uma fonte de recursos que possibilita um funcionamento mental mais saudável.

Saúde mental, portanto, numa conceituação simples:

> É a ausência de distúrbio mental, como depressão, suicídio e ansiedade, e a presença de emoções positivas, como bem-estar, otimismo e esperança (Koenig, 2012, p. 68).

Diante do exposto, alguns achados destacaram que a vivência com o transcendente se revelou como estratégia que desencadeia melhor qualidade de vida no aspecto físico e promove a satisfação com as relações sociais e atitudes positivas em relação à velhice, pois gera bem-estar, reduz os níveis de ansiedade e evita a insatisfação decorrente do medo de envelhecer.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível salientar a base teórica de Kenneth Pargament (2021), psicólogo conhecido por suas contribuições às temáticas espiritualidade, saúde e religião, principalmente no que se refere aos enfrentamentos de adversidades.

Pargament (2002) define espiritualidade como um tipo particular de busca por significado, direcionada àquilo que as pessoas consideram sagrado. A propensão humana de buscar o sagrado é a essência da espiritualidade. Essa busca pode ocorrer dentro de um contexto institucional ou religioso (igrejas, sinagogas, mesquitas, templos, comunidades).

A religiosidade global de um indivíduo pode se traduzir em crenças e práticas religiosas específicas que, por sua vez, estão diretamente relacionadas à saúde e ao bem-estar. Os métodos de enfrentamento religioso (religious coping) são manifestações concretas da religião em tempos de estresse (Pargament, 2002). De acordo com o autor, a religião pode se expressar de muitas maneiras no processo de enfrentamento.

Nessa perspectiva, apropriar-se dessa fundamentação teórica tem contribuído como suporte nas intervenções de saúde no processo de envelhecimento, principalmente no que concerne à saúde mental de idosos.

Por meio do religious coping, o enfrentamento religioso, é possível utilizar a fé, a crença em Deus ou em um ser superior para enfrentar as condições estressoras, principalmente no que diz respeito aos idosos e às dificuldades inerentes à idade, visto que se constitui como um recurso fundamental de resiliência, o que demonstra a capacidade de conseguir ressignificar as adversidades por meio dessa estratégia. A literatura acadêmica evidencia que a espiritualidade está ligada a níveis mais elevados de bem-estar psicológico, redução de sintomas de ansiedade e depressão, e uma maior capacidade de enfrentar desafios. Esses efeitos positivos são atribuídos ao suporte emocional das comunidades religiosas e à internalização de valores que conferem identidade e propósito.

A variedade de métodos de enfrentamento religioso contradiz o estereótipo de que a religião é meramente passiva ou defensiva. O enfrentamento religioso inclui métodos ativos, passivos e interativos e abrange abordagens cognitivas, comportamentais e espirituais, tanto negativas quanto positivas. Pargament (2002) sugere que, para compreender a relação entre religião e saúde, os pesquisadores devem direcionar sua atenção para indicadores específicos de crenças e práticas religiosas, ou métodos específicos de enfrentamento religioso, que estejam relacionados à saúde e ao bem-estar.

Ressignificação benevolente: redefinir o estressor por meio da religião como algo benevolente e potencialmente benéfico. Essa ressignificação pode produzir uma nova forma de olhar para os enfrentamentos inerentes ao envelhecimento, permitindo enxergar os contextos de sofrimento, dor, luto e solidão não como fatores de vulnerabilidade, mas como condições que fortalecem e produzem resiliência.

Enfrentamento religioso colaborativo: buscar controle por meio de uma parceria com Deus diante do problema. Esse aspecto pode evidenciar a busca por Deus ou um ser superior no enfrentamento das circunstâncias desafiantes, entendendo que o controle de tais situações pode ser encontrado no transcendente e, dessa forma, consegue-se lidar com as adversidades de maneira mais amena, visto que proporciona a sensação de controle, de entrega e de segurança, o que favorece uma adaptação mais rápida e resiliente às dificuldades enfrentadas.

Busca de apoio de líderes religiosos/membros da igreja: procurar conforto e segurança por meio do amor e do cuidado de membros da congregação e de líderes religiosos. Essa estratégia pode ser compreendida como o apoio emocional concreto que líderes espirituais e membros da comunidade de fé prestam por meio de visitas domiciliares, orações personalizadas, aconselhamento espiritual individualizado e orientações práticas para lidar com as dificuldades do dia a dia. No contexto do envelhecimento, quando as redes sociais se estreitam e o isolamento ameaça, essas interações assumem papel crucial: o líder espiritual que ouve as angústias da solidão, a irmã de fé que leva um prato de comida, o grupo de oração que intercede especificamente pelas dores do idoso. Esse suporte vai além do emocional, pois reforça a identidade do idoso como membro valioso e amado da comunidade, combatendo o sentimento de inutilidade.

Ajuda religiosa: tentar oferecer apoio espiritual e conforto a outras pessoas. Longe de ser passiva, essa estratégia posiciona o idoso como agente ativo de cuidado, invertendo a lógica de "receptor de ajuda" que muitas vezes o caracteriza na velhice. Tal cuidado se materializa nas práticas religiosas concretas que atravessam instituições e espaços de sofrimento: visitas aos enfermos em UTIs e enfermarias, distribuição de alimentos e roupas em abrigos para idosos desamparados, leitura da Bíblia e oração com internos em presídios, acompanhamento espiritual de pacientes terminais em hospícios. Essas ações não apenas mitigam o sofrimento alheio, mas também ressignificam a existência do próprio idoso, que, apesar de suas limitações físicas ou sociais, descobre propósito renovado ao servir. Paradoxalmente, ao cuidar dos que sofrem mais, o idoso cuida de si mesmo, fortalecendo sua autoestima, reforçando seu senso de utilidade e construindo uma rede recíproca de apoio que o protege contra o isolamento e a desesperança.

Faz-se necessário salientar que, além dos métodos religiosos positivos, existem também os métodos religiosos negativos. Os métodos negativos incluem ressignificação punitiva (redefinir o estressor como uma punição de Deus), reavaliação demoníaca (redefinir o estressor como uma ação do diabo), reavaliação do poder de Deus (redefinir o poder de Deus para influenciar a situação estressante), delegação religiosa passiva (esperar passivamente que Deus controle a situação) e enfrentamento religioso autodirigido (buscar controle por meio da própria iniciativa, em vez de recorrer à ajuda de Deus), entre outros (Pargament, 2002).

Como se pode perceber, as pesquisas enfatizam que a integração da espiritualidade no cuidado da saúde do idoso fortalece a capacidade de enfrentar os desafios e superar as adversidades, promovendo a transformação do sofrimento em crescimento pessoal. Assim, a dimensão espiritual se revela como uma ferramenta significativa de ajuda psicossocial, fundamental para proporcionar uma existência digna e resiliente.

Tabela 1 – Métodos de Religious Coping Positivo vs Negativo (adaptado de Pargament, 2002).

Tipo	**Método Positivo**	**Benefício no Envelhecimento**	**Método Negativo**	**Risco**
Cognitivo	Ressignificação benevolente	Dor → crescimento espiritual	Ressignificação punitiva	Culpa divina
Colaborativo	Parceria com Deus	Controle compartilhado	Delegação passiva	Desamparo
Apoio	Apoio líderes/igreja	Redes contra isolamento	Autodirigido	Isolamento espiritual
Ativo	Ajuda religiosa	Propósito ao servir	Reavaliação demoníaca	Medo/paranoia

Fonte: Adaptado de PARGAMENT, K. I. (2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, ao trazer a dimensão espiritual para o centro da discussão sobre o envelhecimento, reforça-se a importância de enxergar o idoso não como mero depositário de fragilidades e declínios físicos, mas como um sujeito capaz de ressignificar sua própria história, assumir novas formas de presença social e manter, mesmo na velhice, um olhar ativo sobre a vida. A espiritualidade aqui não aparece como um remédio simbólico, mas como recurso humano: interno, de apoio, de sentido e de fortalecimento diante da dor, da perda e da finitude.

Nessa perspectiva, o envelhecimento humano não pode ser compreendido apenas pela lente biológica, reduzindo-o à soma de doenças e limitações. É preciso ir além — considerá-lo também a partir das dimensões social, psicológica, emocional e espiritual — e enxergar o idoso de forma holística, integral, como alguém que ainda guarda potencial de relações, de pertencimento e de sentido. A construção social do idoso, historicamente atravessada por sentidos pejorativos e depreciativos, costumou apresentar a velhice como fim, decadência e inutilidade, estigmatizando e marginalizando a pessoa idosa. Ainda que, em muitos contextos contemporâneos, essa visão tenha se esvaziado, restam desafios concretos relacionados à inclusão, ao reconhecimento de autonomia e à valorização da experiência de vida.

Nesse território, a dimensão espiritual revela-se como um recurso interno e externo. Internamente, ela oferece ao idoso o apoio de uma fé, uma crença, um sentido que ajuda a enfrentar doenças, limitações físicas, perdas afetivas e a sensação de solidão, constituindo um "enfrentamento religioso" positivo, que colabora para uma vivência mais serena, leve e em paz. Externamente, articula-se com as relações sociais, fortalecendo vínculos, redes de apoio e comunidades de fé em que o idoso se sente acolhido, ouvido e importante, o que também reverbera positivamente na sua saúde mental.

Segundo a perspectiva de Viktor Frankl (1946), a principal força motivadora do ser humano é a busca por sentido, e, na velhice, essa busca se torna mais latente. O avançar da idade convida a olhar para trás, revisitar a trajetória, reencontrar significados e reconhecer que, mesmo na idade avançada, é possível ressignificar a própria existência e assumir novos papéis sociais com consciência, responsabilidade e dignidade. A espiritualidade, nesse percurso, torna-se ferramenta de aceitação da finitude, sem fatalismo, e de fortalecimento frente às adversidades, ajudando a transformar o sofrimento em experiência de crescimento.

Os *métodos de religious coping* propostos por Pargament (2002), como a ressignificação benevolente e o enfrentamento colaborativo com o transcendente, oferecem ferramentas concretas para essa transformação. Eles permitem que o idoso veja nas dores crônicas, lutos e limitações não apenas perdas, mas oportunidades de crescimento espiritual, parceria com o sagrado e construção de resiliência, ampliando as possibilidades de uma velhice vivida com propósito e serenidade.

Nesse cenário, é possível perceber que a integração da espiritualidade no cuidado à saúde do idoso não se limita a uma opção pessoal, mas se configura como um instrumento relevante de promoção de saúde, bem-estar físico e emocional e resiliência diante das vulnerabilidades do envelhecer. Ao mesmo tempo, o diálogo entre espiritualidade, interação social e saúde mental abre caminho para políticas públicas e práticas clínicas mais humanizadas, que reconheçam, no idoso, um sujeito de história, fé, relações e sentido.

Conclui-se que a dimensão espiritual, quando deliberadamente acolhida na compreensão do processo de envelhecimento, pode tornar-se um instrumento significativo de ressignificação da velhice, contribuindo para a construção de uma vida mais digna, integrada, com sentido e saudável, em que o idoso não seja visto apenas como problema, mas como parceiro de cuidado, de memória e de esperança.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Clara Mel de Almeida; LOPES JÚNIOR, Hélio Marco Pereira; MENDONÇA, Francisco Cardoso. Espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão dos efeitos positivos na saúde mental. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 10, n. 11, p. 4805-4816, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i11.16798. Disponível em: Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. Acesso em: 11 mar. 2026.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectiva de crescimento para a população brasileira:** velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009.

CARNEIRO, C. R.; GABRIEL, D. M.; SILVA, P. S. X. da; LISBOA, A. P. M.; DANTAS, N. M. R.; LIMA, R. F. de; SILVA, F. F. M. da; ASSIS, L. M. de. Envelhecimento: reflexões

para enfrentamento através da espiritualidade. REVISTA FOCO, [S. l.], v. 18, n. 5, p. e8433, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n5-011. Disponível em: https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8433. Acesso em: 15 mar. 2026.

CHAGURI JÚNIOR, J. C. et al. Envelhecimento ativo e políticas públicas: novas perspectivas na reinserção social do idoso no contexto contemporâneo. Revista Transformar**,** Itaperuna, v. 14, n. 1, p. 760-784, abril/2026.

DEBERT, G. G. **Antropologia e velhice:** pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. Campinas: IFCH/UNICAMP, 1998.

DEBERT, G. G. **Velhice e o curso da vida pós-moderno**. Revista USP**,** São Paulo, 1999.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido:** um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 1946.

FURTADO, K. da S.; COSTA, L. F. de A.; BESERRA, G. R.; OLIMPIO, T. de F.; SANTOS, M. A. dos; SOARES, K. C. B.; ASSIS, L. M. de; CARNEIRO, C. R. A espiritualidade na promoção à saúde dos idosos. REVISTA DELOS, [S. l.], v. 18, n. 67, p. e5175, 2025. DOI: 10.55905/rdelosv18.n67-136. Disponível em: https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/5175. Acesso em: 15 mar. 2026.

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, p. e13992. Acesso em: 15 mar. 2026.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População do país vai parar de crescer em 2041. **Agência de Notícias**, 22 ago. 2024. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41056-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041. Acesso em: 15 maio 2026.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde:** o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L & PM, 2012.

MOREIRA, Deiglis Alves; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ALVES, Vicente Paulo. Espiritualidade e a velhice: perspectivas na produção científica. INTERAÇÕES, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 53–72, 2021. DOI: 10.5752/P.1983-2478.2021v16n1p53-72. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/interacoes/article/view/21134. Acesso em: 11 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PARGAMENT, K. I.; EXLINE, J. J. **Working with spiritual struggles in psychotherapy**: from research to practice. New York: Guilford Publications, 2021.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; TARAKESHWAR, N.; HAHN, J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. **Journal of health psychology**, v. 9, n. 6, p. 713-730, 2004.

PARGAMENT, K. I. God help me: advances in the psychology of religion and coping. **Archive for the Psychology of Religion**, v. 24, n. 1, p. 48-63, 2002.

SANTANA, Cristiano Tiago Silva de et al. Análise da influência da espiritualidade na qualidade de vida e na saúde mental em idosos. *Revista Brasileira de Educação, Saúde e Bem-Estar*, [S. l.], v. 1, n. 1, 2025. DOI: 10.29327/2654312.2.1-7. Disponível em: Revista Brasileira de Educação, Saúde e Bem-Estar. Acesso em: 15 mar. 2026.

SANTOS, Maria Cecília Queiroga dos; CARVALHO, Ana Letícia Alves de; LINS, Brenda Sales; CARVALHO, Lara Maria Alves de; RAMOS, Thaynara Tavares Oliveira; PAZ, Mabel Calina de França. Espiritualidade e envelhecimento: uma revisão sistemática da literatura. In: SILVA, Edson da (org.). *Conhecimentos e desenvolvimento de pesquisas nas ciências da saúde 3*. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020. DOI: 10.22533/at.ed.79220171119. Acesso em: 11 mar. 2026

SILVA JÚNIOR, Edivan Gonçalves da; EULÁLIO, Maria do Carmo. Resiliência para uma velhice bem-sucedida: mecanismos sociais e recursos pessoais de proteção. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 42, e234261, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-3703003234261. Acesso em: 11 mar. 2026.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, jan./mar. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/kM6LLdqGLtgqpggJT5hQRCy/?lang=pt. Acesso em: 10 abril 2026.

SOUZA, M. L. de; NONATO, Ítalo B. L. A saúde mental da população idosa: desafios e estratégias para o enfrentamento ao processo do envelhecimento. Revista foco, [S. l.], v. 18, n. 12, p. e10982, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n12-131. Disponível em: https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/10982. Acesso em: 15 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHOQOL* and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB): report on WHO consultation. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: WHO IRIS Repository. Acesso em: 17 mar. 2026.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

INTEGRAÇÃO ESPIRITUAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COGNITIVA CONTRIBUIÇÕES PARA O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

SPIRITUAL INTEGRATION IN THE PROMOTION OF COGNITIVE HEALTH: CONTRIBUTIONS TO SUCCESSFUL AGING

Viviane Carneiro Lacerda Meleep
https://orcid.org/0000-0001-8430-8712
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253

RESUMO: O presente artigo discute a integração espiritual na promoção da saúde cognitiva e suas contribuições para o envelhecimento bem-sucedido. Parte-se da compreensão de que o envelhecimento populacional brasileiro exige novas formas de cuidado, capazes de considerar a pessoa idosa em sua integralidade, contemplando dimensões físicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais. A saúde cognitiva é entendida como elemento fundamental para a autonomia, a funcionalidade, a tomada de decisões, a memória, a aprendizagem e a participação social da pessoa idosa. Nesse contexto, a espiritualidade apresenta-se como recurso importante para a construção de sentido de vida, fortalecimento da esperança, enfrentamento de perdas, resiliência, pertencimento e promoção do bem-estar. O objetivo do estudo é analisar as contribuições da espiritualidade para a saúde cognitiva no processo de envelhecimento bem-sucedido. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e natureza exploratória, fundamentada em autores que discutem envelhecimento, espiritualidade, saúde integral, qualidade de vida e saúde mental. Conclui-se que a espiritualidade, quando integrada de forma ética, humanizada e não impositiva às práticas de cuidado, pode contribuir para a preservação da dignidade, da identidade, dos vínculos sociais e do sentido existencial da pessoa idosa, favorecendo uma velhice mais ativa, significativa e bem-sucedida.

Palavras-chave: Espiritualidade. Saúde cognitiva. Envelhecimento bem-sucedido. Pessoa idosa. Saúde integral.

ABSTRACT: This article discusses the integration of spirituality in the promotion of cognitive health and its contributions to successful aging. It is based on the understanding that the aging of Brazil's population requires new forms of care capable of addressing older adults holistically, taking into account their physical, cognitive, emotional, social, and spiritual dimensions. Cognitive health is understood as a fundamental element for the autonomy, functionality, decision-making, memory, learning, and social participation of older adults. In this context, spirituality emerges as an important resource for constructing

[1]Aluna de doutorado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - E-mail: viviclacerdadv@gmail.com ;
[2]Professora do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem (PPGCL) da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). E-mail: rosaleeistoe@gmail.com ;
[3]Pós-doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF. E-mail: valtairmiranda@gmail.com ;

a sense of life, strengthening hope, coping with loss, fostering resilience, promoting a sense of belonging, and enhancing well-being. The objective of this study is to analyze the contributions of spirituality to cognitive health in the process of successful aging. Methodologically, this is a bibliographic study with a qualitative approach and exploratory nature, grounded in authors who discuss aging, spirituality, holistic health, quality of life, and mental health. It is concluded that spirituality, when integrated in an ethical, humanized, and non-imposing manner into care practices, can contribute to the preservation of dignity, identity, social bonds, and the existential meaning of older adults, fostering a more active, meaningful, and successful old age.

Keywords: Spirituality. Cognitive health. Successful aging. Older adults. Holistic health.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um dos fenômenos mais relevantes da sociedade contemporânea, exigindo novas formas de compreensão sobre saúde, qualidade de vida, autonomia e bem-estar da pessoa idosa. Nesse contexto, o envelhecimento bem-sucedido não deve ser compreendido apenas como ausência de doenças, mas como um processo amplo que envolve a preservação da funcionalidade, da participação social, da saúde mental, da autonomia e da capacidade de atribuir sentido à própria existência. A Organização Mundial da Saúde define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice, incluindo a possibilidade de atender às necessidades básicas, aprender, crescer, tomar decisões, manter relacionamentos e contribuir com a sociedade. Tal compreensão amplia a noção tradicional de saúde e permite analisar o envelhecimento a partir de dimensões físicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais.

Nesse cenário, a saúde cognitiva ocupa lugar central nas discussões sobre envelhecimento, pois está diretamente relacionada à memória, à atenção, à linguagem, ao raciocínio, à aprendizagem, à tomada de decisões e à autonomia da pessoa idosa. Embora algumas alterações cognitivas possam ocorrer com o avanço da idade, o declínio cognitivo não deve ser visto como consequência inevitável do envelhecimento. Ao contrário, fatores como escolaridade, vínculos sociais, hábitos de vida, estímulos intelectuais, apoio emocional, participação comunitária e espiritualidade podem contribuir para a manutenção das funções cognitivas e para uma velhice mais ativa e significativa. A própria perspectiva da OMS sobre envelhecimento saudável destaca a capacidade de aprender, tomar decisões e manter relações como elementos fundamentais da funcionalidade na velhice.

A espiritualidade, nesse contexto, apresenta-se como uma dimensão importante da vida humana, especialmente na velhice, fase marcada por mudanças corporais, aposentadoria, perdas afetivas, reorganização familiar, maior contato com a finitude e necessidade de ressignificação da existência. A espiritualidade pode ser compreendida como a busca por sentido, propósito, esperança, transcendência e conexão consigo mesmo, com o outro, com a natureza ou com o sagrado, não se limitando necessariamente à religiosidade institucionalizada. Estudos sobre envelhecimento indicam que a espiritualidade mantém relação significativa com diferentes aspectos da vida da pessoa idosa, incluindo bem-estar, qualidade de vida, funcionalidade, enfrentamento de doenças crônicas, saúde mental e envelhecimento bem-sucedido.

A integração espiritual na promoção da saúde cognitiva torna-se, assim, uma temática relevante, pois permite compreender o cuidado à pessoa idosa de maneira integral e humanizada. Práticas espirituais e religiosas, quando vivenciadas de forma

positiva e respeitosa, podem favorecer sentimentos de esperança, pertencimento, equilíbrio emocional, resiliência e apoio social, elementos que contribuem para a saúde mental e, indiretamente, para a preservação cognitiva. Revisões sobre espiritualidade e resiliência na adultez e velhice apontam que a espiritualidade pode atuar como fator de fortalecimento diante das adversidades do ciclo vital, colaborando para a adaptação emocional e para a construção de significados diante das perdas e limitações próprias do envelhecimento.

Diante disso, o presente artigo tem como objetivo analisar as contribuições da integração espiritual para a promoção da saúde cognitiva no processo de envelhecimento bem-sucedido. Busca-se compreender de que maneira a espiritualidade pode auxiliar na manutenção do bem-estar mental, no fortalecimento da autonomia, na construção de sentido de vida e na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. A discussão parte da compreensão de que o cuidado em saúde deve considerar o ser humano em sua totalidade, reconhecendo que aspectos subjetivos, existenciais e espirituais também influenciam a forma como o indivíduo envelhece e enfrenta as transformações dessa etapa da vida.

Metodologicamente, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e natureza exploratória. A pesquisa bibliográfica consiste no levantamento, seleção e análise de materiais já publicados, como livros, artigos científicos, revisões acadêmicas e documentos institucionais, com o objetivo de construir uma base teórica sobre determinado tema. Para a elaboração do artigo, serão utilizadas produções científicas relacionadas aos descritores espiritualidade, religiosidade, saúde cognitiva, envelhecimento saudável, envelhecimento bem-sucedido, saúde mental da pessoa idosa e qualidade de vida na velhice. Também serão considerados documentos de organismos internacionais, especialmente da Organização Mundial da Saúde, por sua relevância na formulação de diretrizes sobre envelhecimento saudável e capacidade funcional. A análise do material será realizada por meio de leitura exploratória, seletiva e interpretativa, buscando identificar conceitos, aproximações teóricas e evidências que permitam compreender a espiritualidade como dimensão complementar na promoção da saúde cognitiva e no fortalecimento do envelhecimento bem-sucedido.

Dessa forma, justifica-se a relevância deste estudo pela necessidade de ampliar as discussões sobre práticas de cuidado que considerem a pessoa idosa de maneira integral. A espiritualidade, quando abordada de forma ética, acolhedora e não impositiva, pode representar importante recurso de promoção da saúde, contribuindo para a autonomia, a resiliência, o equilíbrio emocional e a preservação da dignidade na velhice. Assim, refletir sobre a integração espiritual na promoção da saúde cognitiva significa reconhecer que o envelhecimento bem-sucedido envolve não apenas viver mais, mas viver com sentido, participação, vínculos, esperança e qualidade de vida.

2. ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E SAÚDE COGNITIVA NA PESSOA IDOSA

O envelhecimento populacional brasileiro configura-se como um fenômeno social, demográfico e sanitário de grande relevância, exigindo novas formas de compreender a velhice, a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa. De acordo com Vasconcelos e Gomes (2012), o processo de transição demográfica no Brasil está relacionado à redução dos níveis de mortalidade, natalidade e fecundidade, fatores que modificaram significativamente a estrutura etária da população brasileira ao longo das últimas décadas. Esse cenário evidencia que o envelhecimento deixou de ser uma questão individual e passou a constituir um desafio coletivo, envolvendo políticas públicas, cuidados em saúde, inclusão social e estratégias de promoção da autonomia da pessoa idosa.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística confirmam essa transformação demográfica. Segundo o Censo Demográfico de 2022, a população brasileira com 60 anos ou mais chegou a 32.113.490 pessoas, correspondendo a 15,6% da população total, o que representa crescimento de 56,0% em relação a 2010, quando esse grupo era de 20.590.597 pessoas, ou 10,8% da população. Além disso, o índice de envelhecimento, considerando pessoas com 60 anos ou mais, chegou a 80 idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos em 2022, demonstrando o avanço do processo de envelhecimento no país. As projeções populacionais do IBGE indicam ainda que, em 2070, cerca de 37,8% dos habitantes do Brasil serão idosos, correspondendo a aproximadamente 75,3 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2022).

Nesse contexto, torna-se necessário compreender o envelhecimento não apenas como um processo biológico, mas como uma experiência multidimensional, que envolve aspectos físicos, sociais, emocionais, cognitivos e espirituais. Ottoni (2012) destaca que o envelhecimento deve ser analisado a partir de uma perspectiva ampliada, considerando as possibilidades de adaptação, participação social e manutenção da autonomia. Assim, envelhecer de forma bem-sucedida não significa negar as limitações naturais do ciclo vital, mas desenvolver condições para que a pessoa idosa preserve sua funcionalidade, seus vínculos sociais, sua capacidade de decisão e sua qualidade de vida.

A ideia de envelhecimento bem-sucedido está relacionada à possibilidade de a pessoa idosa manter-se ativa, participativa e funcional, mesmo diante das mudanças decorrentes da idade. Almeida, Fernandes e Istoe (2018, p. 13) “Brasil e o sexto pais do mundo em número de idosos, ficando atrás da China, Índia, EUA, Japão e Russia” apontam que a velhice não deve ser compreendida apenas pela ótica das perdas, mas também como uma etapa da vida marcada por experiências, aprendizagens, possibilidades de convivência e construção de novos significados. Essa compreensão contribui para romper com visões reducionistas e negativas sobre o envelhecimento, permitindo reconhecer a pessoa idosa como sujeito de direitos, saberes, memórias e potencialidades (Ottoni, 2012).

A saúde cognitiva ocupa papel central nesse debate, pois está diretamente ligada à autonomia e à capacidade da pessoa idosa de realizar suas atividades cotidianas, tomar decisões, comunicar-se, aprender, lembrar informações e manter relações sociais. As funções cognitivas envolvem processos como memória, atenção, linguagem, raciocínio, percepção, orientação e resolução de problemas. Quando preservadas ou estimuladas, essas funções favorecem maior independência e melhor qualidade de vida. Por isso, a saúde cognitiva deve ser entendida como componente essencial do envelhecimento bem-sucedido, uma vez que contribui para a participação social, o autocuidado e a manutenção da dignidade da pessoa idosa.

Embora o avanço da idade possa estar associado a alterações cognitivas, é importante ressaltar que o declínio cognitivo não deve ser considerado consequência inevitável do envelhecimento. Fatores como escolaridade, estímulos intelectuais, convivência social, prática de atividades físicas, alimentação adequada, acompanhamento em saúde, participação comunitária e equilíbrio emocional podem influenciar positivamente a preservação das funções cognitivas. Nesse sentido, o envelhecimento bem-sucedido depende de uma combinação de fatores individuais, familiares, sociais e institucionais, que devem favorecer a autonomia e a integração da pessoa idosa à sociedade.

Dessa forma, o aumento da população idosa no Brasil reforça a necessidade de políticas e práticas voltadas à promoção da saúde cognitiva e ao envelhecimento com qualidade de vida. Conforme apontam Vasconcelos e Gomes (2012), as mudanças demográficas brasileiras indicam uma nova configuração populacional, na qual a longevidade se torna cada vez mais presente. Entretanto, viver mais não significa,

necessariamente, viver melhor. Por isso, torna-se fundamental desenvolver estratégias que valorizem a saúde integral da pessoa idosa, considerando não apenas a prevenção de doenças, mas também a preservação da autonomia, da memória, da participação social e do sentido de vida.

Portanto, compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir da saúde cognitiva permite reconhecer que a velhice pode ser vivida com autonomia, aprendizagem, vínculos e participação. A pessoa idosa não deve ser vista apenas como dependente ou vulnerável, mas como sujeito ativo, capaz de produzir conhecimento, estabelecer relações, transmitir experiências e reconstruir projetos de vida. Assim, a promoção da saúde cognitiva constitui elemento indispensável para uma velhice digna, participativa e bem-sucedida.

3. ESPIRITUALIDADE, SENTIDO DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL

A espiritualidade constitui uma dimensão essencial da experiência humana e deve ser compreendida como parte integrante da saúde, especialmente quando se adota uma perspectiva ampliada de cuidado. Diferentemente de uma visão estritamente biomédica, centrada apenas na doença, nos sintomas e nos aspectos orgânicos, a saúde integral considera o ser humano em sua totalidade, envolvendo dimensões físicas, psicológicas, sociais, culturais, existenciais e espirituais. Nesse sentido, a espiritualidade não se limita à religião institucionalizada, embora possa se expressar por meio dela, mas refere-se à busca de sentido, propósito, esperança, transcendência, conexão e orientação existencial diante da vida.

Hatcher (1996), compreende a espiritualidade como um processo de desenvolvimento das capacidades espirituais humanas. Para o autor, o ser humano é constituído por uma dimensão física e uma dimensão espiritual, sendo esta última relacionada às capacidades da alma, como o intelecto, os sentimentos e a vontade. A espiritualidade, portanto, não deve ser entendida apenas como crença abstrata, mas como processo de crescimento e aperfeiçoamento das potencialidades humanas. Nessa perspectiva, o autor afirma que “espiritualidade é um processo de desenvolvimento pleno, adequado, apropriado e harmônico das capacidades espirituais” (Hatcher, 1996, p. 3). Essa compreensão é relevante para o campo da saúde, pois permite entender que o cuidado não deve alcançar somente o corpo, mas também as necessidades interiores, afetivas, morais e existenciais da pessoa.

Essa dimensão ganha especial importância no processo de envelhecimento, fase em que muitos sujeitos passam a ressignificar sua trajetória, suas perdas, seus vínculos e sua própria finitude. Na velhice, a espiritualidade pode oferecer recursos simbólicos e emocionais para lidar com mudanças corporais, limitações funcionais, solidão, luto, adoecimento e alterações cognitivas. Hatcher destaca que o crescimento espiritual envolve aprendizagem, educação, escolhas e autoconhecimento, pois o sujeito desenvolve suas capacidades ao longo da vida, a partir das experiências e das relações que estabelece com o mundo (Hatcher, 1996, p. 2-4). Assim, a espiritualidade pode ser compreendida como uma força de organização interna, capaz de favorecer equilíbrio, esperança e maior capacidade de enfrentamento diante das adversidades.

No campo da saúde, Caldeira e Esperandio defendem que a espiritualidade deve ser incorporada ao cuidado de modo interdisciplinar, ético e humanizado. As autoras destacam que a obra *Espiritualidade e Saúde* busca contribuir para um cuidado humano que preserve a dignidade das pessoas, especialmente daquelas que se encontram em situações de maior vulnerabilidade (Caldeira; Esperandio, 2022, p. 6). Tal perspectiva aproxima-se diretamente da promoção da saúde integral, pois reconhece que o sujeito não pode ser reduzido ao diagnóstico, à idade, à limitação física ou à condição clínica. O

cuidado espiritual, nesse sentido, amplia o olhar dos profissionais e permite compreender a pessoa idosa como sujeito de história, valores, crenças, memórias, afetos e projetos.

A espiritualidade também se relaciona diretamente ao sentido de vida. De acordo com Saad, Masiero e Battistella, a espiritualidade pode ser definida como um sistema de crenças que se volta para elementos intangíveis, transmitindo vitalidade e significado aos acontecimentos da vida, podendo mobilizar energias positivas e contribuir para a melhoria da qualidade de vida (Saad; Masiero; Battistella, 2001, p. 107). Os autores destacam que as relações entre espiritualidade e saúde vêm sendo estudadas cientificamente e documentadas em diversas pesquisas, especialmente no que se refere à saúde mental, ao enfrentamento de doenças e à adaptação a situações de sofrimento (Saad; Masiero; Battistella, 2001, p. 107-112). Dessa forma, a espiritualidade pode atuar como recurso de enfrentamento, fortalecendo o indivíduo diante de experiências de dor, perda, adoecimento e envelhecimento.

Nessa mesma direção, Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck afirmam que a espiritualidade tem sido reconhecida como importante dimensão da qualidade de vida. Para esses autores, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais integram aspectos subjetivos da existência humana e influenciam a forma como o indivíduo percebe sua saúde, seu bem-estar e sua relação com o mundo (Panzini et al., 2007, p. 105-115). Essa contribuição é significativa para o presente artigo, pois permite relacionar espiritualidade e envelhecimento bem-sucedido não apenas à ausência de doença, mas à capacidade de viver com significado, pertencimento, esperança e satisfação existencial.

Além disso, Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig, em revisão sobre religiosidade e saúde mental, apontam que a maior parte dos estudos bem conduzidos encontrou associação positiva entre envolvimento religioso e indicadores de bem-estar psicológico, incluindo maior satisfação com a vida, melhor enfrentamento do estresse e menor presença de sintomas depressivos em determinados grupos (Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006, p. 242-250). Embora a espiritualidade não deva ser tratada de forma simplista ou como substituta dos cuidados clínicos, esses autores demonstram que ela pode constituir um fator de proteção psicossocial, especialmente quando vivenciada de modo positivo, livre, ético e integrado à vida cotidiana.

No contexto da pessoa idosa, essa relação entre espiritualidade, saúde mental e sentido de vida torna-se ainda mais relevante. O envelhecimento pode trazer experiências de fragilidade, dependência, afastamento social e perdas simbólicas, como a perda de papéis profissionais, familiares e comunitários. Nessas situações, a espiritualidade pode auxiliar na reconstrução de significados, permitindo que a pessoa idosa reconheça valor em sua trajetória, mantenha esperança e encontre formas de continuar participando da vida social. Assim, o cuidado espiritual não deve ser entendido como prática acessória, mas como parte de uma atenção integral voltada à dignidade, à autonomia e ao bem-estar.

A obra organizada por Caldeira e Esperandio também reforça a necessidade de conferir objetividade à espiritualidade no campo da saúde, apresentando práticas, recursos e competências que possibilitam sua concretização no cuidado, como oração, meditação, mindfulness, esperança, comunicação, counselling e avaliação da espiritualidade (Caldeira; Esperandio, 2022, p. 134-207). Essa abordagem demonstra que a espiritualidade pode ser trabalhada de maneira profissional, respeitosa e interdisciplinar, sem imposição religiosa ou violação da liberdade de crença. O cuidado espiritual, portanto, deve partir da escuta, da sensibilidade e do reconhecimento daquilo que dá sentido à vida de cada pessoa.

Sob o ponto de vista ético, Neves afirma que acolher a dimensão espiritual da pessoa é uma exigência do cuidado humanizado, pois a espiritualidade impede que o sujeito seja reduzido apenas à sua materialidade ou à sua condição de adoecimento. Para a autora, a atenção à espiritualidade favorece a realização de si e o reconhecimento da

dignidade humana, principalmente em situações de vulnerabilidade, como a doença, o sofrimento e o envelhecimento (Neves, 2022, p. 15). Essa reflexão é fundamental para o presente estudo, pois evidencia que a promoção da saúde integral exige um olhar que reconheça a pessoa idosa como sujeito pleno, e não apenas como corpo fragilizado ou portador de limitações.

Dessa maneira, a espiritualidade pode contribuir para a promoção da saúde integral ao fortalecer dimensões subjetivas que influenciam diretamente o bem-estar da pessoa idosa. Entre essas dimensões, destacam-se a esperança, a resiliência, o senso de pertencimento, a autoestima, a capacidade de perdoar, a aceitação das mudanças da vida e a construção de novos projetos existenciais. Tais elementos não anulam a necessidade de políticas públicas, acompanhamento médico, estímulo cognitivo, atividade física e participação social, mas complementam essas estratégias ao oferecer suporte emocional e existencial para o enfrentamento das dificuldades próprias do envelhecimento.

Portanto, espiritualidade, sentido de vida e saúde integral constituem dimensões profundamente relacionadas. A espiritualidade favorece a construção de significado diante das experiências humanas, contribui para o equilíbrio emocional e pode funcionar como recurso de enfrentamento diante do adoecimento e da finitude. No envelhecimento bem-sucedido, ela auxilia a pessoa idosa a preservar sua identidade, fortalecer vínculos, manter esperança e reconhecer valor em sua própria existência. Assim, integrar a espiritualidade à promoção da saúde cognitiva e integral significa reconhecer que envelhecer bem não é apenas viver mais tempo, mas viver com dignidade, significado, autonomia, vínculos e sentido.

4. CONTRIBUIÇÕES DA INTEGRAÇÃO ESPIRITUAL PARA A SAÚDE COGNITIVA E O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

A integração da espiritualidade no cuidado à pessoa idosa apresenta importantes contribuições para a saúde cognitiva e para o envelhecimento bem-sucedido, especialmente quando compreendida como uma dimensão complementar da saúde integral. A velhice não deve ser analisada apenas pela perspectiva das perdas físicas, funcionais ou cognitivas, mas também como etapa de ressignificação da vida, fortalecimento da identidade, preservação de vínculos e construção de novos sentidos. Nesse contexto, a espiritualidade pode atuar como recurso de enfrentamento, esperança, equilíbrio emocional e apoio social, fatores que repercutem positivamente sobre a saúde mental e, indiretamente, sobre a manutenção das funções cognitivas.

A saúde cognitiva está relacionada à preservação de capacidades como memória, atenção, linguagem, raciocínio, orientação, tomada de decisão e capacidade de aprendizagem. Tais funções são influenciadas não apenas por fatores biológicos, mas também por condições emocionais, sociais, culturais e espirituais. Assim, quando a pessoa idosa encontra sentido para sua existência, mantém vínculos significativos, participa de práticas comunitárias e desenvolve estratégias positivas de enfrentamento, há maior possibilidade de preservar sua autonomia, sua participação social e sua qualidade de vida.

Nesse sentido, Saad, Masiero e Battistella (2001, p. 107) afirmam que a espiritualidade pode ser entendida como um sistema de crenças voltado a elementos intangíveis, capaz de transmitir vitalidade e significado aos acontecimentos da vida. Os autores observam que essa crença pode mobilizar “energias e iniciativas extremamente positivas”, com potencial para melhorar a qualidade de vida da pessoa (Saad; Masiero; Battistella, 2001, p. 107). Essa contribuição é relevante para o envelhecimento, pois demonstra que a espiritualidade pode auxiliar o idoso a enfrentar situações de sofrimento,

adoecimento, solidão e perda de autonomia, fortalecendo recursos internos de resiliência e adaptação.

A relação entre espiritualidade e envelhecimento também é discutida por Lucchetti et al. (2011), ao analisarem o impacto da espiritualidade sobre diferentes aspectos da velhice. Os autores destacam que pessoas idosas costumam apresentar maior contato com a espiritualidade e a religiosidade, sobretudo diante das experiências de finitude, adoecimento e reorganização da vida. Segundo Lucchetti et al. (2011, p. 159-160), o interesse científico pela espiritualidade tem crescido justamente porque essa dimensão se relaciona com saúde, bem-estar, qualidade de vida e enfrentamento das dificuldades próprias do envelhecimento. Assim, a integração espiritual pode colaborar para que a pessoa idosa mantenha esperança, senso de pertencimento e maior equilíbrio emocional.

Do ponto de vista da saúde cognitiva, esses elementos são importantes porque emoções negativas persistentes, isolamento social, ausência de propósito e sofrimento psicológico podem comprometer a participação do idoso em atividades cognitivamente estimulantes. Por outro lado, práticas espirituais e religiosas podem favorecer rotinas, vínculos comunitários, meditação, oração, leitura, participação em grupos, escuta, reflexão e interação social. Tais práticas, quando vivenciadas de maneira saudável e livre, podem estimular dimensões cognitivas e socioemocionais, contribuindo para maior engajamento com a vida cotidiana.

Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007, p. 105) destacam que “a espiritualidade tem sido reconhecida como uma dimensão importante da qualidade de vida”. Para esses autores, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais interferem na forma como o indivíduo percebe sua vida, sua saúde, seus sofrimentos e suas possibilidades de enfrentamento. No caso da pessoa idosa, essa percepção subjetiva é fundamental, pois o envelhecimento bem-sucedido não depende apenas da ausência de doenças, mas também da capacidade de manter satisfação com a vida, vínculos afetivos, autonomia possível, esperança e sentido existencial.

A espiritualidade também pode contribuir para a saúde cognitiva por meio do enfrentamento religioso/espiritual positivo. Panzini e Bandeira (2007, p. 126-135) discutem o coping religioso/espiritual como estratégia utilizada por muitas pessoas para lidar com situações de estresse, sofrimento e crise. Quando esse enfrentamento é positivo, pode favorecer aceitação, confiança, esperança, perdão, fortalecimento emocional e reorganização da vida. No envelhecimento, essas estratégias podem auxiliar a pessoa idosa a lidar com perdas, limitações físicas e mudanças na rotina, evitando que tais experiências sejam vividas apenas como fracasso, inutilidade ou abandono.

Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006, p. 242-250), ao revisarem estudos sobre religiosidade e saúde mental, apontam que grande parte das pesquisas encontrou associação positiva entre envolvimento religioso e indicadores de bem-estar psicológico. Os autores relacionam a religiosidade a melhores níveis de satisfação com a vida, enfrentamento do estresse e menor presença de sintomas depressivos em determinados grupos. Essa observação é significativa para o tema da saúde cognitiva, pois o bem-estar psicológico constitui fator importante para a preservação da autonomia e da funcionalidade da pessoa idosa.

Contudo, é importante destacar que a espiritualidade não deve ser apresentada como substituta de cuidados médicos, psicológicos, terapêuticos ou sociais. Sua contribuição está no campo da complementaridade e da integralidade. A pessoa idosa necessita de acompanhamento em saúde, estímulo cognitivo, alimentação adequada, atividade física, convivência social e políticas públicas eficazes. A espiritualidade integra esse conjunto ao oferecer suporte subjetivo, simbólico e existencial, favorecendo a construção de sentido e a manutenção da dignidade.

A obra organizada por Caldeira e Esperandio (2022) reforça essa perspectiva ao defender a espiritualidade como parte do cuidado humanizado e interdisciplinar em saúde. As autoras destacam que o cuidado espiritual deve preservar a dignidade humana e considerar as pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente quando enfrentam sofrimento, doença ou dependência (Caldeira; Esperandio, 2022, p. 6). Essa compreensão se aplica diretamente à pessoa idosa, pois o envelhecimento pode envolver fragilidades físicas, emocionais, sociais e cognitivas que exigem um cuidado mais amplo, sensível e integral.

No mesmo sentido, a atenção espiritual não deve ser confundida com imposição religiosa. Neves (2022, p. 16-19), ao discutir a vivência da espiritualidade nos cuidados de saúde, afirma que a assistência espiritual ultrapassa a dimensão religiosa e deve estar baseada na escuta, na presença acolhedora e na solicitude. A autora destaca que a finalidade da assistência espiritual é favorecer a reconfiguração da identidade da pessoa por meio da reconstrução de sua história de vida e da recuperação ou invenção de sentido (Neves, 2022, p. 19). Essa contribuição é especialmente importante para o envelhecimento bem-sucedido, pois a pessoa idosa precisa ser reconhecida como sujeito de memória, trajetória, valores e experiências.

Assim, a integração espiritual pode favorecer a saúde cognitiva ao estimular narrativas de vida, memória autobiográfica, vínculos afetivos e reconhecimento da própria identidade. Quando o idoso é convidado a falar sobre sua história, suas crenças, seus valores, suas perdas e suas esperanças, há um movimento de organização da memória, elaboração emocional e fortalecimento subjetivo. Essa prática pode contribuir para a autoestima, para o sentimento de pertencimento e para a preservação do sentido de continuidade da vida.

Além disso, práticas espirituais como oração, meditação, leitura reflexiva, participação em grupos religiosos ou comunitários, escuta espiritual e ações solidárias podem funcionar como estímulos cognitivos e sociais. A oração e a meditação, por exemplo, podem favorecer concentração, tranquilidade e regulação emocional. A participação comunitária pode reduzir o isolamento social, ampliar redes de apoio e estimular linguagem, memória, atenção e convivência. A solidariedade e o voluntariado podem fortalecer o sentimento de utilidade e participação social, dimensões relevantes para o envelhecimento bem-sucedido.

Dessa forma, a espiritualidade contribui para o envelhecimento bem-sucedido porque oferece suporte à pessoa idosa em três dimensões principais: a dimensão emocional, ao favorecer esperança, serenidade e resiliência; a dimensão social, ao fortalecer vínculos, pertencimento e participação comunitária; e a dimensão cognitiva, ao estimular memória, reflexão, linguagem, atenção e construção de sentido. Essas dimensões se articulam e demonstram que o cuidado espiritual pode colaborar para uma velhice mais ativa, digna e significativa.

Portanto, a integração espiritual na promoção da saúde cognitiva deve ser compreendida como uma estratégia humanizada e complementar de cuidado. Ela não elimina as limitações próprias do envelhecimento, mas pode auxiliar a pessoa idosa a enfrentá-las com maior equilíbrio, esperança e sentido. Envelhecer de forma bem-sucedida, nesse contexto, significa não apenas viver mais anos, mas preservar a dignidade, a autonomia possível, os vínculos sociais, a memória de si e a capacidade de atribuir significado à própria existência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade, compreendida como dimensão relacionada à busca de sentido, propósito, esperança, transcendência e conexão com a vida, apresenta-se como elemento

relevante para a promoção da saúde cognitiva e para o envelhecimento bem-sucedido. Ao longo deste artigo, observou-se que o envelhecimento não pode ser analisado apenas sob a perspectiva biológica ou cronológica, pois envolve aspectos físicos, emocionais, sociais, culturais, cognitivos e espirituais que interferem diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa.

O envelhecimento populacional brasileiro, evidenciado pelos dados do IBGE, demonstra a necessidade de ampliar as discussões sobre práticas de cuidado voltadas à pessoa idosa. Nesse contexto, autores como Vasconcelos e Gomes (2012), Ottoni (2012) e Almeida, Fernandes e Istoe (2018) contribuem para compreender a velhice como uma etapa marcada não apenas por perdas, mas também por possibilidades de aprendizagem, participação social, autonomia e construção de novos significados. Assim, envelhecer de forma bem-sucedida implica preservar, tanto quanto possível, a funcionalidade, os vínculos sociais, a saúde cognitiva, a dignidade e o sentido de vida.

A saúde cognitiva revelou-se componente essencial desse processo, pois está relacionada à memória, atenção, linguagem, raciocínio, tomada de decisão, aprendizagem e autonomia. Embora o avanço da idade possa provocar alterações cognitivas, o declínio cognitivo não deve ser compreendido como consequência inevitável da velhice. Ao contrário, fatores como convivência social, estímulos intelectuais, equilíbrio emocional, práticas saudáveis e suporte espiritual podem colaborar para a manutenção das capacidades cognitivas e para uma vida mais ativa e significativa.

Nesse sentido, a espiritualidade contribui de maneira expressiva para a saúde integral da pessoa idosa. Com base em autores como Saad, Masiero e Battistella (2001), Panzini et al. (2007), Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), Caldeira e Esperandio (2022), Hatcher e Lucchetti et al. (2011), verificou-se que a espiritualidade pode favorecer esperança, resiliência, enfrentamento do sofrimento, equilíbrio emocional, pertencimento, autoestima e qualidade de vida. Tais elementos são importantes para o envelhecimento bem-sucedido, pois auxiliam a pessoa idosa a lidar com perdas, limitações, adoecimento, solidão e finitude.

A integração espiritual no cuidado, entretanto, deve ocorrer de forma ética, humanizada, respeitosa e não impositiva. A espiritualidade não pode ser confundida com imposição religiosa, nem deve substituir cuidados médicos, psicológicos, sociais ou terapêuticos. Sua contribuição está na complementaridade, ao reconhecer que o ser humano não necessita apenas de tratamento físico, mas também de escuta, acolhimento, dignidade, esperança e sentido. Dessa forma, a atenção à espiritualidade fortalece uma concepção ampliada de saúde, capaz de compreender a pessoa idosa como sujeito de história, memória, valores, crenças e projetos.

Conclui-se, portanto, que a integração espiritual pode contribuir para a promoção da saúde cognitiva e para o envelhecimento bem-sucedido ao favorecer a construção de significado, o fortalecimento dos vínculos sociais, a redução do isolamento, a regulação emocional e a preservação da identidade da pessoa idosa. Envelhecer bem não significa apenas viver mais anos, mas viver com autonomia possível, dignidade, participação, esperança e sentido. Assim, a espiritualidade deve ser reconhecida como dimensão relevante nas práticas de cuidado e nas discussões acadêmicas sobre envelhecimento, saúde cognitiva e qualidade de vida na velhice.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. C. C.; FERNANDES, F. G.; ISTOE, R. S. C. **Estatuto do Idoso, educação e tecnologia no Programa Terceira Idade em Ação/UENF**. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos**. Agência IBGE Notícias, 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos. Acesso em: 26 abr. 2026.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE. **População do país vai parar de crescer em 2041**. Agência IBGE Notícias, 2024. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41056-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041. Acesso em: 26 abr. 2026.

CALDEIRA, Sílvia; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes (org.). **Espiritualidade e saúde: fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira**. v. 2. Curitiba: PUCPRESS, 2022.

HATCHER, William S. **O conceito da espiritualidade**. The Association for Bahá'í Studies, 1996. Disponível em: http://www.bahai-studies.ca/archives/bs/Hatcher.pdf. Acesso em: 26 abr. 2026.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; BASSI, Rodrigo Modena; NASRI, Fabio; NACIF, Salete Aparecida Prado. **O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/hM9JF33HFKKJ36xnbYQY9gP/. Acesso em: 26 abr. 2026.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. **Religiousness and mental health: a review**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/v6WPG8DFL5ND3gc4bmhsPRF/. Acesso em: 26 abr. 2026.

NEVES, Maria Patrão. **A vivência da espiritualidade no contexto dos cuidados de saúde: algumas considerações éticas**. In: CALDEIRA, Sílvia; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes (org.). **Espiritualidade e saúde: fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira**. v. 2. Curitiba: PUCPRESS, 2022. p. 12-21.

OTTONI, Máximo Alessandro Mendes. **Longevidade: uma conquista ou um peso para a sociedade brasileira?** *Revista POLÊM!CA*, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/9630. Acesso em: 26 abr. 2026.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. **Coping religioso/espiritual**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/. Acesso em: 26 abr. 2026.

PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sica da; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **Qualidade de vida e espiritualidade**. *Revista de*

Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/BwhXyQkp9yCL38fJ9g6pdFf/. Acesso em: 26 abr. 2026.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. **Espiritualidade baseada em evidências**. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102355. Acesso em: 26 abr. 2026.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. **Transição demográfica: a experiência brasileira**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, out./dez. 2012. Disponível em: https://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf. Acesso em: 26 abr. 2026.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E ENVELHECIMENTO RESILIENTE: UM OLHAR SOBRE COGNIÇÃO, MEMÓRIA E LINGUAGEM

RELIGIOSITY, SPIRITUALITY AND RESILIENT AGING: A LOOK AT COGNITION, MEMORY AND LANGUAGE

Ana Paula dos Santos Vasconcelos
https://orcid.org/0009-0004-2373-3685
Ede Teixeira da Silva
https://orcid.org/0009-0006-9679-5734
Regina Gomes Costa
https://orcid.org/0009-0006-7335-5867
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: O presente artigo investiga a relação entre espiritualidade, resiliência, cognição e linguagem na experiência subjetiva de idosos. Partindo da tese de que a espiritualidade funciona como um sistema integrado de sentido, cuja expressão linguística e prática cognitiva atua como fator protetivo contra o declínio associado ao envelhecimento, o estudo articula contribuições da gerontologia, da psicolinguística e da psicologia da religião. Adota-se metodologia de revisão narrativa da literatura, com análise de estudos empíricos e teóricos publicados nas últimas três décadas. Os resultados indicam que práticas espirituais e religiosas promovem reserva cognitiva, preservam a fluência narrativa e a coerência discursiva, além de mobilizar o senso de propósito de vida em idosos. Conclui-se que a linguagem espiritual, manifestada em preces, narrativas autobiográficas e discursos de sentido, constitui uma mediação simbólica entre experiência subjetiva e resiliência cognitiva, configurando-se como campo prioritário para políticas de saúde integral ao idoso.

Palavras-chave: Espiritualidade. Envelhecimento. Cognição. Linguagem. Memória.

Abstract: This article investigates the relationship between spirituality, resilience, cognition and language in the subjective experience of elderly individuals. Starting from the thesis that spirituality functions as an integrated meaning system, whose linguistic expression and cognitive practice acts as a protective factor against age-related decline, the study articulates contributions from gerontology, psycholinguistics and the psychology of religion. A narrative literature review methodology was adopted, analyzing empirical and theoretical studies published over the last three decades. The results indicate that spiritual and religious practices promote cognitive reserve, preserve narrative fluency and discursive coherence, and mobilize a sense of life purpose in older adults. It is concluded that spiritual language, expressed in prayers, autobiographical narratives, and meaning-making discourses, constitutes a symbolic

[1]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 ;
[2]Aluno Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, edeteixeira@hotmail.com ;
[3] Aluna Especial de mestrado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - reginapdl3@yahoo.com.br ;
[4]Pós-doutorado em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Email: valtairmiranda@gmail.com ;
[5]Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação OswaldoCruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;

mediation between subjective experience and cognitive resilience, positioning itself as a priority field for comprehensive elderly health policies.

Keywords: Spirituality. Aging. Cognition. Language. Memory.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um dos fenômenos mais complexos e multidimensionais da existência. Biologicamente marcado por declínios graduais em sistemas fisiológicos e cognitivos, ele representa, ao mesmo tempo, uma acumulação de experiências, sabedorias e reelaborações identitárias que não podem ser reduzidas ao paradigma do déficit. A gerontologia contemporânea reconhece que o modo como o sujeito envelhece é profundamente mediado por fatores psicossociais, culturais e espirituais — dimensões que transcendem os marcadores biomédicos tradicionais (Stern, 2002; Salthouse, 2010).

A espiritualidade e a religiosidade emergem como variáveis de crescente interesse na literatura científica. Longe de se restringirem ao campo privado da fé individual, essas dimensões estruturam narrativas de sentido, organizam identidades ao longo do tempo e oferecem recursos simbólicos para o enfrentamento do sofrimento, da finitude e das perdas que acompanham o envelhecimento. Estudos longitudinais têm demonstrado associações entre práticas espirituais e menores índices de depressão, maior longevidade e melhor desempenho em tarefas cognitivas entre pessoas idosas (Koenig, 2012; Lucchetti et al., 2013).

Entretanto, a interface entre espiritualidade, cognição e linguagem no envelhecimento permanece subexplorada. A maior parte das pesquisas trata essas dimensões de forma isolada: estudos neuropsicológicos focam em memória e funções executivas; investigações gerontológicas abordam bem-estar subjetivo e qualidade de vida; e a psicolinguística do envelhecimento examina alterações no processamento léxico-semântico e na produção discursiva, sem integrar adequadamente a variável espiritual (Burke; Shafto, 2008; Thompson, 2009). Existe, portanto, uma lacuna teórica e empírica na articulação dessas três dimensões.

O presente artigo é orientado pelo seguinte problema de pesquisa: Qual a relação entre espiritualidade, resiliência, cognição e linguagem na experiência subjetiva de idosos? Para respondê-lo, desenvolve-se a seguinte tese central: a espiritualidade, ao estruturar um sistema integrado de sentido expresso por meio da linguagem, atua como fator protetivo da cognição e da resiliência no envelhecimento, na medida em que preserva a coerência narrativa da identidade, mobiliza recursos mnemônicos autobiográficos e sustenta o propósito vital diante das adversidades da velhice (Frankl, 1985; Pargament, 1997).

Essa tese implica reconhecer que a linguagem espiritual — seja na forma de preces, narrativas religiosas, testemunhos de fé ou práticas contemplativas verbalizadas — não é apenas um epifenômeno da crença, mas um mediador ativo entre experiência subjetiva, funcionamento cognitivo e capacidade de resiliência. O sujeito idoso que narra sua trajetória de vida à luz de uma cosmologia espiritual está, simultaneamente, exercendo funções cognitivas superiores, preservando a integridade de sua memória autobiográfica e construindo respostas adaptativas ao sofrimento (McAdams, 2006; Habermas; Bluck, 2000).

No âmbito brasileiro, essa perspectiva ganha contornos particularmente relevantes diante da transição demográfica acelerada, com projeções do IBGE (2022) indicando que mais de 30% da população terá 60 anos ou mais até 2050. Essa realidade impõe a necessidade de políticas públicas que incorporem a espiritualidade como recurso culturalmente enraizado, especialmente em contextos de sincretismo religioso como o catolicismo popular, o evangelicalismo pentecostal e as tradições afro-brasileiras. Assim, intervenções clínicas

sensíveis a essas dimensões podem potencializar a reserva cognitiva e a qualidade de vida, alinhando-se às diretrizes da Organização Mundial da Saúde para um envelhecimento saudável (Fleck et al., 2003).

Os avanços recentes na neurociência contemplativa reforçam a plausibilidade dessa articulação, evidenciando que práticas espirituais regulares promovem neuroplasticidade em regiões como o córtex pré-frontal e o hipocampo, áreas críticas para memória e regulação emocional (Davidson et al., 2003; Lazar et al., 2005). Essa evidência empírica não apenas valida a tese proposta, mas também abre caminhos para programas de estimulação cognitiva integrados a rituais espirituais, como grupos de reminiscência e life review therapy adaptados ao contexto cultural brasileiro (Butler, 1963; Chan et al., 2012).

Para desenvolver essa argumentação, o artigo está organizado em cinco seções principais. A primeira apresenta o panorama do envelhecimento e seus impactos cognitivos e linguísticos. A segunda define e articula os conceitos de espiritualidade, religiosidade e resiliência. A terceira examina os mecanismos pelos quais a espiritualidade incide sobre cognição e memória. A quarta analisa a linguagem espiritual como instrumento de resiliência. A quinta discute evidências empíricas e limitações do campo. Por fim, as considerações finais retomam a tese e apontam para implicações teóricas, clínicas e políticas.

2. ENVELHECIMENTO, COGNIÇÃO E LINGUAGEM

O Brasil atravessa uma transição demográfica acelerada. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) projetam que, em 2050, mais de 30% da população brasileira terá 60 anos ou mais, tornando o país um dos mais envelhecidos do mundo. Essa transformação estrutural impõe novos desafios ao sistema de saúde, às políticas públicas e, em especial, às ciências que investigam os processos de cognição, linguagem e subjetividade na velhice.

Do ponto de vista neurobiológico, o envelhecimento normal é acompanhado por alterações no córtex pré-frontal, no hipocampo e nos sistemas de neurotransmissão dopaminérgica e colinérgica. Essas mudanças se traduzem funcionalmente em redução da velocidade de processamento de informações, diminuição da memória de trabalho, menor eficiência das funções executivas e maior vulnerabilidade à interferência cognitiva (Salthouse, 2010). Contudo, é fundamental distinguir declínio cognitivo associado ao envelhecimento normal daquele patológico, como na doença de Alzheimer ou nas demências vasculares, que acometem uma proporção significativa da população idosa.

A noção de reserva cognitiva (Stern, 2002) é central para compreender por que indivíduos com semelhante carga de patologia cerebral apresentam desempenhos cognitivos tão diferentes. A reserva cognitiva refere-se à capacidade do cérebro de recrutar redes neurais alternativas ou de utilizar estratégias de processamento mais eficientes para compensar o declínio. Ela é acumulada ao longo da vida por meio de estímulos como educação formal, engajamento social, atividade física e, como será argumentado neste artigo, práticas espirituais e religiosas sustentadas.

Essa acumulação de reserva cognitiva ganha relevância particular no contexto brasileiro, onde desigualdades socioeconômicas limitam o acesso a outros fatores protetores tradicionais, como educação prolongada e atividades físicas estruturadas. Práticas espirituais, por sua acessibilidade cultural e ausência de custo, emergem como recurso democrático para a promoção de neuroplasticidade e preservação funcional, especialmente em populações idosas de baixa renda e em áreas rurais (Koenig, 2012).

A integração precoce desses fatores ao longo da trajetória vital potencializa seus efeitos protetores, conforme evidenciam estudos longitudinais que correlacionam engajamento espiritual contínuo com menor atrofia cortical e melhor conectividade funcional em redes de

memória e atenção (Lazar et al., 2005). Assim, políticas de saúde pública que incorporem dimensões espirituais desde a meia-idade podem mitigar os impactos do envelhecimento populacional acelerado, alinhando-se às recomendações da Organização Mundial da Saúde para envelhecimento saudável (Fleck et al., 2003).

2.1 Linguagem e Discurso no Envelhecimento.

A linguagem representa, talvez, a dimensão cognitiva mais diretamente ligada à identidade e à experiência subjetiva. No envelhecimento normal, observam-se alterações específicas: dificuldade de acesso lexical, expressa no fenômeno da "ponta da língua", redução da velocidade de processamento sintático, menor complexidade gramatical na produção espontânea de discurso e declínio na compreensão de inferências pragmáticas complexas (Burke; Shafto, 2008). Essas mudanças impactam não apenas a comunicação interpessoal, mas a própria capacidade de o idoso narrar, organizar e reelaborar sua história de vida.

Por outro lado, há dimensões da linguagem que se mostram surpreendentemente preservadas ou mesmo enriquecidas no envelhecimento. A riqueza vocabular passiva, a sabedoria pragmática acumulada, a habilidade de recontar narrativas culturalmente consolidadas e a produção de discurso autobiográfico coerente tendem a se manter em idosos com bom funcionamento cognitivo. Isso sugere que o envelhecimento da linguagem não é linear nem uniforme, mas modulado por fatores como escolaridade, engajamento social, saúde mental e, conforme se argumenta neste artigo, espiritualidade (Thompson, 2009).

A narrativa autobiográfica merece atenção especial. Ela é simultaneamente um produto linguístico e um processo cognitivo: ao narrar, o sujeito mobiliza memória episódica, funções executivas, atenção e processamento semântico. A integridade dessas narrativas — sua coerência interna, sua continuidade temporal e sua carga emocional — constitui um importante indicador de saúde cognitiva e psicológica na velhice. É precisamente nesse ponto que a espiritualidade intervém de modo significativo, ao fornecer um quadro narrativo que organiza a experiência ao longo do tempo e confere sentido às perdas, às transições e às conquistas da trajetória vital (Bassuk; Glass; Berkman, 1999).

O discurso produzido pelo sujeito idoso não deve ser compreendido apenas como reflexo passivo de seu estado cognitivo, mas como prática ativa de manutenção da identidade. Ao narrar lembranças, reinterpretar experiências e atribuir significados aos acontecimentos vividos, o idoso preserva não apenas conteúdos mnemônicos, mas também a continuidade simbólica do self. Nesse sentido, linguagem e memória não operam de forma separada; elas se entrelaçam na constituição de uma subjetividade que resiste à fragmentação produzida pelo tempo, pela perda e pela vulnerabilidade associada à velhice (Habermas; Bluck, 2000).

Sob essa perspectiva, a linguagem espiritual adquire relevância singular, pois oferece repertórios simbólicos, metáforas, fórmulas narrativas e expressões culturalmente sedimentadas que auxiliam o idoso a elaborar sua experiência. Preces, testemunhos, leituras devocionais, cantos religiosos e narrativas de fé funcionam como formas de exercício linguístico e como dispositivos de reorganização subjetiva. Não se trata apenas de expressão religiosa, mas de uma modalidade de discurso capaz de sustentar coerência narrativa, fortalecer vínculos identitários e ampliar recursos de enfrentamento diante das adversidades do envelhecimento (Koenig, 2012; Lucchetti et al., 2013).

3. ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E RESILIÊNCIA

A utilização muitas vezes indistinta dos termos espiritualidade e religiosidade na literatura científica gera imprecisões que precisam ser enfrentadas. A religiosidade refere-se à adesão a crenças, práticas e instituições religiosas formalmente organizadas — frequência a

cultos, observância de rituais, pertencimento a comunidades de fé. A espiritualidade, por sua vez, é um conceito mais amplo: diz respeito à busca de sentido, transcendência, conexão com algo maior do que o self e experiência do sagrado, podendo ou não estar vinculada a uma tradição religiosa institucionalizada (Koenig; King; Carson, 2012).

Para os fins deste artigo, adota-se uma perspectiva integrativa, reconhecendo que ambas as dimensões se sobrepõem com frequência na experiência dos idosos brasileiros — contexto marcado por profunda religiosidade popular e sincretismo cultural. Contudo, mantém-se a distinção analítica para fins de precisão teórica: a religiosidade opera mais no plano das práticas sociais e rituais; a espiritualidade, no plano da experiência subjetiva de sentido e transcendência.

A Organização Mundial da Saúde, por meio do instrumento WHOQOL-SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs), reconhece a espiritualidade como um domínio autônomo da qualidade de vida, composto por facetas como conexão com o sagrado, sentido e propósito de vida, admiração pelo cosmos, totalidade e integração, força espiritual, paz interior e esperança (Fleck et al., 2003). Essa operacionalização multidimensional evidencia que a espiritualidade não é uma variável simples, mas um sistema complexo com múltiplas interfaces com a cognição, a afetividade e a linguagem.

Essa distinção conceitual ganha relevância particular no contexto brasileiro, onde a religiosidade popular manifesta-se em práticas sincréticas que transcendem fronteiras confessionais estritas. No catolicismo popular, no evangelicalismo pentecostal, na umbanda e no candomblé, observa-se uma fusão orgânica entre ritual (religiosidade) e experiência de transcendência pessoal (espiritualidade), criando redes de suporte que funcionam como verdadeiros amortecedores contra o isolamento social e o declínio funcional típico da velhice.

A integração dessas dimensões na experiência idosa brasileira sugere que intervenções clínicas devem considerar tanto os aspectos institucionais da religiosidade — como a participação em comunidades de fé — quanto as vivências subjetivas de espiritualidade que emergem da relação pessoal com o sagrado. Essa abordagem culturalmente situada potencializa os efeitos protetores sobre cognição e resiliência, especialmente em populações de baixa escolaridade e renda onde outros fatores de reserva cognitiva são escassos.

Estudos epidemiológicos recentes reforçam essa perspectiva ao demonstrar que idosos brasileiros com práticas religiosas regulares apresentam menores índices de declínio cognitivo e maior capacidade de enfrentamento frente a eventos estressantes como luto, doença crônica e limitações funcionais. A frequência a cultos e terreiros não funciona apenas como suporte social, mas também como estímulo cognitivo regular que preserva funções executivas e memória semântica por meio da repetição de rituais, cantos e leituras sagradas.

A articulação entre espiritualidade/religiosidade e resiliência aponta para a necessidade de políticas públicas que incorporem essas dimensões no cuidado integral ao idoso. Programas de estimulação cognitiva baseados em reminiscência espiritual, grupos de oração adaptados para pessoas com comprometimento cognitivo leve e intervenções terapêuticas que respeitem a pluralidade religiosa brasileira representam caminhos promissores para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional acelerado no país.

3.1 Resiliência no Envelhecimento: Modelos Teóricos.

O conceito de resiliência, originalmente desenvolvido na psicologia do desenvolvimento para compreender crianças que prosperam apesar de adversidades significativas, foi progressivamente aplicado ao envelhecimento. No contexto gerontológico, resiliência designa a capacidade do idoso de se adaptar positivamente a perdas, doenças, lutos e transições de vida, mantendo ou recuperando um nível satisfatório de bem-estar e funcionamento (Rutter, 2006; Cyrulnik, 2004).

O modelo ecológico de Walsh (2016) propõe que a resiliência familiar e individual no envelhecimento é sustentada por três sistemas de processos: sistemas de crenças (que incluem espiritualidade e sentido de vida), padrões organizacionais (coesão e flexibilidade) e processos comunicacionais (clareza, expressão emocional e resolução colaborativa de problemas). É notável que dois dos três sistemas identificados por Walsh — crenças e comunicação — estejam diretamente relacionados ao nexo espiritualidade-linguagem que este artigo propõe investigar.

Boris Cyrulnik (2004), neurocientista e psiquiatra francês que cunhou o conceito moderno de resiliência, enfatiza o papel da narrativa na construção da resiliência: é pela capacidade de narrar o trauma, de encontrar palavras para o inenarrável, que o sujeito transforma sofrimento em sentido. Essa perspectiva é particularmente fecunda para compreender o papel da espiritualidade na resiliência de idosos: as tradições religiosas oferecem vocabulários, metáforas e estruturas narrativas que permitem ao sujeito posicionar suas perdas dentro de um horizonte de sentido mais amplo.

Essa concepção narrativa da resiliência dialoga diretamente com os processos linguísticos preservados no envelhecimento, como a capacidade de produzir discursos autobiográficos coerentes. Quando o idoso reconta sua história à luz de uma cosmologia espiritual, ele não apenas exerce funções cognitivas superiores, mas também reelabora experiências traumáticas em narrativas redentoras — aquelas que transformam adversidades em crescimento e propósito. Essa transmutação semântica constitui um mecanismo fundamental de adaptação positiva frente às perdas inevitáveis da velhice.

Pesquisas qualitativas com idosos brasileiros reforçam essa perspectiva ao evidenciar que a fé e os vínculos religiosos funcionam como "tecidos afetivos" que sustentam a reinvenção identitária apesar da fragilização física e cognitiva. A participação em comunidades de fé não oferece apenas suporte emocional, mas também oportunidades regulares de exercício narrativo que preservam a continuidade do self e fortalecem a agência subjetiva diante da dependência crescente.

No contexto brasileiro, marcado por profunda religiosidade popular, essa resiliência narrativa adquire contornos culturalmente específicos. Narrativas de "provação divina", "graça recebida" e "missão cumprida" circulam como repertórios discursivos prontos que permitem ao idoso reinterpretar limitações funcionais, doenças crônicas e lutos como etapas necessárias de um plano transcendente, potencializando assim os efeitos protetores da espiritualidade sobre cognição e bem-estar psicológico.

A articulação entre resiliência narrativa e espiritualidade sugere aplicações clínicas promissoras, particularmente na terapia de revisão de vida adaptada a contextos religiosos. Intervenções que estimulem idosos a reconstruir suas trajetórias vitais utilizando metáforas e estruturas narrativas religiosas podem não apenas preservar funções cognitivas, mas também promover aceitação da finitude e integridade egóica, alinhando-se ao último estágio do ciclo vital proposto por Erikson (1982).

3.2 O Coping Espiritual-Religioso.

O modelo de coping religioso-espiritual desenvolvido por Kenneth Pargament (1997, 2007) representa uma das mais influentes contribuições para a compreensão dos mecanismos pelos quais espiritualidade e religiosidade modulam respostas a situações de estresse e adversidade. Pargament distingue entre coping religioso positivo — que inclui buscar conexão com Deus, reframing espiritual de situações adversas e engajamento em práticas religiosas colaborativas — e coping religioso negativo — que envolve atribuição punitiva, luta espiritual e sentimentos de abandono divino.

Estudos com populações idosas demonstram que o coping espiritual positivo está associado a melhor saúde mental, maior senso de controle percebido, menor ansiedade frente à morte e melhor funcionamento cognitivo (Pargament et al., 2004). O coping espiritual opera, em termos psicolinguísticos, por meio da produção de narrativas de reinterpretação: o idoso que utiliza recursos espirituais para enfrentar uma doença grave não apenas crê de modo diferente — ele fala de modo diferente, narra de modo diferente, atribui significados diferentes à mesma realidade objetiva.

Essa reinterpretação semântica, central ao coping religioso positivo, manifesta-se linguisticamente como narrativas que transformam eventos estressantes em experiências de crescimento espiritual ou intervenção divina. Ao reformular "doença incurável" como "provação com propósito" ou "luto insuportável" como "transição para o eterno", o idoso não apenas alivia o sofrimento emocional, mas também exerce funções cognitivas complexas como atribuição causal, integração temporal e regulação afetiva por meio da linguagem.

Pesquisas brasileiras com idosos institucionalizados e portadores de doenças crônicas evidenciam que o coping espiritual positivo promove sentimentos de esperança, consolo e aceitação, reduzindo sintomas depressivos e sobrecarga emocional. Estratégias como oração colaborativa e leitura de textos sagrados funcionam como dispositivos de regulação emocional que preservam a coerência narrativa da identidade, mesmo em contextos de alta vulnerabilidade funcional e cognitiva.

O contraste com o coping religioso negativo é particularmente instrutivo: idosos que atribuem suas perdas a punições divinas ou experimentam dúvida espiritual apresentam maior fragmentação discursiva e declínio cognitivo acelerado. Essa dicotomia reforça a importância de intervenções clínicas que promovam narrativas espirituais construtivas, especialmente em fases avançadas do envelhecimento quando a capacidade de reinterpretação semântica pode ser comprometida por alterações neurocognitivas.

No contexto da gerontologia brasileira, o coping espiritual-religioso emerge como recurso culturalmente acessível e eficaz para a promoção da resiliência. Programas de estimulação cognitiva que incorporem práticas devocionais guiadas — como grupos de leitura bíblica adaptados ou reminiscência espiritual — podem potencializar os efeitos protetores do coping positivo, combatendo o isolamento social e preservando funções linguísticas e mnemônicas em idosos com comprometimento cognitivo leve.

A integração do modelo de Pargament com a psicolinguística do envelhecimento abre perspectivas para pesquisas futuras que examinem especificamente como diferentes estilos de coping religioso impactam a produção discursiva e a reserva cognitiva. Estudos longitudinais que monitorem narrativas de idosos ao longo do tempo poderiam elucidar se o coping espiritual positivo atua preventivamente contra o declínio cognitivo, constituindo-se assim em alvo prioritário para políticas de saúde integral à população envelhecida.

4 ESPIRITUALIDADE, COGNIÇÃO E MEMÓRIA: MECANISMOS E EVIDÊNCIAS

A neurociência contemplativa tem documentado, nas últimas duas décadas, os correlatos neurais de práticas como meditação, oração e mindfulness. Os trabalhos pioneiros de Richard Davidson e colaboradores (Davidson et al., 2003) demonstraram que meditadores experientes apresentam ativação aumentada do córtex pré-frontal esquerdo — região associada a afetos positivos e regulação emocional — e maior espessura cortical em áreas envolvidas em atenção sustentada e autorregulação. Esses achados são relevantes para o envelhecimento porque o córtex pré-frontal é uma das regiões mais vulneráveis ao declínio neurodegenerativo.

Andrew Newberg (2010), desenvolvendo o campo da neuroteologia, identificou que práticas como a glossolalia, a prece contemplativa e a meditação transcendental produzem alterações no fluxo sanguíneo cerebral, particularmente nos lobos parietais posteriores

(envolvidos na distinção self/mundo) e nos gânglios da base. Essas alterações funcionais sugerem que práticas espirituais regulares constituem uma forma de estimulação cognitiva sistêmica, com potencial papel na manutenção da reserva cognitiva em idosos.

Especificamente em populações idosas, um estudo longitudinal de Lazar et al. (2005) demonstrou que praticantes regulares de meditação apresentavam menor atrofia cortical associada à idade em regiões frontais, insulares e temporais do que não-praticantes de mesma faixa etária. Embora a generalização desses achados exija cautela metodológica, eles sustentam a plausibilidade neurobiológica da tese de que práticas espirituais regulares contribuem para a preservação cognitiva no envelhecimento.

Pesquisas mais recentes corroboram esses resultados, mostrando que intervenções baseadas em mindfulness (MBSR e MBCT) em idosos reduzem sintomas de depressão, ansiedade e estresse, ao mesmo tempo em que melhoram a percepção de bem-estar subjetivo e a qualidade de vida. A prática regular fortalece conexões neurais, retardando o declínio cognitivo e preservando capacidades como memória e concentração, com aumento da massa cinzenta em regiões críticas.

Estudos longitudinais indicam que meditadores idosos apresentam uma taxa mais lenta de atrofia cerebral, preservando melhor suas capacidades cognitivas ao longo do tempo. A espessura cortical de praticantes experientes de 50 anos pode equiparar-se à de não praticantes de 25 anos, evidenciando o potencial protetor das práticas contemplativas contra o envelhecimento cerebral acelerado.

No contexto brasileiro, onde práticas espirituais como oração e meditação são culturalmente acessíveis, essas evidências sugerem aplicações preventivas em programas públicos de saúde. Intervenções que combinem mindfulness com elementos religiosos locais poderiam constituir estratégias custo-efetivas para manutenção cognitiva, especialmente em populações vulneráveis com menor acesso a terapias convencionais.

4.1 Espiritualidade, Memória Autobiográfica e Sentido de Vida.

A memória autobiográfica — definida como o sistema de memória que armazena eventos pessoalmente experienciados e informações sobre o self ao longo do tempo — ocupa um lugar central na interface entre espiritualidade e cognição no envelhecimento. É por meio dela que o sujeito idoso constrói a narrativa de sua identidade, integra passado e presente e antecipa o futuro. Quando essa memória é atravessada por uma cosmologia espiritual, ela adquire uma estrutura de sentido que organiza os eventos da vida em torno de valores, propósitos e relações transcendentes.

Viktor Frankl (1985), neurologista e psiquiatra sobrevivente dos campos de concentração nazistas, demonstrou que a capacidade de encontrar sentido mesmo em situações de sofrimento extremo é o fator determinante da sobrevivência psicológica. Sua logoterapia propõe que o ser humano é fundamentalmente motivado pela busca de sentido — e que a espiritualidade é um dos caminhos privilegiados para essa realização. Na velhice, essa busca se intensifica: confrontado com perdas acumuladas, doenças e aproximação da morte, o idoso é chamado a reelaborar o sentido de sua trajetória.

Pesquisas no campo da gerontologia têm demonstrado que o senso de propósito de vida — intimamente ligado à dimensão espiritual — está associado a melhor desempenho em memória episódica, maior velocidade de processamento cognitivo e menor risco de desenvolvimento de demência (Boyle et al., 2010). Um estudo longitudinal de Boyle e colaboradores, com acompanhamento de mais de uma década, encontrou que idosos com alto senso de propósito tinham 2,4 vezes menos chances de desenvolver doença de Alzheimer do que aqueles com baixo propósito, independentemente de outros fatores de risco.

Estudos mais recentes, incluindo meta-análises internacionais, confirmam essa associação protetora, com redução de até 28% no risco de comprometimento cognitivo em indivíduos com maior senso de propósito de vida. Essa proteção parece operar por mecanismos como maior regulação emocional, engajamento social sustentado e preservação de redes neurais associadas à memória e atenção, reforçando a interface entre espiritualidade e reserva cognitiva.

No contexto brasileiro, pesquisas qualitativas revelam que memórias autobiográficas evocadas por palavras espirituais são mais específicas, emocionalmente positivas e frequentemente acessadas, com religiosidade/espiritualidade atuando como preditor significativo de suas características fenomenológicas. Essa dinâmica sugere que práticas espirituais fortalecem a evocação autobiográfica, contribuindo para a manutenção da identidade e do bem-estar afetivo na velhice.

4.2 Comunidade Religiosa e Estimulação Cognitiva.

Além dos mecanismos neurobiológicos diretos, a participação em comunidades religiosas oferece uma dimensão de estimulação cognitiva e social de enorme relevância para o envelhecimento. A frequência a cultos, missas, terreiros e grupos de oração implica engajamento em atividades cognitivamente complexas: escuta e interpretação de textos sagrados, participação em cantos e responsos que exigem memória semântica e episódica, engajamento em dinâmicas sociais e afetivas, e produção de discurso religioso oral em diferentes contextos.

O isolamento social é um dos principais fatores de risco para o declínio cognitivo acelerado e a demência em idosos (Bassuk; Glass; Berkman, 1999). Nesse sentido, as comunidades religiosas funcionam como redes de suporte social que combatem o isolamento, ao mesmo tempo em que oferecem estruturas de estimulação cognitiva regulares. Um estudo de Hill e colaboradores (2005) encontrou que a participação religiosa frequente em idosos estava associada a menor declínio cognitivo longitudinal, mesmo após controle de variáveis como escolaridade, saúde física e depressão.

Essa estimulação cognitiva ocorre por meio de práticas que demandam processamento linguístico complexo e memória de trabalho sustentada. A alternância entre escuta ativa de homilias, memorização de responsos litúrgicos e produção de testemunhos espontâneos ativa múltiplas redes neurais simultaneamente, promovendo plasticidade sináptica e preservando funções executivas contra a atrofia etária.

Pesquisas epidemiológicas demonstram que idosos frequentadores regulares de atividades religiosas apresentam menor incidência de comprometimento cognitivo leve e demência, com efeitos independentes de outros fatores de estilo de vida. A combinação de estimulação cognitiva + suporte social + regulação emocional proporcionada por essas comunidades constitui um "pacote protetor" particularmente eficaz contra o declínio neurodegenerativo multifatorial.

No Brasil, onde aproximadamente 90% da população idosa mantém práticas religiosas regulares, essa dinâmica adquire relevância estratégica para políticas públicas de envelhecimento saudável. A integração de grupos religiosos em programas de estimulação cognitiva comunitária poderia representar uma intervenção custo-efetiva e culturalmente situada para prevenção do declínio cognitivo em larga escala.

5 A LINGUAGEM ESPIRITUAL COMO MEDIAÇÃO SIMBÓLICA E INSTRUMENTO DE RESILIÊNCIA

Entende-se por linguagem espiritual o conjunto de recursos verbais e discursivos por meio dos quais o sujeito articula, expressa e transmite experiências, crenças e práticas de natureza espiritual e religiosa. Ela compreende formas diversas: a prece oral e silenciosa, o canto litúrgico e o louvor, a leitura e interpretação de textos sagrados, o testemunho religioso, a narrativa de experiências místicas, o discurso de consagração e benzimento, e as conversações cotidianas atravessadas por referências ao sagrado ("Graças a Deus", "Se Deus quiser", "Deus me guardou").

Do ponto de vista psicolinguístico, essas formas de linguagem envolvem processos cognitivos complexos e específicos. A prece, por exemplo, implica produção de discurso em segunda pessoa dirigido a um interlocutor ausente/transcendente — o que demanda habilidades de perspectivação, teoria da mente e construção de diálogo imaginado. O canto litúrgico combina memória semântica, memória procedural e processamento prosódico em uma experiência multimodal que pode preservar funções linguísticas em estágios iniciais de demência. A narrativa de testemunho religioso é uma das formas mais elaboradas de narrativa autobiográfica, exigindo organização temporal, coerência temática e habilidade de atribuição de significado a eventos passados.

Merece atenção especial o fenômeno da reminiscência espiritual, que ocorre quando o idoso narra episódios de sua vida à luz de uma interpretação religiosa ou espiritual. Ao recontextualizá-los como momentos de intervenção divina, de provação espiritual ou de graça, o sujeito não apenas reescreve sua biografia — ele exerce funções cognitivas de alta complexidade: revisão, reinterpretação, atribuição causal, regulação emocional e integração narrativa.

Essa reminiscência espiritual funciona como verdadeiro scaffolding cognitivo, oferecendo estruturas linguísticas prontas que sustentam a memória autobiográfica fragilizada pelo envelhecimento. Expressões consagradas como "prova de fé" ou "graça divina" atuam como âncoras semânticas que organizam eventos dispersos em narrativas coerentes, preservando a continuidade identitária mesmo diante de perdas mnemônicas significativas.

A evocação de memórias espirituais está associada a menor comprometimento cognitivo e maior bem-estar afetivo, sugerindo que essa prática pode ser incorporada em protocolos terapêuticos para estimulação cognitiva. A linguagem espiritual emerge assim não apenas como expressão de crença, mas como intervenção neuroprotetora culturalmente situada e acessível a populações vulneráveis.

5.1 A Reminiscência e a Life Review Therapy.

A terapia de revisão de vida (Life Review Therapy), desenvolvida por Robert Butler (1963) a partir do conceito de reminiscência, propõe que a revisão sistemática e integrativa da trajetória vital é uma tarefa psicológica fundamental no envelhecimento, associada à resolução de conflitos não elaborados, à aceitação da finitude e ao alcance de um senso de integridade do ego — o que Erikson (1982) identificou como o desafio central da última fase da vida.

Quando a revisão de vida é conduzida em um framework espiritual, seus efeitos tendem a ser potencializados. Estudos de Chan e colaboradores (2012) demonstraram que intervenções de reminiscência espiritualmente integrada produziram resultados superiores em termos de redução de sintomas depressivos e aumento do bem-estar psicológico em idosos, comparadas à reminiscência sem componente espiritual. O mecanismo proposto é que a espiritualidade oferece um "scaffolding" narrativo — uma estrutura de apoio que organiza os eventos da vida em um arco de sentido coerente e transcendente.

No contexto brasileiro, marcado pela profundidade e diversidade das tradições religiosas — catolicismo popular, evangélico-pentecostal, umbanda, candomblé, espiritismo kardecista —, a linguagem espiritual assume formas culturalmente específicas que precisam ser

consideradas em intervenções terapêuticas e programas de estimulação cognitiva para idosos. A sensibilidade cultural religiosa não é um elemento periférico, mas central para a eficácia de qualquer intervenção que pretenda mobilizar recursos espirituais no cuidado ao idoso.

Essa adaptação cultural pode incluir, por exemplo, grupos de reminiscência que incorporem hinos tradicionais, rezas coletivas ou narrativas de santos e figuras espirituais locais, respeitando a pluralidade religiosa brasileira. Tais intervenções potencializam não apenas os efeitos psicológicos da revisão de vida, mas também preservam funções cognitivas por meio do exercício linguístico regular em contextos emocionalmente significativos.

Pesquisas qualitativas com idosos brasileiros evidenciam que a integração de elementos religiosos na terapia de reminiscência promove maior aceitação da morte e resolução de lutos inacabados, especialmente quando conduzida por facilitadores que compartilham a cosmovisão religiosa dos participantes. Essa abordagem humanizada alinha-se às diretrizes da Organização Mundial da Saúde para cuidados paliativos centrados na pessoa, configurando-se como estratégia ética e eficaz para o envelhecimento digno no contexto nacional.

5.2 Linguagem Espiritual, Coerência Narrativa e Identidade.

A tese central deste artigo encontra sua expressão mais plena nesta seção: a linguagem espiritual, ao estruturar narrativas de sentido, preserva a coerência narrativa da identidade no envelhecimento e, por essa via, sustenta tanto o funcionamento cognitivo quanto a capacidade de resiliência do idoso.

A coerência narrativa, entendida como a capacidade de narrar eventos de vida de modo temporal e causalmente organizado, com atribuição clara de significados e manutenção de uma perspectiva estável do self, é um dos marcadores mais sensíveis de saúde cognitiva e psicológica na velhice (Habermas; Bluck, 2000). Estudos comparando narrativas autobiográficas de idosos com e sem engajamento espiritual ativo encontram diferenças significativas nos índices de coerência, complexidade temática e integração afetiva das narrativas (McAdams, 2006).

McAdams (2006), em sua teoria das narrativas de identidade, propõe que as pessoas que desenvolvem "narrativas redentoras" — isto é, histórias de vida em que sofrimentos e adversidades são reelaborados como momentos de crescimento, aprendizado ou propósito — apresentam maior bem-estar psicológico, maior generatividade e melhor saúde mental no curso da vida adulta e da velhice. Narrativas redentoras são estruturalmente análogas às narrativas espirituais de conversão, de graça, de superação pela fé — o que sugere que as tradições religiosas funcionam como repositórios culturais de padrões narrativos protetores da saúde mental.

Essa analogia ganha relevância clínica quando aplicada à terapia narrativa com idosos, onde estruturas religiosas pré-existentes facilitam a construção de narrativas integradoras. A linguagem espiritual oferece metáforas prontas ("cruz que se carrega", "provação que purifica") que condensam processos complexos de ressignificação, preservando a continuidade identitária mesmo diante de perdas cognitivas progressivas.

Pesquisas qualitativas brasileiras confirmam que idosos engajados em práticas religiosas mantêm maior coerência narrativa em entrevistas biográficas, atribuindo a eventos traumáticos significados espirituais que sustentam sua autoimagem positiva. Essa preservação da identidade narrativa atua como fator de proteção contra depressão e desorientação existencial, reforçando a tese de que a linguagem espiritual é simultaneamente exercício cognitivo e construção resiliente.

6 EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS, LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DE PESQUISA

A literatura disponível sobre as relações entre espiritualidade, cognição, linguagem e resiliência no envelhecimento é extensa, embora heterogênea em termos metodológicos. Para os fins deste artigo, destacam-se quatro conjuntos de evidências que sustentam a tese proposta.

Em primeiro lugar, estudos epidemiológicos longitudinais — como o *Rush Memory and Aging Project* (Boyle et al., 2010), o *Health and Retirement Study e o Rush Religious Orders Study* — demonstram associações robustas entre participação religiosa/espiritual frequente e menor risco de declínio cognitivo, doença de Alzheimer e demência em populações idosas acompanhadas por períodos de 5 a 20 anos. Essas associações persistem após controle de variáveis de confundimento como escolaridade, saúde física, depressão e engajamento social secular.

Em segundo lugar, estudos de neuroimagem funcional documentam os correlatos neurais de práticas contemplativas e de oração em idosos, mostrando preservação de volumes corticais e maior conectividade funcional em redes associadas à memória e à atenção (Newberg, 2010; Hölzel et al., 2011). Esses dados fornecem a base neurobiológica para as associações observadas nos estudos epidemiológicos.

Em terceiro lugar, pesquisas clínicas e qualitativas com idosos brasileiros evidenciam que a espiritualidade é consistentemente apontada como o principal recurso de enfrentamento frente a doenças crônicas, luto e limitações funcionais (Lucchetti et al., 2013; Panzini; Bandeira, 2007). Esses estudos revelam a centralidade cultural da espiritualidade no contexto brasileiro e a necessidade de incorporá-la nas práticas de cuidado ao idoso.

Em quarto lugar, estudos de análise do discurso e de narrativa em idosos com engajamento religioso ativo documentam maior coerência narrativa, menor fragmentação discursiva e riqueza temática superior nas produções orais, comparados a controles sem engajamento espiritual (McAdams, 2006; Chan et al., 2012). Esses achados são particularmente relevantes para a dimensão psicolinguística da tese aqui desenvolvida.

Meta-análises recentes consolidam essas evidências, demonstrando que a religiosidade/espiritualidade reduz em até 35% o risco relativo de demência em idosos, com efeitos mais pronunciados em populações culturalmente religiosas como a brasileira. A frequência semanal a atividades religiosas associa-se a melhor desempenho em testes neuropsicológicos de memória e funções executivas, independentemente de fatores socioeconômicos.

Pesquisas brasileiras recentes reforçam a relevância cultural desses achados, mostrando que idosos evangélicos e católicos apresentam menor prevalência de depressão e comprometimento cognitivo leve quando comparados a não praticantes, mesmo controlando variáveis como idade e escolaridade. A participação em terreiros e centros espíritas demonstra efeitos similares, evidenciando o papel universal da espiritualidade na preservação cognitiva nacional.

6.1 Limitações Metodológicas e Desafios.

Apesar da relevância e da robustez de parte desses achados, o campo enfrenta desafios metodológicos significativos que precisam ser reconhecidos. Em primeiro lugar, a mensuração da espiritualidade é um problema não resolvido: os instrumentos disponíveis — como o WHOQOL-SRPB, a Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE) e a Duke Religion Index — capturam dimensões diversas que nem sempre são comparáveis entre estudos, dificultando a síntese e a meta-análise.

Em segundo lugar, a maior parte dos estudos disponíveis foi conduzida em populações norte-americanas e europeias, predominantemente cristãs e protestantes. A transferibilidade desses resultados para o contexto brasileiro, com sua pluralidade e sincretismo religiosos, não pode ser assumida automaticamente. Há necessidade urgente de pesquisas desenvolvidas em e

para o contexto brasileiro, com instrumentos validados e amostras representativas da diversidade religiosa nacional.

Em terceiro lugar, a maioria dos estudos trata espiritualidade como variável independente e cognição/resiliência como dependentes, em um modelo causal simplificado. A natureza transacional e bidirecional dessa relação — em que cognição e linguagem também moldam a experiência espiritual — é raramente explorada. Estudos de caso e metodologias qualitativas seriam particularmente valiosos para capturar essa complexidade.

Um quarto desafio refere-se à escassez de pesquisas longitudinais brasileiras que monitorem conjuntamente espiritualidade, cognição e produção linguística ao longo do envelhecimento. A maioria dos estudos nacionais utiliza delineamentos transversais, impossibilitando a determinação de causalidade e a avaliação de trajetórias individuais de preservação cognitiva mediadas por práticas espirituais.

A falta de consenso sobre definições operacionais também compromete a comparabilidade entre estudos. Termos como "espiritualidade ativa", "prática religiosa" e "coping espiritual" são frequentemente utilizados de forma intercambiável, gerando heterogeneidade que dificulta meta-análises e sínteses sistemáticas do campo.

A ausência de intervenções experimentais randomizadas que testem especificamente o impacto da linguagem espiritual sobre funções cognitivas representa lacuna crítica. Ensaios clínicos controlados que comparem grupos de reminiscência espiritual versus intervenções cognitivas seculares em idosos brasileiros são necessários para estabelecer causalidade e subsidiar políticas públicas baseadas em evidências.

6.2 Perspectivas e Agenda de Pesquisa.

Para o avanço do campo, propõe-se uma agenda de pesquisa em três frentes. A primeira frente é de natureza teórica: é necessário desenvolver modelos integradores que articulem de modo rigoroso espiritualidade, cognição e linguagem no envelhecimento, superando as fragmentações disciplinares. A neurociência, a psicolinguística e a psicologia da religião precisam dialogar de modo mais sistemático.

A segunda frente é de natureza metodológica: são necessários estudos longitudinais de longo prazo, conduzidos no Brasil, que monitorem conjuntamente indicadores de espiritualidade, funcionamento cognitivo e produção linguística em amostras diversificadas de idosos. O uso combinado de métodos quantitativos e qualitativos — análise de narrativas, entrevistas biográficas, neuropsicologia e neuroimagem — seria especialmente fértil.

A terceira frente é de natureza aplicada: os achados disponíveis já sustentam o desenvolvimento de intervenções clínicas e programas de estimulação cognitiva que incorporem dimensões espirituais culturalmente sensíveis para idosos. Grupos de reminiscência espiritualmente integrada, programas de revisão de vida em contextos religiosos e intervenções de estimulação cognitiva baseadas em práticas como a leitura de textos sagrados e o canto litúrgico são caminhos promissores que merecem investigação rigorosa.

Uma quarta perspectiva envolve o desenvolvimento de tecnologias assistivas que preservem a linguagem espiritual em fases avançadas de demência. Aplicativos de realidade virtual que recriem ambientes litúrgicos familiares, dispositivos de comunicação aumentativa com vocabulário religioso personalizado e plataformas de tele-reminiscência espiritual poderiam estender os benefícios neuroprotetores a idosos com comprometimento cognitivo grave.

Ensaios clínicos randomizados controlados que testem protocolos brasileiros específicos — como reminiscência católica popular versus reminiscência evangélica pentecostal versus grupos espíritas — são essenciais para estabelecer diretrizes baseadas em evidências. Esses estudos deveriam avaliar não apenas desfechos cognitivos, mas também

marcadores neurobiológicos, qualidade de vida e custos-efetividade, subsidiarando políticas públicas para o envelhecimento saudável em larga escala.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo propôs e desenvolveu a tese de que a espiritualidade, ao estruturar um sistema integrado de sentido expresso por meio da linguagem, atua como fator protetivo da cognição e da resiliência no envelhecimento. Ao longo das seções precedentes, buscou-se demonstrar que essa afirmação não é uma intuição filosófica ou uma afirmação de fé, mas uma proposição sustentada por evidências convergentes provenientes da neurociência contemplativa, da psicolinguística, da gerontologia e da psicologia da religião.

A espiritualidade incide sobre a cognição do idoso por múltiplas vias: promovendo reserva cognitiva por meio de práticas contemplativas regulares que estimulam plasticidade neuronal em regiões frontais e hipocampais; sustentando o senso de propósito de vida que se associa à preservação mnemônica e menor risco de demência (Boyle et al., 2010); oferecendo redes de suporte social que combatem o isolamento e estimulam o processamento cognitivo e linguístico; e fornecendo frameworks narrativos que organizam a memória autobiográfica em torno de uma estrutura de sentido coerente e transcendente.

A linguagem emerge, nesse contexto, não como mero veículo de expressão da espiritualidade, mas como o medium pelo qual ela se realiza cognitivamente. É na prece dirigida ao transcendente, no testemunho de superação pela fé, na narrativa de vida espiritualmente enquadrada, no canto litúrgico e no conselho de graça divina que a espiritualidade produz seus efeitos neuroprotetores e adaptativos. A linguagem espiritual é, portanto, simultaneamente exercício cognitivo complexo, construção identitária resiliente e ato de regulação emocional frente à finitude.

Para o contexto brasileiro, essas conclusões têm implicações práticas de grande alcance. Um país em acelerado processo de envelhecimento demográfico, marcado por profunda religiosidade popular — do catolicismo sincrético ao evangelicalismo pentecostal e às tradições afro-brasileiras — e por desigualdades estruturais no acesso a serviços especializados de saúde mental e neurológica, precisa desenvolver estratégias de cuidado ao idoso que reconheçam e mobilizem os recursos espirituais já presentes na vida cotidiana das pessoas. Ignorar essa dimensão culturalmente enraizada é desperdiçar um dos mais poderosos e acessíveis recursos de resiliência disponíveis na experiência humana.

Ao mesmo tempo, é necessário avançar para além da mera valorização retórica da espiritualidade no cuidado gerontológico. Faz-se imperativa pesquisa rigorosa com estudos longitudinais nacionais, instrumentos de mensuração validados para o sincretismo religioso brasileiro e intervenções clínicas randomizadas que testem grupos de reminiscência espiritual adaptados à pluralidade confessional. A formação de profissionais de saúde — psicólogos, fonoaudiólogos, geriatras e terapeutas ocupacionais — deve incluir competências para dialogar com a dimensão espiritual dos pacientes idosos, superando o secularismo reducionista que ainda predomina nas diretrizes acadêmicas.

Em Frankl (1985): "A última das liberdades humanas é a escolha da própria atitude em face de qualquer conjunto de circunstâncias". Na velhice, a espiritualidade é um dos modos privilegiados pelo qual os sujeitos brasileiros exercem essa liberdade — não como fuga da realidade biológica do declínio, mas como recurso discursivo para habitá-la com sentido, coerência narrativa e dignidade. Este artigo pretende contribuir para que tal liberdade seja reconhecida como direito fundamental do envelhecimento saudável no Brasil.

REFERÊNCIAS

BASSUK, S. S.; GLASS, T. A.; BERKMAN, L. F. **Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. Annals of Internal Medicine**, v. 131, n. 3, p. 165-173, 1999.

BOYLE, P. A. et al. **Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. Archives of General Psychiatr**y, v. 67, n. 3, p. 304-310, 2010.

BURKE, D. M.; SHAFTO, M. A. **Language and aging.** In: CRAIK, F. I. M.; SALTHOUSE, T. A. (orgs.). **The handbook of aging and cognition.** 3. ed. Nova York: Psychology Press, 2008. p. 373-443.

BUTLER, R. N. **The life review:** an interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry, v. 26, n. 1, p. 65-76, 1963.

CHAN, M. F. et al. **The effectiveness of life review interventions for older adults with chronic conditions. Geriatric Nursing,** v. 33, n. 4, p. 272-281, 2012.

CYRULNIK, B. **Falar de amor à beira do abismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

DAVIDSON, R. J. et al. **Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosomatic Medicine**, v. 65, n. 4, p. 564-570, 2003.

ERIKSON, E. H. **The life cycle completed**. Nova York: Norton, 1982.

FLECK, M. P. et al. **Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB)**. Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 1985.

HABERMAS, T.; BLUCK, S. **Getting a life:** the emergence of the life story in adolescence. Psychological Bulletin, v. 126, n. 5, p. 748-769, 2000.

HILL, T. D. et al. **Religious attendance and cognitive functioning among older black and white adults**. The Journals of Gerontology, v. 60, n. 2, p. P154-P159, 2005.

HÖLZEL, B. K. et al. **Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. Psychiatry Research**, v. 191, n. 1, p. 36-43, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população**: Brasil e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

KOENIG, H. G. **Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications**. ISRN Psychiatry, v. 2012, p. 1-33, 2012.

KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. Nova York: Oxford University Press, 2012.

LAZAR, S. W. et al. **Meditation experience is associated with increased cortical thickness. Neuroreport,** v. 16, n. 17, p. 1893-1897, 2005.

LUCCHETTI, G. et al. **Spirituality and mental health in Brazil:** a systematic review. EXPLORE, v. 9, n. 2, p. 83-90, 2013.

MCADAMS, D. P. **The redemptive self: stories Americans live by.** Nova York: Oxford University Press, 2006.

NEWBERG, A. B. **Principles of neurotheology. Farnham:** Ashgate, 2010.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. **Escalas de qualidade de vida e espiritualidade: revisão da literatura**. Revista Psiquiatria Clínica, v. 34, n. 6, p. 277-284, 2007.

PARGAMENT, K. I. T**he psychology of religion and coping: theory, research, practice.** Nova York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I. **Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred.** Nova York: Guilford Press, 2007.

PARGAMENT, K. I. et al. **Religious coping methods as predictors of psychological functioning.** In: PARGAMENT, K. I.; ZINNBAUER, B. J.; SCOTT, A. B. (eds.). Measures of religiosity. Washington, DC: APA, 2004. p. 550-560.

RUTTER, M. **Implications of resilience concepts for scientific understanding**. Annals of the New York Academy of Sciences, v. 1094, p. 1-12, 2006.

SALTHOUSE, T. A. **Major issues in cognitive aging**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

STERN, Y. **What is cognitive reserve?** Theory and research application of the reserve concept. Journal of the International Neuropsychological Society, v. 8, n. 3, p. 448-460, 2002.

THOMPSON, E. H. **Language and aging. Psychology and Aging,** v. 24, n. 2, p. 321-335, 2009.

WALSH, F. **Strengthening family resilience.** 3. ed. Nova York: Guilford Press, 2016.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

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 sobrevida 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, Safra (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 cardiovasculas. 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, ressignificando 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 transcendentes 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 calmaria 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.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

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.**

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

Fé, Cognição e Imunidade no Envelhecimento: mecanismos biopsicossociais de proteção à saúde do idoso

Nelia da Fonseca Pinto Ferreira
https://orcid.org/0009-0002-5215-5939
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

[1]
E-mail: nelifonseca.psi@gmail.com

[2] Doutor em História Comparada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Doutor em Ciências da Religião pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP). E-mail: valtairmiranda@gmail.com

[3] Doutora em Saúde da Criança e da Mulher / Fundação Osvaldo Cruz (2007); Profª Associada IV. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF. E-mail: rosalee@uenf.br

Resumo

Analisamos, nesta revisão integrativa da literatura, as relações entre fé, cognição e imunidade no envelhecimento, buscando compreender os mecanismos biopsicossociais associados à proteção da saúde da pessoa idosa. A pesquisa foi conduzida nas bases de dados PubMed e Web of Science, utilizando descritores relacionados à espiritualidade, cognição, memória, estresse, inflamação e envelhecimento. Os resultados demonstraram que a espiritualidade e a religiosidade estiveram associadas à redução do sofrimento emocional, fortalecimento da resiliência, melhora da saúde mental e possíveis efeitos protetivos sobre funções cognitivas em idosos. Também identificamos evidências relacionadas à influência da fé sobre mecanismos associados ao estresse fisiológico e à modulação de processos inflamatórios envolvidos no envelhecimento. Além disso, os estudos destacaram que fatores como apoio social, propósito de vida, esperança e estratégias positivas de enfrentamento representam importantes mecanismos psicossociais relacionados aos benefícios observados. Concluímos que a espiritualidade pode atuar como componente relevante na promoção da saúde integral da pessoa idosa, contribuindo para melhor adaptação emocional, cognitiva e fisiológica durante o envelhecimento. Entretanto, ressaltamos a necessidade de novas pesquisas capazes de aprofundar a compreensão dos mecanismos biológicos e psicossociais envolvidos nessa relação.

Palavras-chave: espiritualidade; envelhecimento; cognição; imunidade; saúde mental.

Abstract

We analyzed, in this integrative literature review, the relationships between faith, cognition, and immunity in aging, seeking to understand the biopsychosocial mechanisms associated with the protection of older adults' health. The research was conducted using the PubMed and Web of Science databases, applying descriptors related to spirituality, cognition, memory, stress, inflammation, and aging. The results demonstrated that spirituality and religiosity were associated with reduced emotional distress, strengthened resilience, improved mental health, and possible protective effects on cognitive functions in older adults. We also identified evidence related to the influence of faith on mechanisms associated with physiological stress and the modulation of inflammatory processes involved in aging. In addition, the studies highlighted that factors such as social support, purpose in life, hope, and positive coping strategies represent important psychosocial mechanisms related to the observed benefits. We concluded that spirituality may act as a relevant component in promoting the integral health of older adults, contributing to better emotional, cognitive, and physiological adaptation during aging. However, we emphasize the need for further research capable of deepening the understanding of the biological and psychosocial mechanisms involved in this relationship.

Keywords: spirituality; aging; cognition; immunity; mental health.

Introdução

O envelhecimento populacional tem provocado mudanças importantes no perfil epidemiológico mundial e ampliado os desafios relacionados à manutenção da saúde física, mental e funcional da pessoa idosa. O aumento da expectativa de vida vem sendo acompanhado por maior ocorrência de doenças crônicas, alterações cognitivas, processos inflamatórios persistentes e condições associadas ao sofrimento emocional, tornando o envelhecimento um fenômeno complexo, multifatorial e influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nesse contexto, cresce o interesse científico por fatores capazes de atuar como mecanismos protetivos durante a velhice, especialmente aqueles relacionados à capacidade de adaptação emocional, enfrentamento do estresse e preservação da qualidade de vida.

Entre esses fatores, a espiritualidade e a religiosidade têm recebido destaque nas pesquisas em saúde devido à sua possível influência sobre aspectos emocionais, cognitivos e imunológicos. Estudos indicam que idosos com maior envolvimento espiritual ou religioso tendem a apresentar menores níveis de sofrimento psicológico, maior sensação de bem-estar, melhores estratégias de enfrentamento diante das dificuldades e maior suporte social (Peres et al., 2007; Pokorski; Warzecha, 2011). Além disso, evidências recentes sugerem que práticas relacionadas à fé podem contribuir para redução de sintomas depressivos e ansiosos, fortalecimento da resiliência emocional e melhora da percepção subjetiva da saúde durante o envelhecimento (Mendonça Martins et al., 2022; Zaidem et al., 2026).

A relação entre espiritualidade e cognição também vem sendo explorada em diferentes contextos clínicos e populacionais. Pesquisas apontam que o envolvimento religioso pode estar associado à preservação de funções cognitivas, memória e capacidade adaptativa em idosos, principalmente por meio da redução do estresse psicológico, estímulo às interações sociais e fortalecimento de mecanismos emocionais positivos (Hosseini; Meyer; Oremus, 2022; Verno; Cohen; Patrick, 2007). Em paralelo, estudos envolvendo *mindfulness*, resiliência emocional e intervenções psicossociais demonstram potencial benefício sobre sintomas cognitivos leves, saúde mental e funcionalidade em idosos (Mapurunga et al., 2020; Zhang et al., 2026).

Além dos aspectos psicológicos e cognitivos, pesquisas recentes têm investigado possíveis relações entre espiritualidade e mecanismos biológicos associados ao envelhecimento. Marcadores relacionados ao estresse crônico,

inflamação e regulação hormonal, como cortisol, proteína C-reativa e ocitocina, têm sido utilizados para compreender como experiências emocionais e comportamentais ligadas à fé podem influenciar a saúde do idoso (Britt et al., 2024; Imamura et al., 2017). Essas evidências reforçam a hipótese de que fatores espirituais podem exercer influência indireta sobre processos imunológicos e neuroendócrinos, contribuindo para maior equilíbrio fisiológico durante o envelhecimento.

Dentro de uma perspectiva biopsicossocial, a espiritualidade pode ser compreendida como um conjunto de experiências relacionadas ao sentido da vida, esperança, pertencimento, conexão social e estratégias subjetivas de enfrentamento. Dessa forma, sua influência sobre a saúde não se restringe apenas às práticas religiosas formais, mas também à capacidade de promover estabilidade emocional, apoio social e adaptação diante das limitações físicas e emocionais comuns ao envelhecimento. A interação entre fé, cognição e imunidade sugere a existência de mecanismos integrados capazes de modular respostas emocionais, cognitivas e fisiológicas em idosos.

Apesar do crescimento das investigações sobre espiritualidade e saúde, ainda existem lacunas na literatura acerca da integração entre cognição, imunidade e mecanismos psicossociais relacionados à fé durante o envelhecimento. Muitos estudos abordam esses fatores de maneira isolada, dificultando uma compreensão mais ampla sobre como esses mecanismos interagem na proteção da saúde da pessoa idosa. Além disso, a diversidade metodológica e conceitual observada nas pesquisas reforça a necessidade de reunir e discutir criticamente as evidências disponíveis sobre o tema.

Neste estudo, analisamos as relações entre fé, cognição e imunidade no envelhecimento, buscando compreender os mecanismos biopsicossociais associados à proteção da saúde física e mental da pessoa idosa. Também investigamos os efeitos da espiritualidade e da religiosidade sobre a cognição, a saúde mental e os mecanismos relacionados ao estresse e à inflamação, discutindo evidências científicas que apontam a fé como possível fator protetivo no processo de envelhecimento.

Metodologia

Realizamos uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa e caráter descritivo, conduzida com o objetivo de reunir e analisar evidências científicas relacionadas às associações entre fé, cognição e imunidade no envelhecimento, com foco nos mecanismos biopsicossociais envolvidos na proteção da saúde da pessoa idosa. A construção metodológica do estudo foi orientada pelas recomendações do *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), utilizado como referência para organização das etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos.

A pergunta norteadora da pesquisa foi definida da seguinte forma: Quais evidências científicas demonstram relações entre espiritualidade, cognição e mecanismos imunológicos no envelhecimento, e de que forma esses fatores podem contribuir para a proteção da saúde da pessoa idosa?. Partimos da hipótese de que a espiritualidade e a religiosidade exercem influência positiva sobre a saúde cognitiva, emocional e imunológica de idosos, atuando como fatores protetivos frente aos impactos do estresse, da inflamação e do declínio funcional associados ao envelhecimento.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed e Web of Science, selecionadas devido à ampla cobertura de estudos nas áreas da saúde, psicologia, envelhecimento e ciências biomédicas. As buscas ocorreram utilizando descritores em língua inglesa combinados por operadores booleanos AND e OR.

Na base PubMed, utilizamos a seguinte estratégia de busca:

("spirituality" OR religiosity) AND ("cognitive function" OR cognition OR memory) AND (stress OR inflammation OR cortisol) AND ("older adults" OR elderly)

A busca inicial identificou 105 estudos. Posteriormente, aplicamos os seguintes filtros: texto completo gratuito, idioma inglês, espécie humana e participantes com idade igual ou superior a 65 anos. Após a aplicação dos filtros, permaneceram 19 estudos elegíveis para triagem.

Na base Web of Science, utilizamos a estratégia:

(spirituality OR religiosity) AND (cognition OR memory OR "cognitive function") AND (stress OR inflammation OR cortisol) AND (elderly OR "older adults")

A busca foi realizada considerando todos os campos indexados (“all fields”). Inicialmente foram identificados 19 artigos. Após aplicação dos filtros relacionados à disponibilidade de texto completo gratuito e idioma inglês, permaneceram 17 estudos.

Os registros recuperados nas duas bases foram exportados nos formatos PubMed (.txt) e BibTeX (.bib). Em seguida, realizamos a integração das bases no software R, utilizando a versão mais atual disponível durante a execução da pesquisa. Após o processo de organização e verificação automática, identificamos e removemos um estudo duplicado, resultando em 35 artigos únicos para análise.

Todos os estudos identificados após a remoção das duplicatas foram submetidos à leitura completa. O processo de elegibilidade considerou como critérios de inclusão artigos originais disponíveis integralmente, publicados em inglês, envolvendo participantes idosos e abordando associações entre espiritualidade ou religiosidade com cognição, estresse, inflamação, imunidade ou saúde mental. Foram excluídos estudos que não apresentavam relação direta com a temática proposta, artigos que abordavam espiritualidade sem associação com envelhecimento ou cognição, estudos sem foco em idosos e trabalhos que não discutiam mecanismos biopsicossociais relacionados à saúde.

Após leitura completa, 17 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade estabelecidos. Dessa forma, a amostra final desta revisão foi composta por 18 artigos científicos.

A extração dos dados foi realizada de forma descritiva, considerando informações relacionadas aos autores, ano de publicação, objetivos, população estudada, principais variáveis investigadas, mecanismos biopsicossociais analisados e principais resultados relacionados à espiritualidade, cognição, imunidade e envelhecimento. Posteriormente, os estudos foram organizados em categorias temáticas para discussão e síntese crítica das evidências encontradas (Tabela 1).

Tabela 1. Estudos incluídos na revisão integrativa

Autor/Ano	**Título**	**Principais Temas**
McDougall Jr. (1998)	Gender differences in coping and control with memory aging	Envelhecimento e memória

Autor/Ano	Título	Principais Temas
Yeager et al. (2006)	Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan	Religiosidade e saúde
Peres et al. (2007)	Spirituality and resilience in trauma victims	Resiliência e estresse
Verno, Cohen e Patrick (2007)	Spirituality and cognition: does spirituality influence what we attend to and remember?	Espiritualidade e memória
Pokorski e Warzecha (2011)	Depression and religiosity in older age	Religiosidade e depressão
Imamura et al. (2017)	An association between belief in life after death and serum oxytocin in older people in rural Japan	Espiritualidade e biomarcadores
Laird et al. (2019)	Neurocognitive correlates of resilience in late-life depression	Cognição e resiliência
Mapurunga et al. (2020)	*Mindfulness* based health promotion program for older adults	*Mindfulness* e saúde mental
Hill-Jarrett e Jones (2022)	Gendered racism and subjective cognitive complaints among older Black women	Estresse psicossocial
Glueckauf et al. (2022)	African American Alzheimer's caregiver training and support project 2	Estresse e suporte emocional

Autor/Ano	Título	Principais Temas
Hosseini, Meyer e Oremus (2022)	Is your religious involvement helping your mind?	Religiosidade e cognição
Mendonça Martins et al. (2022)	The association of mental health with positive behaviours, attitudes and virtues in community-dwelling older adults	Bem-estar psicológico
Mendonça Martins et al. (2022)	The role of positive behaviors, attitudes and virtues in the mental health of community-dwelling older adults	Saúde mental e espiritualidade
Britt et al. (2024)	The association between religious beliefs and values with inflammation among middle-age and older adults	Inflamação e religiosidade
Cousin et al. (2024)	A pilot study of a gratitude journaling intervention	Bem-estar espiritual
Zaidem et al. (2026)	Longitudinal predictors of quality of life in community-dwelling older adults	Qualidade de vida
Zhang et al. (2026)	*Mindfulness*-based stress reduction combined with reminiscence therapy	Cognição e *mindfulness*
Zhang et al. (2026)	The mediating role of anxiety and depressive symptoms	Cognição e saúde mental

Fé e saúde mental do idoso

O envelhecimento está associado a diversas mudanças físicas, emocionais e sociais que podem impactar diretamente a saúde mental da pessoa idosa. Alterações na funcionalidade, presença de doenças crônicas, perdas familiares, isolamento social e redução da autonomia frequentemente contribuem para maior vulnerabilidade emocional durante a velhice. Nesse contexto, sintomas como ansiedade, tristeza persistente, insegurança e depressão tornam-se relativamente comuns entre idosos, especialmente naqueles submetidos a situações de maior fragilidade social e emocional.

Dentro dessa perspectiva, a espiritualidade e a religiosidade vêm sendo investigadas como importantes fatores de proteção à saúde mental no envelhecimento. Os estudos analisados nesta revisão demonstraram que idosos com maior envolvimento religioso tendem a apresentar menores níveis de sofrimento psicológico, maior estabilidade emocional e melhores estratégias de enfrentamento diante de situações adversas. Além disso, a fé frequentemente aparece associada ao fortalecimento do senso de esperança, propósito de vida e pertencimento social, fatores importantes para manutenção do bem-estar emocional durante a velhice.

Pokorski e Warzecha (2011) observaram que a religiosidade esteve relacionada à redução de sintomas depressivos em idosos, sugerindo que o envolvimento espiritual pode atuar como mecanismo protetivo frente ao sofrimento emocional associado ao envelhecimento. Resultados semelhantes foram encontrados por Mendonça Martins et al. (2022), que identificaram associação entre atitudes positivas, espiritualidade e melhores indicadores de saúde mental em idosos residentes na comunidade. Segundo os autores, fatores como gratidão, esperança, altruísmo e suporte emocional estiveram relacionados a menores níveis de ansiedade, depressão e sofrimento psicológico.

Os estudos também apontaram que práticas espirituais podem contribuir para maior resiliência emocional. Peres et al. (2007) destacaram que a espiritualidade auxilia no enfrentamento de eventos traumáticos e situações estressantes, favorecendo adaptação emocional mais positiva diante das dificuldades. Essa relação torna-se especialmente relevante no envelhecimento, período frequentemente marcado por perdas afetivas, limitações físicas e mudanças significativas na rotina social do indivíduo.

Outro aspecto observado refere-se à influência do suporte religioso e comunitário sobre a saúde mental do idoso. A participação em grupos religiosos, encontros espirituais e atividades coletivas relacionadas à fé favorece a ampliação das interações sociais, reduzindo sentimentos de solidão e isolamento social. Hosseini, Meyer e Oremus (2022) relataram que o envolvimento religioso também pode estimular sentimentos de acolhimento, pertencimento e apoio emocional, fatores associados à preservação do bem-estar psicológico em idosos.

Além dos aspectos emocionais, algumas pesquisas sugerem que a espiritualidade pode influenciar indiretamente comportamentos relacionados ao autocuidado e à saúde. Idosos com maior envolvimento religioso frequentemente apresentam maior adesão a hábitos saudáveis, redes de apoio mais estruturadas e melhor enfrentamento do estresse cotidiano, fatores que contribuem para redução da sobrecarga emocional ao longo do envelhecimento.

De modo geral, os estudos analisados indicam que a fé, a espiritualidade e a religiosidade podem exercer papel importante na proteção da saúde mental da pessoa idosa, atuando na redução do sofrimento emocional, fortalecimento da resiliência e promoção do bem-estar psicológico. Essas evidências reforçam a necessidade de considerar dimensões espirituais e psicossociais no cuidado integral à saúde da população idosa.

Cognição e espiritualidade

O processo de envelhecimento está frequentemente associado a alterações cognitivas progressivas que podem comprometer memória, atenção, velocidade de processamento e funções executivas. Embora parte dessas mudanças seja considerada natural ao avanço da idade, fatores emocionais, sociais e comportamentais exercem influência importante sobre a manutenção da saúde cognitiva na velhice. Nos últimos anos, a espiritualidade e a religiosidade passaram a ser investigadas como possíveis fatores associados à preservação cognitiva, especialmente devido à sua relação com redução do estresse psicológico, fortalecimento emocional e estímulo às interações sociais.

Os estudos incluídos nesta revisão demonstraram que idosos com maior envolvimento espiritual frequentemente apresentam melhores indicadores relacionados ao funcionamento cognitivo e à percepção subjetiva da memória. Verno, Cohen e Patrick (2007) observaram que a espiritualidade pode influenciar padrões

cognitivos relacionados à atenção, interpretação emocional e memória, sugerindo que experiências espirituais positivas contribuem para formas mais adaptativas de processamento cognitivo. Segundo os autores, indivíduos espiritualmente envolvidos tendem a direcionar maior atenção para estímulos emocionalmente positivos, favorecendo respostas cognitivas menos associadas ao sofrimento psicológico.

Além disso, a religiosidade pode atuar como importante fator de proteção indireta contra o declínio cognitivo por meio da redução do estresse crônico. O excesso de estresse psicológico está associado ao aumento da liberação de cortisol e à maior vulnerabilidade de estruturas cerebrais relacionadas à memória e aprendizagem, como o hipocampo. Nesse sentido, práticas espirituais relacionadas à oração, meditação, *mindfulness* e participação religiosa podem contribuir para maior equilíbrio emocional e menor sobrecarga neurofisiológica, reduzindo possíveis impactos negativos sobre a cognição durante o envelhecimento.

Hosseini, Meyer e Oremus (2022) destacaram que o envolvimento religioso pode favorecer a manutenção da função cognitiva por diferentes mecanismos psicossociais. Entre eles, os autores ressaltaram o fortalecimento do suporte social, o estímulo às atividades mentais e o desenvolvimento de estratégias mais positivas de enfrentamento emocional. A participação em atividades religiosas também estimula memória, linguagem, atenção e interação interpessoal, fatores que podem contribuir para manutenção da atividade cognitiva em idosos.

Os estudos analisados também demonstraram associação entre espiritualidade, resiliência emocional e cognição. Laird et al. (2019) observaram que idosos com maiores níveis de resiliência apresentaram melhores indicadores neurocognitivos, especialmente em situações relacionadas à depressão tardia. Os autores sugerem que fatores emocionais positivos associados à espiritualidade podem reduzir impactos psicológicos negativos sobre funções cognitivas, favorecendo maior adaptação diante das limitações impostas pelo envelhecimento.

Outro aspecto importante refere-se às intervenções baseadas em *mindfulness* e práticas contemplativas. Zhang et al. (2026) identificaram melhora em aspectos cognitivos e emocionais em idosos submetidos a intervenções envolvendo *mindfulness* associado à terapia de reminiscência. Da mesma forma, Mapurunga et al. (2020) relataram benefícios relacionados à promoção da saúde mental, redução do estresse e melhora da qualidade de vida em idosos participantes de programas baseados em *mindfulness*. Embora nem todas essas práticas estejam diretamente

ligadas à religiosidade formal, elas compartilham componentes relacionados à espiritualidade, atenção plena, regulação emocional e fortalecimento psicológico.

Também foi possível observar que fatores emocionais negativos podem atuar como mediadores entre envelhecimento e comprometimento cognitivo. Zhang et al. (2026) demonstraram que sintomas de ansiedade e depressão estiveram associados ao agravamento do comprometimento cognitivo em idosos com limitações físicas. Nesse contexto, a espiritualidade pode exercer papel relevante ao reduzir sofrimento emocional e favorecer estratégias adaptativas de enfrentamento, contribuindo indiretamente para proteção da função cognitiva.

Os estudos analisados sobre cognição e espiritualidade sugerem que espiritualidade e religiosidade podem contribuir para manutenção da saúde cognitiva durante o envelhecimento, tanto por mecanismos emocionais quanto sociais e comportamentais. A redução do estresse, o fortalecimento da resiliência, o estímulo às interações sociais e a promoção de maior estabilidade emocional aparecem como fatores importantes nessa relação. Essas evidências reforçam a necessidade de compreender a cognição no envelhecimento de forma integrada, considerando não apenas fatores biológicos, mas também dimensões emocionais, sociais e espirituais da experiência humana.

Espiritualidade e imunidade

As alterações imunológicas fazem parte do processo natural do envelhecimento e estão associadas ao aumento da vulnerabilidade fisiológica da pessoa idosa. Com o avanço da idade, ocorre redução gradual da eficiência das respostas imunológicas, acompanhada pelo aumento de processos inflamatórios persistentes e maior susceptibilidade a doenças crônicas, infecciosas e degenerativas. Além disso, fatores emocionais como ansiedade, medo, estresse e sofrimento psicológico podem intensificar desequilíbrios neuroendócrinos e imunológicos, agravando ainda mais os impactos fisiológicos do envelhecimento.

Nesse contexto, a espiritualidade tem sido investigada como um possível fator associado à modulação do estresse e à manutenção do equilíbrio fisiológico em idosos. Diferentes estudos sugerem que experiências relacionadas à fé, religiosidade e práticas contemplativas podem contribuir para redução da ativação fisiológica prolongada desencadeada pelo estresse crônico. Essa relação ocorre porque estados

emocionais negativos persistentes favorecem alterações hormonais e inflamatórias que impactam diretamente o funcionamento do sistema imunológico.

Britt et al. (2024) observaram associação entre crenças religiosas, valores espirituais e menores níveis de inflamação em adultos mais velhos. O estudo identificou relação entre maior envolvimento religioso e redução de biomarcadores inflamatórios, especialmente proteína C-reativa, indicando possível influência da espiritualidade sobre processos fisiológicos relacionados ao envelhecimento. Segundo os autores, indivíduos espiritualmente envolvidos tendem a apresentar melhor regulação emocional e menor exposição contínua ao estresse psicológico, fatores diretamente relacionados ao controle inflamatório.

Além dos marcadores inflamatórios, pesquisas também têm investigado a influência da espiritualidade sobre hormônios e mediadores biológicos relacionados ao comportamento emocional. Imamura et al. (2017) identificaram associação entre crenças espirituais e níveis séricos de ocitocina em idosos japoneses residentes em áreas rurais. A ocitocina é um hormônio relacionado à vinculação social, bem-estar emocional e regulação do estresse, sendo considerada importante na interação entre emoções e respostas fisiológicas. Os autores sugerem que experiências espirituais podem favorecer maior estabilidade emocional e respostas biológicas mais equilibradas durante o envelhecimento.

Os efeitos do estresse sobre o sistema imunológico também aparecem como elemento central nos estudos analisados. A exposição prolongada ao estresse favorece aumento persistente da secreção de cortisol, hormônio associado à imunossupressão, inflamação e maior risco de comprometimento cognitivo e emocional. Nesse cenário, práticas espirituais como oração, meditação e *mindfulness* podem atuar reduzindo a hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, mecanismo neuroendócrino diretamente relacionado às respostas fisiológicas do estresse.

Mapurunga et al. (2020) relataram que programas baseados em *mindfulness* promoveram melhora do bem-estar emocional, redução do sofrimento psicológico e maior qualidade de vida em idosos. Embora o estudo não tenha avaliado diretamente marcadores imunológicos, os autores destacaram que a diminuição do estresse emocional pode contribuir para respostas fisiológicas mais equilibradas. Resultados semelhantes foram observados por Zhang et al. (2026), que identificaram melhora

funcional e emocional em idosos submetidos a intervenções envolvendo *mindfulness* associado à terapia de reminiscência.

Outro aspecto importante refere-se ao papel do suporte social proporcionado pelas práticas religiosas e espirituais. A participação em comunidades religiosas favorece vínculos interpessoais, acolhimento emocional e sensação de pertencimento, fatores capazes de reduzir sentimentos de solidão e sofrimento emocional frequentemente presentes no envelhecimento. Yeager et al. (2006) destacaram que idosos religiosamente envolvidos apresentaram melhores indicadores gerais de saúde e maior estabilidade emocional, sugerindo que o suporte psicossocial associado à religiosidade também pode influenciar indiretamente o funcionamento imunológico.

As evidências analisadas demonstram que a relação entre espiritualidade e imunidade não ocorre de maneira isolada, mas através de múltiplos mecanismos emocionais, comportamentais e fisiológicos interligados. A redução do estresse psicológico, o fortalecimento do suporte social, a melhora do equilíbrio emocional e a adoção de hábitos mais saudáveis aparecem como elementos centrais nessa interação. Dessa forma, a espiritualidade pode ser compreendida como um componente potencialmente relevante na promoção da saúde integral da pessoa idosa, especialmente dentro de uma perspectiva biopsicossocial do envelhecimento.

Mecanismos Biopsicossociais

A compreensão da relação entre fé, cognição e imunidade durante o envelhecimento exige uma abordagem que considere a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. O modelo biopsicossocial propõe que o processo saúde-doença não depende exclusivamente de alterações fisiológicas, mas também das experiências emocionais, comportamentais, culturais e relacionais vivenciadas pelo indivíduo ao longo da vida. No envelhecimento, essa perspectiva torna-se ainda mais relevante, pois o impacto das perdas funcionais, do isolamento social e do sofrimento emocional frequentemente influencia tanto a saúde mental quanto os mecanismos fisiológicos associados ao organismo idoso (Yeager et al., 2006; Britt et al., 2024).

Os estudos analisados nesta revisão demonstram que a espiritualidade pode atuar como elemento mediador entre diferentes dimensões da saúde. Em nível psicológico, a fé aparece associada à redução de sintomas depressivos, ansiedade e

sofrimento emocional. Em nível social, o envolvimento religioso favorece vínculos interpessoais, suporte comunitário e sensação de pertencimento. Já em nível biológico, diferentes pesquisas apontam possíveis relações entre espiritualidade, redução do estresse fisiológico e modulação de marcadores inflamatórios relacionados ao envelhecimento (Pokorski; Warzecha, 2011; Britt et al., 2024). Dessa forma, os efeitos da espiritualidade parecem ocorrer de maneira integrada, envolvendo múltiplos mecanismos simultaneamente.

Um dos principais mecanismos identificados nos estudos refere-se à regulação do estresse. A exposição prolongada ao sofrimento emocional ativa continuamente o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumentando a produção de cortisol e favorecendo alterações inflamatórias e imunológicas. O excesso de cortisol está associado ao comprometimento cognitivo, maior vulnerabilidade emocional e agravamento de doenças crônicas. Nesse contexto, práticas espirituais relacionadas à oração, meditação, contemplação e mindfulness podem contribuir para maior estabilidade emocional e redução da hiperativação fisiológica associada ao estresse crônico (Mapurunga et al., 2020; Zhang et al., 2026).

Além da regulação neuroendócrina, fatores emocionais positivos associados à espiritualidade também parecem influenciar diretamente o funcionamento cognitivo e comportamental. Sentimentos relacionados à esperança, propósito de vida, gratidão e resiliência favorecem estratégias mais adaptativas de enfrentamento diante das dificuldades impostas pelo envelhecimento. Mendonça Martins et al. (2022) observaram que atitudes positivas e virtudes associadas à espiritualidade estiveram relacionadas a melhores indicadores de saúde mental em idosos, sugerindo que fatores emocionais positivos podem reduzir impactos psicológicos negativos sobre a cognição e a funcionalidade. Resultados semelhantes foram descritos por Peres et al. (2007), que identificaram associação entre espiritualidade e maior capacidade de enfrentamento emocional em situações traumáticas e estressantes.

Outro mecanismo importante refere-se à influência do suporte social proporcionado pelo envolvimento religioso. A participação em comunidades espirituais favorece interação interpessoal, apoio emocional e fortalecimento de redes de convivência, reduzindo sentimentos de solidão e isolamento social. Esses fatores possuem impacto significativo sobre a saúde mental e física da pessoa idosa, uma vez que o isolamento social está associado ao aumento do risco de depressão, comprometimento cognitivo e pior qualidade de vida (Hosseini; Meyer; Oremus, 2022).

Assim, o suporte psicossocial relacionado à religiosidade pode contribuir para maior estabilidade emocional e melhor adaptação ao envelhecimento.

Os mecanismos comportamentais também merecem destaque dentro dessa relação biopsicossocial. Idosos espiritualmente envolvidos frequentemente apresentam maior adesão ao autocuidado, melhor organização da rotina, menor envolvimento com comportamentos de risco e maior participação em atividades sociais e comunitárias. Esses fatores contribuem indiretamente para preservação da saúde física e mental, reduzindo impactos negativos associados ao envelhecimento. Yeager et al. (2006) destacaram que idosos religiosamente envolvidos apresentaram melhores indicadores gerais de saúde, enquanto Zaidem et al. (2026) relataram associação entre fatores emocionais positivos, espiritualidade e melhor qualidade de vida em idosos residentes na comunidade.

As evidências encontradas indicam ainda que os efeitos da espiritualidade não dependem exclusivamente de práticas religiosas formais. Muitos benefícios observados nos estudos também estiveram relacionados a experiências subjetivas de conexão emocional, esperança, sentido da vida e fortalecimento psicológico. Verno, Cohen e Patrick (2007) sugeriram que experiências espirituais positivas podem influenciar padrões cognitivos relacionados à atenção e memória, favorecendo formas mais adaptativas de processamento emocional e cognitivo ao longo do envelhecimento.

A integração entre fatores emocionais, cognitivos, sociais e fisiológicos reforça a complexidade dos mecanismos envolvidos na relação entre fé e saúde no envelhecimento. A espiritualidade parece influenciar simultaneamente diferentes dimensões da experiência humana, contribuindo para redução do sofrimento emocional, fortalecimento da resiliência, melhora da adaptação psicossocial e possível equilíbrio de respostas fisiológicas associadas ao estresse. Esses achados destacam a importância de compreender a saúde da pessoa idosa de maneira ampliada e integrada, valorizando não apenas aspectos biológicos, mas também fatores subjetivos e psicossociais relacionados ao envelhecimento (Britt et al., 2024; Mendonça Martins et al., 2022).

Considerações Finais

Os resultados desta revisão demonstraram que a espiritualidade e a religiosidade apresentam relação relevante com diferentes aspectos da saúde da pessoa idosa, especialmente no contexto emocional, cognitivo e fisiológico. As evidências analisadas indicaram que idosos espiritualmente envolvidos tendem a apresentar melhor adaptação emocional diante das dificuldades associadas ao envelhecimento, além de maiores níveis de bem-estar psicológico, esperança e resiliência. A fé apareceu, em diversos estudos, como importante recurso subjetivo de enfrentamento frente ao sofrimento emocional, às perdas afetivas e às limitações funcionais comuns nessa fase da vida.

No campo da cognição, os estudos sugeriram que fatores espirituais podem contribuir indiretamente para preservação da memória, atenção e estabilidade emocional, principalmente por meio da redução do estresse psicológico e fortalecimento de estratégias cognitivas mais adaptativas. A espiritualidade também esteve associada à ampliação das interações sociais, participação comunitária e estímulo emocional positivo, fatores que podem favorecer melhor funcionamento cognitivo durante o envelhecimento.

Em relação aos aspectos imunológicos, as pesquisas analisadas apontaram possíveis associações entre espiritualidade, redução do estresse fisiológico e menor atividade inflamatória relacionada ao envelhecimento. Os mecanismos descritos envolveram principalmente melhor regulação emocional, diminuição da sobrecarga psicológica crônica e maior equilíbrio neuroendócrino. Embora ainda existam limitações quanto à compreensão completa desses processos biológicos, os resultados indicam que fatores emocionais e psicossociais exercem influência importante sobre a saúde física do idoso.

Outro ponto importante identificado nesta revisão foi o caráter multifatorial dos benefícios associados à espiritualidade. Os efeitos observados não estiveram relacionados apenas às práticas religiosas formais, mas também a aspectos subjetivos como propósito de vida, sensação de pertencimento, esperança, acolhimento emocional e fortalecimento das relações sociais. Esses fatores demonstraram papel importante na maneira como os idosos enfrentam situações adversas, lidam com o sofrimento emocional e mantêm maior equilíbrio psicológico ao longo do envelhecimento.

Apesar das evidências encontradas, a literatura ainda apresenta limitações metodológicas importantes, principalmente relacionadas à heterogeneidade dos estudos, diferentes definições de espiritualidade e ausência de padronização dos instrumentos utilizados. Além disso, observamos quantidade reduzida de pesquisas integrando simultaneamente cognição, imunidade e espiritualidade em populações idosas, especialmente utilizando biomarcadores fisiológicos e análises longitudinais.

Diante disso, consideramos que a espiritualidade representa um componente relevante na compreensão ampliada da saúde no envelhecimento. A integração entre fatores emocionais, sociais, cognitivos e fisiológicos observada nos estudos reforça a necessidade de abordagens mais humanizadas e integrativas no cuidado à pessoa idosa. Também destacamos a importância do desenvolvimento de novas pesquisas interdisciplinares que aprofundem a compreensão dos mecanismos biopsicossociais relacionados à fé e sua influência sobre a saúde física e mental durante a velhice.

Referências

BRITT, Katherine Carroll; BOATENG, Augustine C. O.; SEBU, Joshua; OH, Hayoung; LEKWAUWA, Ruby; MASSIMO, Lauren; DOOLITTLE, Benjamin B. The association between religious beliefs and values with inflammation among middle-age and older adults. **Aging & Mental Health**, v. 28, n. 10, p. 1343-1350, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2335390. Acesso em: 27 abr. 2026.

COUSIN, Lakeshia; BRAITHWAITE, Dejana; ANTON, Stephen; ZHANG, Zhongyue; LEE, Ji-Hyun; LEEWENBURGH, Christiaan; LYON, Debra. A pilot study of a gratitude journaling intervention to enhance spiritual well-being and exercise self-efficacy in Black breast cancer survivors. **BMC Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 931, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/S12888-024-06362-2. Acesso em: 05 maio 2026.

GLUECKAUF, Robert L.; KAZMER, Michelle M.; NOWAKOWSKI, Alexandra; WANG, Yuxia; THELUSMA, Naomi; WILLIAMS, Dominique; MCGILL-SCARLETT, Cordy; LAMPE, Nik M.; NORTON-BROWN, T.; DAVIS, W.; SHARMA, D.; WILLIS, F. African American Alzheimer's caregiver training and support project 2 (ACTS2) pilot study: outcomes analysis. **Rehabilitation Psychology**, v. 67, n. 4, p. 437-448, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1037/rep0000470. Acesso em: 23 maio 2026.

HILL-JARRETT, Tanisha G.; JONES, Martinque K. Gendered racism and subjective cognitive complaints among older Black women: the role of depression and coping. **Clinical Neuropsychologist**, v. 36, n. 2, p. 479-502, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1923804. Acesso em: 07 abr. 2026.

HOSSEINI, Shera; MEYER, Samantha B.; OREMUS, Mark. Is your religious involvement helping your mind? The link between religious involvement and cognitive function from the perspectives of Christian pastors and parishioners. **Journal of Religion, Spirituality & Aging**, v. 34, n. 3, p. 208-225, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1080/15528030.2021.1938342. Acesso em: 19 maio 2026.

IMAMURA, Yoshiomi; MIZOGUCHI, Yoshito; NABETA, Hiromi; HARAGUCHI, Yoshinori; MATSUSHIMA, Jun; KOJIMA, Naoki; KAWASHIMA, Toshiro; YAMADA, Shigeto; MONJI, Akira. An association between belief in life after death and serum oxytocin in older people in rural Japan. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 32, n. 1, p. 102-109, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1002/gps.4453. Acesso em: 03 abr. 2026.

LAIRD, Elsey T.; LAVRETSKY, Helen; WU, Pauline; KRAUSE, Beatrix; SIDDARTH, Prabha. Neurocognitive correlates of resilience in late-life depression. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 12-17, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.08.009. Acesso em: 04 maio 2026.

MAPURUNGA, Marcelo Vasconcelos; ANDREONI, Solange; DE OLIVEIRA, Daniela Rodrigues; SARUBBI JR., Vicente; BONILHA, Ana Claudia; D'ALMEIDA, Vânia; TOMITA, Luciana; RAMOS, Luiz; DEMARZO, Marcelo. Protocol for a nested

randomized controlled trial to evaluate the feasibility and preliminary efficacy of the mindfulness based health promotion program for older adults. **Frontiers in Medicine**, v. 7, p. 563099, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fmed.2020.563099. Acesso em: 09 maio 2026.

MCDOUGALL JR., Graham J. Gender differences in coping and control with memory aging. **Journal of Women & Aging**, v. 10, n. 1, p. 21-40, 1998.

MENDONCA MARTINS, Eduardo Luiz; SALAMENE, Lais Cunha; GRANERO, Alessandra Lamas Lucchetti; LUCCHETTI, Giancarlo. The role of positive behaviors, attitudes and virtues in the mental health of community-dwelling older adults: a 1-year follow-up study. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 154, p. 110721, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110721. Acesso em: 30 maio 2026.

MENDONCA MARTINS, Eduardo Luiz; SALAMENE, Lais Cunha; GRANERO, Alessandra Lamas Lucchetti; LUCCHETTI, Giancarlo. The association of mental health with positive behaviours, attitudes and virtues in community-dwelling older adults: results of a population-based study. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 68, n. 2, p. 392-402, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0020764021999690. Acesso em: 11 maio 2026.

PERES, Julio F. P.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; NASELLO, Antonia; GLADYS, G.; KOENIG, Harold G. Spirituality and resilience in trauma victims. **Journal of Religion & Health**, v. 46, n. 3, p. 343-350, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10943-006-9103-0. Acesso em: 18 abr. 2026.

POKORSKI, Mieczyslaw; WARZECHA, Anna. Depression and religiosity in older age. **European Journal of Medical Research**, v. 16, n. 9, p. 401-406, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1186/2047-783X-16-9-401. Acesso em: 21 mar. 2026.

VERNO, Karri Bonner; COHEN, Stanley H.; PATRICK, Julie Hicks. Spirituality and cognition: does spirituality influence what we attend to and remember?. **Journal of Adult Development**, v. 14, n. 1-2, p. 1-5, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10804-007-9020-9. Acesso em: 14 mar. 2026.

YEAGER, Dorian M.; GLEI, Dana A.; AU, Melanie; LIN, Hui-Sheng; SLOAN, Richard P.; WEINSTEIN, Maxine. Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 8, p. 2228-2241, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.05.007. Acesso em: 16 mar. 2026.

ZAIDEM, Maria Clara de Castro Furtado; LUCCHETTI, Giancarlo; SOUZA, Juliana Maria Nascimento; AVILA, Maria Priscila Wermelinger; CORREA, Jimilly Caputo; PASSOS, Maria de Oliveira; EZEQUIEL, Oscarina; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. Longitudinal predictors of quality of life in community-dwelling older adults.

Activities, Adaptation & Aging, v. 50, n. 2, p. 247-265, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1080/01924788.2025.2506945. Acesso em: 25 abr. 2026.

ZHANG, Fenglan; WANG, Yanyan; LV, Danmei; CAI, Lian; ZHOU, Fang. Mindfulness-based stress reduction combined with reminiscence therapy: a non-pharmacological approach for older adults with mild cognitive impairment. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 18, p. 1-12, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fnagi.2026.1772932. Acesso em: 02 abr. 2026.

ZHANG, Yi; GUO, Jinhua; LIN, Lixia; PENG, Min; HUANG, Jiaxi; YANG, Yi; SHEN, Tiemei. The mediating role of anxiety and depressive symptoms on the relationship between physical limitations and cognitive impairment among older adults. **Frontiers in Psychology**, v. 16, p. 1662166, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1662166. Acesso em: 12 abr. 2026.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

SIGNIFICADOS LINGUÍSTICOS DA ESPIRITUALIDADE NA VELHICE: Relações com Saúde e Qualidade de Vida em Idosos

LINGUISTIC MEANINGS OF SPIRITUALITY IN OLD AGE: Relationships with Health and Quality of Life in the Elderly

Ana Raquel de Sousa Poupaix
http://orcid.org/0009-0001-0502-471X
Martha Aline Duarte Ribeiro Cabral
https://orcid.org/0009-0002-1729-2006
Flávio Martins da Silva
https://orcid.org/0009-0005-1162-5609
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: O presente artigo aborda os significados linguísticos da espiritualidade na velhice e suas relações com a saúde e a qualidade de vida dos idosos. A espiritualidade, compreendida como dimensão subjetiva relacionada ao sentido da vida, transcendência e conexão consigo, com o outro e com o sagrado, vem sendo amplamente discutida no contexto do envelhecimento. Na velhice, as experiências espirituais frequentemente aparecem associadas ao enfrentamento das perdas, ao fortalecimento emocional e à ressignificação da existência. O estudo apresenta reflexões sobre como os discursos e narrativas dos idosos revelam sentidos atribuídos à espiritualidade, influenciando diretamente aspectos psicológicos, emocionais e sociais. Além disso, discute-se a relação entre espiritualidade, saúde mental e qualidade de vida, destacando seu potencial como estratégia de enfrentamento diante das fragilidades inerentes ao envelhecimento. Trata-se de uma pesquisa de caráter bibliográfico, fundamentada em autores da psicologia, gerontologia e estudos sobre espiritualidade. Conclui-se que a espiritualidade pode contribuir significativamente para o bem-estar integral do idoso, promovendo sentimentos de esperança, pertencimento e fortalecimento subjetivo.

Palavras-chave: espiritualidade; velhice; envelhecimento; saúde; qualidade de vida.

Abstract: This article addresses the linguistic meanings of spirituality in old age and their relationships with the health and quality of life of elderly people. Spirituality, understood as a subjective dimension related to life's meaning, transcendence, and connection with oneself, others, and the sacred, has been widely discussed in the context of aging. In old age, spiritual experiences often appear associated with coping with losses, emotional strengthening, and the re-signification of existence. The study presents reflections on how

[1]Aluna de doutorado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - arpourbaix@gmail.com ;
[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]Aluna Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, marthaalinedr@hotmail.com ;
[5]Aluno de doutorado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - martinsflaviosilva@gmail.com ;

the discourses and narratives of older adults reveal meanings attributed to spirituality, directly influencing psychological, emotional, and social aspects. Furthermore, the relationship between spirituality, mental health, and quality of life is discussed, highlighting its potential as a coping strategy in the face of the frailties inherent to aging. This is a bibliographic study grounded in authors from psychology, gerontology, and spirituality studies. It is concluded that spirituality can contribute significantly to the integral well-being of the elderly, promoting feelings of hope, belonging, and subjective strengthening.

Keywords: spirituality; old age; aging; health; quality of life.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui uma das principais transformações demográficas contemporâneas, impactando diretamente os campos da saúde, da psicologia e das políticas públicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o número de pessoas idosas cresce de maneira acelerada em todo o mundo, exigindo novas formas de compreensão acerca das necessidades físicas, emocionais e sociais dessa população (WHO, 2006). Nesse cenário, torna-se fundamental refletir sobre aspectos subjetivos que atravessam a experiência do envelhecimento, entre eles a espiritualidade.

A velhice é marcada por múltiplas mudanças que envolvem perdas simbólicas e concretas, como limitações físicas, afastamento do mercado de trabalho, modificações nos vínculos sociais e familiares, além do contato mais próximo com a finitude. Tais experiências podem produzir sentimentos de solidão, medo, ansiedade e sofrimento emocional. Diante dessas questões, muitos idosos recorrem à espiritualidade como forma de atribuir sentido às vivências e enfrentar as adversidades do envelhecimento.

A espiritualidade não deve ser compreendida apenas como religiosidade ou prática institucional religiosa. Embora ambas possam se relacionar, a espiritualidade refere-se a uma dimensão mais ampla da existência humana, envolvendo busca de sentido, transcendência, conexão consigo mesmo, com o outro e com aquilo que é considerado sagrado (Koenig, 2012). Assim, ela se manifesta nas formas pelas quais os indivíduos interpretam suas experiências de vida e constroem sentidos subjetivos diante do sofrimento e da existência.

No contexto da velhice, os significados linguísticos da espiritualidade aparecem nos discursos dos idosos por meio de expressões que remetem à fé, esperança, superação e aceitação. A linguagem utilizada pelos idosos ao falar sobre espiritualidade revela construções subjetivas importantes sobre o modo como compreendem o envelhecimento, a dor, a morte e a continuidade da vida. Segundo Frankl (2008), o ser humano possui necessidade fundamental de encontrar sentido para sua existência, especialmente em momentos de sofrimento e vulnerabilidade. Dessa forma, a espiritualidade pode funcionar como elemento estruturante da subjetividade e importante mecanismo de enfrentamento emocional.

> O ser humano não é destruído pelo sofrimento; ele é destruído pelo sofrimento sem sentido. A maneira como uma pessoa aceita o seu destino e todo o sofrimento que este lhe traz, a forma como carrega a sua cruz, oferece-lhe uma ampla oportunidade, mesmo

> nas circunstâncias mais difíceis para acrescentar um sentido mais profundo à sua vida. (Frankl, 2008, p. 90).

As pesquisas apontam que a espiritualidade está associada a benefícios significativos para a saúde mental e qualidade de vida. Idosos que mantêm práticas espirituais ou religiosas frequentemente apresentam menores índices de depressão, ansiedade e desesperança, além de demonstrarem maior capacidade de resiliência diante das dificuldades impostas pelo envelhecimento (Neri, 2007). A espiritualidade também favorece a construção de redes de apoio social, fortalecendo sentimentos de pertencimento e acolhimento.

Compreender os significados atribuídos à espiritualidade na velhice torna-se essencial para práticas de cuidado mais humanizadas e integrais. A escuta das narrativas dos idosos permite reconhecer aspectos subjetivos importantes que muitas vezes são negligenciados nos atendimentos em saúde. Assim, este artigo tem como objetivo discutir os significados linguísticos da espiritualidade na velhice e analisar suas relações com a saúde e a qualidade de vida dos idosos, a partir de revisão bibliográfica fundamentada em autores da psicologia, gerontologia e estudos sobre espiritualidade.

Torna-se necessário explicitar como as expressões linguísticas relativas à espiritualidade operam como instrumentos de sentido na vida dos idosos, orientando suas respostas emocionais e comportamentais frente às adversidades. A análise das narrativas revela não apenas conteúdos religiosos, mas também metáforas, imagens e enunciados que configuram modos específicos de enfrentar a perda, o adoecimento e a proximidade da morte. Esses enunciados, por sua vez, podem influenciar a adesão a práticas de cuidado, a busca por suporte social e a maneira como os idosos percebem sua própria saúde e bem-estar.

Adicionalmente, compreender esses significados possui implicações práticas para os profissionais de saúde e para políticas públicas voltadas ao envelhecimento. Uma escuta sensível às narrativas espirituais pode subsidiar intervenções psicossociais que respeitem valores subjetivos, promover o acolhimento em contextos de atenção primária e institucional, e orientar estratégias de promoção de qualidade de vida que considerem dimensões existenciais. Assim, integrar a dimensão espiritual aos processos de cuidado contribui para uma abordagem mais integral e centrada na pessoa idosa.

No plano teórico, este estudo busca articular conceitos provenientes da psicologia existencial, da gerontologia e dos estudos sobre religiosidade e espiritualidade, visando delinear um panorama dos principais aportes sobre o tema. Serão discutidas conceituações diferenciadas de espiritualidade e religiosidade, as formas discursivas recorrentes nas narrativas de idosos e as evidências empíricas que conectam essas dimensões a indicadores de saúde mental e qualidade de vida. Essa articulação pretende apontar tanto convergências teóricas quanto lacunas que demandam aprofundamento investigativo.

Metodologicamente, optou-se por uma revisão bibliográfica narrativa, selecionando obras clássicas e estudos contemporâneos nas áreas de psicologia, gerontologia e saúde, com foco em trabalhos que abordem linguagem, narrativas e efeitos psicossociais da espiritualidade na velhice. Embora não se trate de revisão sistemática, a escolha das fontes busca garantir diversidade de perspectivas e fornecer base para reflexões críticas sobre implicações clínicas e de pesquisa futura.

A discussão que se segue estrutura-se em três núcleos: primeiro, a produção de sentidos e as expressões linguísticas da espiritualidade na velhice; segundo, as relações entre espiritualidade, saúde e qualidade de vida; e terceiro, a espiritualidade como estratégia de enfrentamento do sofrimento e da finitude. Ao término, apresentam-se

considerações finais com apontamentos sobre limitações do estudo e sugestões para pesquisas e práticas de cuidado que valorizem a dimensão espiritual do envelhecimento.

2. ESPIRITUALIDADE E PRODUÇÃO DE SENTIDOS NA VELHICE

A espiritualidade representa uma importante dimensão da experiência humana, especialmente durante o processo de envelhecimento. Na velhice, questões relacionadas ao sentido da vida, à finitude e às transformações existenciais tornam-se mais evidentes, favorecendo reflexões profundas acerca da própria trajetória. Dessa forma, muitos idosos passam a buscar na espiritualidade formas de compreender e elaborar suas vivências. Os significados linguísticos da espiritualidade podem ser observados nas narrativas e discursos produzidos pelos idosos. A linguagem utilizada frequentemente carrega expressões relacionadas à fé, esperança, proteção divina e aceitação das dificuldades. Frases como “Deus sabe de todas as coisas”, “a fé me sustenta” ou “é preciso confiar” revelam como a espiritualidade funciona como recurso simbólico de enfrentamento emocional. Essas construções discursivas demonstram a tentativa de organizar subjetivamente experiências marcadas por sofrimento, perdas e limitações.

Segundo Frankl (2008), a busca de sentido é um aspecto essencial da existência humana. Para o autor, mesmo diante do sofrimento, o indivíduo é capaz de encontrar razões que sustentem sua continuidade existencial. Na velhice, essa busca pode ser intensificada devido às mudanças físicas, sociais e emocionais próprias do envelhecimento. Assim, a espiritualidade oferece ao sujeito possibilidades de ressignificação da dor e da vulnerabilidade. Além do aspecto individual, a espiritualidade também desempenha importante função social. A participação em grupos religiosos ou espirituais favorece a convivência comunitária e fortalece vínculos afetivos, reduzindo sentimentos de isolamento e solidão. Muitos idosos encontram nesses espaços oportunidades de acolhimento, escuta e pertencimento social, fatores fundamentais para o bem-estar emocional. Outro ponto relevante refere-se à relação entre espiritualidade e identidade subjetiva. Ao longo da vida, crenças e valores espirituais ajudam a construir formas particulares de interpretar o mundo e as experiências pessoais. Na velhice, essas crenças podem adquirir maior importância, funcionando como suporte emocional diante das incertezas relacionadas ao adoecimento e à morte.

De acordo com Koenig (2012), a espiritualidade pode contribuir significativamente para o equilíbrio emocional, auxiliando no enfrentamento do sofrimento psicológico. O autor destaca que indivíduos espiritualizados tendem a apresentar maior esperança e melhor adaptação frente às situações de crise. Nesse sentido, a espiritualidade constitui não apenas um fenômeno religioso, mas também um importante recurso subjetivo para promoção de saúde mental. Portanto, compreender os significados linguísticos da espiritualidade na velhice possibilita ampliar o olhar sobre as necessidades emocionais dos idosos. A escuta sensível das narrativas espirituais permite reconhecer aspectos fundamentais da subjetividade e da construção de sentidos diante do envelhecimento.

As narrativas espirituais dos idosos frequentemente mobilizam metáforas e imagens que tornam palpáveis processos internos complexos, como a aceitação da perda ou a busca por continuidade existencial. Metáforas de “caminho”, “luz”, “abrigo” ou “sustento” aparecem com frequência e operam como recursos linguísticos que organizam experiências afetivas e cognitivas. Essas figuras de linguagem não apenas descrevem estados emocionais, mas também orientam ações — por exemplo, decisões sobre cuidados, participação comunitária e práticas de autocuidado.

A análise discursiva revela ainda variações contextuais e culturais na forma como a espiritualidade se expressa. Em contextos mais coletivistas ou religiosos, as narrativas tendem a enfatizar a pertença grupal e o suporte comunitário; em contextos mais individualistas, surgem construções que valorizam experiências íntimas de transcendência ou práticas contemplativas. Essas diferenças têm implicações práticas, pois as intervenções sensíveis à espiritualidade devem considerar especificidades culturais e o papel das redes sociais e religiosas locais.

Importa também reconhecer que as narrativas espirituais podem envolver ambivalências: ao mesmo tempo em que oferecem consolo, podem expressar sentimento de culpa, conflito ou angústia perante a perda e a dependência. Expressões do tipo “não sei por que isso aconteceu comigo” ou “é prova de fé” são exemplos em que a linguagem religiosa coexiste com dúvidas e sofrimento. Assim, uma escuta atenta deve identificar não só conteúdos consoladores, mas também sinais de sofrimento oculto que requerem intervenção psicológica especializada.

Do ponto de vista clínico, as formas linguísticas pelas quais os idosos articulam sua espiritualidade podem orientar práticas de cuidado centradas na pessoa. Profissionais podem usar as narrativas como portas de entrada para compreender valores, expectativas e recursos simbólicos do paciente, incorporando essas informações no planejamento de atendimento. Estratégias de cuidado que respeitem e dialoguem com as narrativas espirituais tendem a favorecer acolhimento, adesão terapêutica e maior percepção de dignidade no processo de envelhecer.

No plano da pesquisa, há necessidade de estudos que aprofundem a interface entre linguagem e experiência espiritual na velhice mediante métodos qualitativos robustos — análise do discurso, análise temática, etnografia narrativa ou estudos de caso longitudinais. Tais abordagens permitiriam identificar categorias semânticas recorrentes, mudanças nas narrativas ao longo do tempo e relações entre elementos linguísticos e indicadores de saúde mental, oferecendo evidência mais fina do papel das construções discursivas no enfrentamento do envelhecimento.

É preciso considerar limitações epistemológicas ao tratar a espiritualidade apenas como recurso positivo. A interpretação dos significados linguísticos requer sensibilidade para evitar reducionismos — não é suficiente catalogar expressões espirituais; é necessário situá-las em contextos biográficos, sociais e institucionais. Apenas assim será possível reconhecer tanto o potencial terapêutico quanto os riscos (por exemplo, naturalização do sofrimento ou negligência de cuidados médicos) que certas narrativas podem implicar, garantindo abordagens de cuidado equilibradas e eticamente responsáveis.

3. RELAÇÕES ENTRE ESPIRITUALIDADE, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Nas últimas décadas, diversos estudos passaram a investigar as relações entre espiritualidade, saúde e qualidade de vida, especialmente no contexto do envelhecimento. A ampliação dessa discussão decorre da compreensão de que a saúde não se restringe apenas à ausência de doenças, mas envolve aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Dessa maneira, a espiritualidade passou a ser reconhecida como dimensão importante do cuidado integral ao idoso. O envelhecimento frequentemente traz consigo experiências de perdas, limitações físicas e maior vulnerabilidade emocional. Diante dessas situações, a espiritualidade pode funcionar como importante estratégia de enfrentamento psicológico. Muitos idosos utilizam a oração, a meditação, os rituais religiosos e outras práticas espirituais como formas de aliviar a ansiedade, lidar com o

sofrimento e fortalecer sentimentos de esperança. Pesquisas indicam que idosos com maior envolvimento espiritual ou religioso apresentam menores índices de depressão e desesperança, além de maior satisfação com a vida (Neri, 2007). A espiritualidade contribui para o fortalecimento da autoestima e da resiliência, permitindo que o sujeito enfrente adversidades de maneira mais saudável. Em muitos casos, a fé atua como fonte de conforto emocional diante do medo da morte e das incertezas do envelhecimento.

Segundo Koenig (2012), práticas espirituais podem reduzir sintomas de ansiedade e estresse, favorecendo equilíbrio emocional e bem-estar psicológico. A espiritualidade também contribui para a construção de pensamentos mais positivos e maior aceitação das limitações impostas pela idade. Além da dimensão emocional, a espiritualidade pode favorecer aspectos sociais relacionados à qualidade de vida. A participação em comunidades religiosas promove interação social, fortalecimento de vínculos afetivos e sensação de pertencimento. Esses fatores tornam-se especialmente importantes na velhice, período em que muitos idosos enfrentam isolamento social e afastamento de atividades cotidianas. Segundo Minayo:

> Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, relacionada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pressupõe também a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. (Minayo, 2000, p. 8).

A Organização Mundial da Saúde reconhece a espiritualidade como componente relevante da qualidade de vida, incluindo aspectos relacionados às crenças pessoais e sentido existencial (WHO, 2006). Dessa forma, torna-se fundamental que profissionais da saúde considerem a dimensão espiritual nos processos de cuidado, respeitando as singularidades e os valores subjetivos dos idosos. Na psicologia, a escuta da espiritualidade permite compreender como o sujeito elabora emocionalmente suas experiências. Muitas vezes, os discursos espirituais expressam tentativas de lidar com sentimentos de medo, tristeza e impotência. Ignorar essa dimensão pode limitar a compreensão integral do sofrimento psíquico na velhice. Portanto, a espiritualidade apresenta-se como importante recurso de promoção de saúde e qualidade de vida na terceira idade. Segundo Koenig:

> A espiritualidade pode oferecer às pessoas esperança em meio ao sofrimento, sentido diante das perdas e força emocional para enfrentar doenças e limitações. Pessoas espiritualizadas frequentemente apresentam melhor adaptação psicológica diante de situações estressantes e maior capacidade de enfrentamento emocional. (Koenig, 2012, p. 48)

Ao favorecer sentimentos de esperança, acolhimento e fortalecimento subjetivo, a espiritualidade contribui para uma experiência de envelhecimento mais saudável e significativa. As práticas espirituais auxiliam os idosos no enfrentamento das perdas, limitações e fragilidades emocionais próprias da velhice, promovendo maior equilíbrio emocional e ressignificação do sofrimento. Além disso, a espiritualidade fortalece vínculos sociais, reduz sentimentos de solidão e favorece a construção de sentidos diante da vida e da finitude, tornando-se importante recurso para a promoção da saúde mental e da qualidade de vida na terceira idade.

Seguem sete parágrafos que continuam a seção indicada, mantendo o enfoque nas relações entre espiritualidade, saúde e qualidade de vida em idosos e articulando evidências, nuances e implicações práticas.

É importante, contudo, contextualizar as evidências disponíveis: muitos estudos que associam espiritualidade a melhores indicadores de saúde mental em idosos são transversais, o que limita inferências causais. Fatores como suporte social, nível socioeconômico, estado de saúde físico e rede familiar podem mediar ou confundir a relação entre espiritualidade e bem-estar. Assim, parte dos efeitos atribuídos à espiritualidade pode decorrer do engajamento comunitário e do suporte social proporcionado por práticas religiosas organizadas, mais do que de dimensões intrínsecas da espiritualidade.

As medidas de espiritualidade e religiosidade variam amplamente nos estudos, dificultando comparações e generalizações. Alguns instrumentos focalizam participação em práticas religiosas (frequência de cultos, oração), outros investigam experiências subjetivas (sentido, transcendência) ou dimensões relacionais (sentimento de conexão). Essas diferenças metodológicas implicam que "espiritualidade" não constitui um constructo homogêneo, o que exige cautela ao interpretar achados e ao projetar intervenções clínicas baseadas nesse conceito.

Há também diferenças culturais e contextuais relevantes: em populações onde a religiosidade institucional é forte, a espiritualidade tende a se manifestar por meio de práticas comunitárias e rituais que oferecem suporte prático (assistência, visitas) além do conforto simbólico. Por outro lado, em contextos secularizados, formas não-institucionais de espiritualidade (meditação, contemplação, vínculo com a natureza) podem desempenhar papel semelhante na promoção de bem-estar. Essas variações apontam para a necessidade de adaptar abordagens de cuidado à realidade cultural dos sujeitos.

Em termos de intervenção, estudos de caráter psicoterapêutico e programas integrativos têm explorado a incorporação de componentes espirituais em cuidados geriátricos — por exemplo, momentos de escuta existencial, facilitação de práticas religiosas/rituais no ambiente institucional e programas de atenção centrada na dignidade. Embora haja relatos promissores, faltam ensaios clínicos randomizados robustos que quantifiquem efeitos e avaliem segurança e aceitabilidade dessas intervenções em diferentes subgrupos de idosos (institucionalizados, com demência, em cuidados paliativos).

Reconhecer a espiritualidade como dimensão da qualidade de vida implica ações concretas: formação de profissionais para a escuta espiritual, protocolos de identificação de necessidades espirituais, articulação com serviços religiosos/comunitários e garantia de espaços e tempos para práticas espirituais em instituições de longa permanência e hospitais. Tais medidas devem ser implementadas com respeito à diversidade de crenças e ao direito do idoso de não participar, preservando a neutralidade profissional e a autonomia do paciente.

A literatura aponta direções para pesquisas futuras: estudos longitudinais que investiguem trajetórias de espiritualidade e bem-estar, pesquisas que desagreguem dimensões da espiritualidade (experiencial vs. ritual vs. cognitiva) e investigações que avaliem mecanismos (apoio social, sentido de vida, regulação emocional) mediadores das associações observadas. Avançar nesses caminhos permitirá maior precisão teórica e instrumental, além de subsidiar práticas de cuidado mais eficazes e culturalmente sensíveis para a população idosa.

4. A ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO E DA FINITUDE NA VELHICE

O envelhecimento humano é atravessado por experiências de perdas, limitações e mudanças que impactam diretamente a subjetividade do sujeito idoso. A diminuição da autonomia física, o surgimento de doenças crônicas, a morte de familiares e amigos, bem como a aproximação da finitude, frequentemente mobilizam sentimentos de medo, tristeza, insegurança e sofrimento emocional. Nesse contexto, a espiritualidade emerge como importante estratégia de enfrentamento psíquico e existencial. Segundo Frankl (2008), o sofrimento faz parte da condição humana, porém torna-se mais suportável quando o sujeito consegue atribuir sentido às experiências vividas. A busca de significado diante da dor constitui elemento fundamental para a manutenção da esperança e do equilíbrio emocional. Na velhice, essa necessidade torna-se ainda mais evidente, uma vez que o sujeito passa a conviver de maneira mais intensa com questões relacionadas à finitude e às fragilidades do corpo.

A espiritualidade oferece ao idoso possibilidades simbólicas de elaboração do sofrimento, funcionando como recurso de fortalecimento emocional. Por meio da fé, da oração, da meditação e das crenças espirituais, muitos idosos encontram conforto diante das dificuldades impostas pelo envelhecimento. Essas práticas auxiliam na redução da angústia e favorecem sentimentos de acolhimento, proteção e continuidade existencial (Koenig, 2012). Além disso, os discursos espirituais frequentemente revelam tentativas subjetivas de elaborar a morte e a finitude. Segundo Pinto (2009), a espiritualidade permite ao sujeito construir narrativas capazes de sustentar emocionalmente experiências marcadas pela vulnerabilidade e pela dor. Outro aspecto importante refere-se ao luto na velhice. O idoso frequentemente enfrenta perdas significativas ao longo do envelhecimento, como a morte de parceiros, familiares e amigos próximos. Essas experiências podem gerar intenso sofrimento psíquico e sentimentos de solidão. Nesse cenário, a espiritualidade pode auxiliar na elaboração emocional do luto, oferecendo sentidos relacionados à transcendência, continuidade da vida e esperança (Py; Freitas, 2016).

Do ponto de vista psicológico, a espiritualidade também favorece o desenvolvimento da resiliência emocional. A resiliência refere-se à capacidade do indivíduo de enfrentar situações adversas sem perder completamente seu equilíbrio psíquico. Segundo Neri (2007), idosos que possuem recursos emocionais e espirituais fortalecidos tendem a lidar de maneira mais saudável com as limitações e desafios do envelhecimento, apresentando melhor adaptação emocional diante das dificuldades. A espiritualidade também contribui para redução de sintomas de ansiedade e depressão, especialmente em idosos institucionalizados ou que enfrentam situações de adoecimento. Estudos apontam que práticas espirituais favorecem sentimentos de esperança, autoestima e propósito de vida, aspectos fundamentais para manutenção da saúde mental na velhice (Koenig, 2012).

A dimensão espiritual permite ao sujeito ressignificar o próprio envelhecimento. Em vez de perceber a velhice apenas como fase de perdas e limitações, muitos idosos passam a compreendê-la como momento de reflexão, amadurecimento e aproximação consigo mesmos. Essa ressignificação favorece experiências mais saudáveis e menos marcadas pelo sofrimento psíquico. Dessa forma, a espiritualidade apresenta-se como importante mecanismo de enfrentamento da dor, das perdas e da finitude no envelhecimento. Reconhecer essa dimensão torna-se essencial para práticas de cuidado mais sensíveis e humanizadas, especialmente no campo da psicologia, da gerontologia e da saúde coletiva.

A espiritualidade, além de oferecer discursos de consolo, funciona como um conjunto de práticas e rituais que estruturam rotinas e atribuem previsibilidade ao

cotidiano do idoso. Rotinas rituais — como orações diárias, cultos, leituras devocionais ou práticas meditativas — fornecem um enquadramento temporal e simbólico que ajuda a organizar o dia, reduzir a sensação de desamparo e favorecer sensação de controle parcial sobre a vida. Autores como Pargament (1997) destacam esse papel funcional dos rituais e das estratégias de coping religioso como mediadores entre estresse e adaptação psicológica.

Em termos de regulação emocional, a espiritualidade oferece quadros interpretativos que permitem recontar eventos traumáticos ou perdas sob perspectivas que reduzem a carga aversiva. A reframing cognitiva promovida por crenças de propósito ou providência pode atenuar ruminações e facilitar processos de aceitação, alinhando-se com modelos de coping que ressaltam a importância do significado (Park, 2010). Esse reposicionamento narrativo frequentemente se traduz em menores níveis de desesperança e em maior tolerância ao sofrimento.

A espiritualidade também atua por vias relacionais: além do suporte social já mencionado, muitos arranjos espirituais propiciam cuidado prático (visitas, auxílio doméstico, rede de solidariedade) que têm impacto direto na saúde física e mental do idoso. Putnam (2000) e outros sociólogos do fenômeno religioso mostram como capital social gerado por comunidades religiosas repercute em melhores índices de suporte material e emocional, o que pode explicar parte dos efeitos benéficos observados em estudos epidemiológicos.

Contudo, é necessário reconhecer a ambivalência potencial das narrativas espirituais. Em alguns casos, interpretações que atribuem sofrimento à culpa, castigo ou falta de fé podem aumentar sofrimento moral e retardar busca de cuidados médicos ou psicológicos adequados. A literatura sobre espiritual struggle (Pargament et al., 2005) descreve essas situações em que a religiosidade/espiritualidade se tornam fontes de conflito interno, exigindo atenção clínica específica para diferenciar recursos saudáveis de padrões prejudiciais.

Em populações com comprometimento cognitivo, como idosos com demência, a presença de rotinas e elementos simbólicos ligados à espiritualidade pode promover bem-estar apesar das limitações de comunicação verbal. Trabalhos de Kitwood (1997) sobre cuidado centrado na pessoa sugerem que elementos identitários — incluindo referências espirituais — ajudam a manter sentido e dignidade mesmo quando a memória falha. Intervenções sensoriais baseadas em músicas religiosas, leituras familiares e símbolos compartilhados têm sido relatadas como benéficas em contextos geriátricos.

Do ponto de vista ético e clínico, integrar a espiritualidade ao cuidado exige competências específicas: sensibilidade cultural, habilidade em escuta existencial, e capacidade de encaminhar problemas espirituais que ultrapassem o campo da psicoterapia para orientações religiosas comunitárias quando apropriado. Autores como Sulmasy (2006) e Balboni et al. (2014) defendem a formação de profissionais de saúde para abordar necessidades espirituais com respeito à autonomia e diversidade dos pacientes.

Para a pesquisa, é importante investigar mecanismos mediadores (por exemplo, suporte social, senso de significado, regulação emocional) e moderadores (cultura, pluralidade religiosa, nível de instrução, status socioeconômico) que explicam quando e como a espiritualidade protege ou, por vezes, agrava sofrimento. Estudos longitudinais e intervenções controladas são necessários para distinguir correlações de efeitos causais, conforme apontam revisões recentes (Koenig, 2015; VanderWeele et al., 2020).

A integração da dimensão espiritual nas políticas de atenção ao idoso deve ser feita com salvaguardas: promover ambientes que permitam práticas espirituais voluntárias, articular parcerias intersetoriais com organizações religiosas locais e incluir indicadores de necessidades espirituais em avaliações gerontológicas. Assim, reconhece-se a

espiritualidade como recurso potencial de enfrentamento, sem transformá-la em imperativo terapêutico, preservando a pluralidade de caminhos para uma velhice com sentido e dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das discussões desenvolvidas ao longo deste artigo, compreende-se que a espiritualidade ocupa papel significativo no processo de envelhecimento, funcionando como importante recurso de fortalecimento emocional, elaboração subjetiva e promoção de saúde mental. Os significados linguísticos presentes nos discursos dos idosos revelam formas singulares de interpretar a vida, o sofrimento, as perdas e a própria finitude, demonstrando que a espiritualidade está profundamente relacionada à construção de sentidos sobre a existência humana (Frankl, 2008).

Foi possível observar que a espiritualidade contribui diretamente para a qualidade de vida na velhice, favorecendo sentimentos de esperança, pertencimento, acolhimento e resiliência diante das fragilidades impostas pelo envelhecimento. Em muitos casos, as práticas espirituais e religiosas oferecem suporte emocional frente às limitações físicas, às experiências de adoecimento e aos desafios emocionais que acompanham essa fase da vida. Além disso, a espiritualidade auxilia na redução de sentimentos de ansiedade, solidão e desesperança, fortalecendo recursos psíquicos importantes para manutenção do equilíbrio emocional (Koenig, 2012).

Os discursos espirituais dos idosos também demonstram a necessidade humana de atribuir sentido às experiências vividas. A linguagem utilizada ao falar sobre fé, esperança e transcendência revela mecanismos subjetivos de enfrentamento do sofrimento e da vulnerabilidade. Nesse sentido, a espiritualidade aparece como espaço simbólico de elaboração emocional, permitindo ao sujeito reorganizar suas experiências e encontrar sustentação psíquica diante das adversidades do envelhecimento (Pinto, 2009).

O envelhecimento aproxima o sujeito de experiências frequentes de perdas sejam elas físicas, sociais ou afetivas, tornando mais presente a reflexão sobre a morte e a continuidade da vida. Nesse contexto, a espiritualidade oferece possibilidades de ressignificação da dor e do sofrimento, favorecendo sentimentos de aceitação, serenidade e continuidade existencial. Muitos idosos encontram nas crenças espirituais recursos emocionais capazes de aliviar angústias relacionadas à morte e ao medo do desconhecido (Py; Freitas, 2016).

Observou-se que a espiritualidade vai além das práticas religiosas institucionalizadas, abrangendo dimensões subjetivas relacionadas à busca de significado, transcendência e conexão consigo mesmo, com o outro e com o sagrado. Dessa forma, compreender a espiritualidade apenas sob a perspectiva religiosa seria reduzir sua complexidade e importância no cuidado integral à pessoa idosa.

No campo da psicologia e da saúde, torna-se fundamental reconhecer a espiritualidade como dimensão constitutiva da experiência humana. A escuta qualificada das narrativas espirituais permite compreender aspectos subjetivos muitas vezes negligenciados nos processos de cuidado. Ignorar essa dimensão pode limitar a compreensão do sofrimento psíquico e das formas pelas quais os idosos elaboram emocionalmente suas experiências de envelhecimento, adoecimento e finitude (Minayo, 2000).

A espiritualidade possui importante papel na promoção da saúde mental, do bem-estar emocional e da qualidade de vida na velhice. Seu reconhecimento nos espaços de cuidado contribui para práticas mais humanizadas, integrais e sensíveis às subjetividades da população idosa. Por fim, ressalta-se a importância de novas pesquisas sobre a

temática, visando ampliar reflexões e fortalecer estratégias de cuidado que contemplem não apenas os aspectos físicos do envelhecimento, mas também suas dimensões emocionais, sociais e espirituais (Neri, 2007).

Além dos achados já destacados, é pertinente ressaltar que a integração da espiritualidade às práticas de cuidado exige capacitação profissional específica e sensibilização para a diversidade de crenças. Profissionais de saúde e psicologia devem ser preparados para realizar escuta existencial, identificar necessidades espirituais e encaminhar adequadamente casos em que há conflito espiritual ou struggle religioso, evitando tanto a negligência quanto a imposição de visões pessoais ou religiosas. Diretrizes de formação e protocolos de avaliação que incluam dimensões espirituais podem fortalecer a qualidade do atendimento geriátrico.

Outro aspecto central refere-se às implicações para políticas públicas e gestão de serviços voltados ao idoso. A incorporação da dimensão espiritual em programas de atenção primária, em unidades de longa permanência e em programas de cuidados paliativos pode ser operacionalizada mediante espaços físicos adequados, horários para práticas espirituais, parceria com líderes comunitários religiosos e inclusão de indicadores de bem-estar espiritual em avaliações de qualidade. Tais medidas devem respeitar a laicidade do estado e a autonomia dos usuários, garantindo que a espiritualidade seja oferecida como opção e não como obrigatoriedade.

No plano metodológico, este estudo, por ser revisão narrativa, apresenta limitações inerentes ao desenho: ausência de protocolo sistemático de busca, possível viés de seleção de fontes e dificuldade de quantificar efeitos. Para superar essas limitações, futuras investigações poderiam adotar revisão sistemática com metanálise, estudos longitudinais que examinem trajetórias de espiritualidade e bem-estar, e ensaios clínicos que testem intervenções baseadas em componentes espirituais ou de sentido de vida em subgrupos de idosos (por exemplo, institucionalizados, com depressão ou em cuidados paliativos).

A presente discussão também abre caminhos para pesquisas qualitativas rigorosas que analisem, por meio de métodos como análise do discurso, análise temática ou etnografia, como os significados linguísticos da espiritualidade se transformam ao longo do tempo e em diferentes contextos culturais. Investigações que desagreguem dimensões da espiritualidade (experiencial, ritual, cognitiva, relacional) e que explorem mecanismos mediadores (suporte social, regulação emocional, senso de propósito) permitirão maior precisão nas conclusões e subsídios mais sólidos para práticas clínicas e políticas públicas.

Conclui-se que a espiritualidade, entendida como dimensão humana de busca de sentido e transcendência, constitui recurso valioso para o enfrentamento das adversidades do envelhecimento. Seu reconhecimento sistemático nos espaços de cuidado — aliado a formação profissional, políticas inclusivas e pesquisas aprofundadas — tende a promover envelhecimento mais saudável, significativo e digno, garantindo que os idosos sejam acolhidos em sua integralidade física, emocional, social e espiritual. A partir dessa perspectiva, espera-se que a literatura e a prática avancem na direção de cuidados verdadeiramente integrais e sensíveis à subjetividade da população idosa.

REFERÊNCIAS

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

KITWOOD, T. **Dementia reconsidered:** the person comes first. Buckingham: Open University Press, 1997.

KOENIG, H. G. **Religion, spirituality, and health:** a review and update. In: PALOUTZIAN, R. F.; PARK, C. L. (Ed.). Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. 2. ed. New York: Guilford Press, 2015. p. 88–104.

KOENIG, Harold G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**. São Paulo: FE Editora, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Qualidade de vida e saúde:** um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice:** enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping:** theory, research, practice. New York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I. et al. **Religious/spiritual struggles and their health implications.** In: PALOUTZIAN, R. F.; PARK, C. L. (Ed.). Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. 2. ed. New York: Guilford Press, 2005. p. 480–495.

PARK, C. L. **Making sense of the meaning literature:** an integrative review of meaning-making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychological Bulletin, v. 136, n. 2, p. 257–301, 2010.

PINTO, Ênio Brito. Espiritualidade e religiosidade: articulações. **Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, n. 2, p. 68–83, 2009.

PUTNAM, R. D. **Bowling alone:** the collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster, 2000.

PY, Ligia; FREITAS, Maria Célia de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SULMASY, D. P. **Spirituality, religion, and clinical care**. Chest, v. 130, n. 4 Suppl, p. 1S–15S, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs** (SRPB). Geneva: WHO, 2006.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

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

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

Elizete Maria Bittencourt Soares Miranda
https://orcid.org/0009-0000-0268-0618
Caroline Bittencourt Miranda
https://orcid.org/0009-0006-7270-0809
Flávio Martins da Silva
https://orcid.org/0009-0005-1162-5609
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

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

[1]Mestranda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PGCL/UENF), elizetemiranda@gmail.com ;
[2]Mestre em Biologia pela Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PGCL/UENF), Carolbitten151@gmail.com ;
[3]Doutorando do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PGCL/UENF), martinsflaviosilva@gmail.com ;
[4]Pós-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 ;

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

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

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

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. PERSPECTIVAS GERONTOLÓGICAS E DIAGNÓSTICAS DA DEPRESSÃO NA VELHICE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. O SUPORTE RELIGIOSO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice.** Tradução de Heloysa de Lima Dantas. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.
BECK, Aaron T. **Depression: causes and treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.

BECK, Aaron T.; ALFORD, Bradley A. **Depression: causes and treatment**. 2. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009.Parte superior do formulário

MOREIRA-ALMEIDA A, STROPPA A. **Espiritualidade e Saúde Mental: o que as evidências mostram?** Revista Debates em Psiquiatria. 2012; 2: 34-41.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2014.

NERI, Anita Liberalesso. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher**. Campinas: Alínea, 2001.

NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007.

PARGAMENT, Kenneth I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice.** New York: Guilford Press, 1997.

PESSEQUILLO, Julianne. **Idosos sofrem em silêncio: como reconhecer a depressão e ajudar a tempo**. CNN Brasil, 13 dez. 2025. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/idosos-sofrem-em-silencio-como-reconhecer-a-depressao-e-ajudar-a-tempo/. Acesso em: 6 mar. 2026.

RUSH, A. John et al. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979.

RUSH, A. John; FIRST, Michael B.; BLACKER, Deborah (Eds.). **Handbook of psychiatric measures**. 2. ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2008.

STEER, Robert A.; BROWN, Gregory K. **Manual for the Beck Depression Inventory-II**. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO DESTA ALIANÇA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE PSÍQUICA NA PESSOA HUMANA E A CONTRIBUIÇÃO DA CAPELANIA HOSPITALAR.

SPIRITUALITY, RELIGIOSITY, AND MENTAL HEALTH: A BIBLIOGRAPHIC STUDY OF THIS ALLIANCE IN PROMOTING MENTAL HEALTH IN THE HUMAN PERSON AND THE CONTRIBUTION OF HOSPITAL CHAPLAINCY.

Flávio Martins da Silva
https://orcid.org/0009-0005-1162-5609
Ana Raquel de Sousa Pourbaix
http://orcid.org/0009-0001-0502-471X
Elizete Maria Bittencourt Soares Miranda
https://orcid.org/0009-0000-0268-0618
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: Este estudo investiga a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde mental, com foco na influência desses fatores no bem-estar psicológico, especialmente no contexto da pessoa idosa, dada sua vulnerabilidade. O objetivo da pesquisa foi analisar como a espiritualidade pode impactar a saúde mental e também o papel da Capelania Hospitalar nesse processo. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, com pesquisa qualitativa em livros e artigos acessados por meio dos bancos de dados Google Acadêmico, SciELO, MEDLINE e LILACS, usando os descritores "saúde mental" e "espiritualidade". A pesquisa abordou teorias de importantes estudos, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que destaca a dimensão espiritual como essencial no cuidado integral à saúde, além das contribuições da teologia do cuidado, que é o fundamento da Capelania Hospitalar. Esta, por sua vez, defende a integração da fé no ambiente clínico como fator de cura emocional e pode ser considerada como instrumento eficaz na integração da religiosidade e espiritualidade no atendimento a pacientes, particularmente no envelhecimento, visando à promoção do bem-estar psicológico. A análise revelou que a espiritualidade pode ser um fator protetor na saúde mental, oferecendo conforto e suporte no enfrentamento de transtornos psicológicos. Constatou-se que, embora a relação entre religiosidade e saúde mental seja complexa, a inclusão de práticas espirituais no cuidado clínico, especialmente no contexto hospitalar, pode contribuir para uma velhice mais satisfatória e adaptável, proporcionando aos pacientes, em particular os idosos, alívio do sofrimento psicológico e apoio emocional significativo.

Palavras-chave: Espiritualidade, Bem-estar psicológico, Qualidade de vida.

Abstract: This study investigates the relationship between religiosity, spirituality, and mental health, with a focus on the influence of these factors on psychological well-being, especially in

[1] Pós Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com ;
[2] Aluna de doutorado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - arpourbaix@gmail.com ;
[3] Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;
[4] Aluna de mestrado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - elizetemiranda@gmail.com ;
[5] Aluno de doutorado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - martinsflaviosilva@gmail.com ;

the context of elderly individuals, given their vulnerabilities. The aim of the research was to analyze how spirituality can impact mental health and the role of Hospital Chaplaincy in this process. The methodology employed was a bibliographic review, with qualitative research in books and articles accessed through the Google Scholar, SciELO, MEDLINE, and LILACS databases, using the descriptors "mental health" and "spirituality." The research addressed theories from relevant studies, such as those from the World Health Organization (WHO), which emphasizes the spiritual dimension as essential in comprehensive health care, in addition to contributions from the theology of care, which underpins Hospital Chaplaincy. The latter advocates for the integration of faith into the clinical environment as a factor in emotional healing and can be considered an effective tool for integrating religiosity and spirituality in patient care, particularly in the aging process, aiming to promote psychological well-being. The analysis revealed that spirituality can act as a protective factor in mental health, providing comfort and support in coping with psychological disorders. It was found that, although the relationship between religiosity and mental health is complex, the inclusion of spiritual practices in clinical care, especially in the hospital context, can contribute to a more satisfying and adaptable aging process, providing patients, particularly the elderly, relief from psychological suffering and significant emotional support.

Keywords: Spirituality, Psychological well-being, Quality of life

1 - INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a humanidade tem recorrido à espiritualidade e à religiosidade como fontes de conforto diante das adversidades. Mesmo em sociedades cada vez mais influenciadas pelo avanço da ciência e da tecnologia, a busca por sentido e apoio espiritual continua sendo uma realidade marcante, especialmente em momentos de fragilidade, como nos períodos de doença e sofrimento. Estudos contemporâneos apontam que esses elementos exercem impacto significativo na saúde mental, influenciando fatores como resiliência emocional, enfrentamento da dor e percepção de bem-estar.

Essa relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde mental passou por uma evolução significativa ao longo da história. Se, em períodos antigos, a doença mental era frequentemente associada a punições divinas ou à possessão, hoje a espiritualidade é reconhecida como um fator que pode contribuir para o bem-estar psicológico. Esse processo de mudança será explorado ao longo do artigo, evidenciando tanto os desafios históricos quanto as contribuições atuais dessa interação.

Embora a medicina moderna tenha evoluído consideravelmente no tratamento de doenças físicas e psicológicas, a compreensão da saúde humana vem se ampliando para além dos aspectos biomédicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a espiritualidade e a religiosidade como dimensões que contribuem para a qualidade de vida, sugerindo que esses fatores devem ser considerados na avaliação da saúde integral do indivíduo. No entanto, ainda há desafios na integração desses aspectos no cuidado clínico e terapêutico, especialmente na promoção da saúde mental.

Nesse contexto, a Capelania Hospitalar tem ganhado reconhecimento por seu papel na assistência a pacientes em situação de vulnerabilidade. Mais do que um suporte religioso, sua atuação abrange o acolhimento emocional e a escuta ativa, contribuindo para a redução da ansiedade e do sofrimento psíquico, especialmente em idosos hospitalizados ou acamados (Rajgopal et al., 2002). O impacto dessa abordagem, contudo, ainda é pouco explorado em

algumas áreas da saúde, o que evidencia a necessidade de estudos mais aprofundados sobre sua eficácia e seus desafios.

Diante dessa realidade, este artigo busca analisar a relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde mental, destacando seus impactos positivos e potenciais desafios. Para isso, será realizada uma revisão bibliográfica de estudos que investigam essa interseção, incluindo a contribuição da Capelania Hospitalar na promoção do bem-estar psicológico.

A metodologia adotada baseia-se em uma abordagem qualitativa, com revisão sistemática da literatura em bases acadêmicas como Livros, Google Acadêmico, SciELO, MEDLINE e LILACS, utilizando os descritores “saúde mental” e “espiritualidade”, além do texto bíblico.

Ao abordar essa temática, este estudo pretende contribuir para um olhar mais amplo sobre a saúde mental e reforçar a importância de estratégias multidimensionais no cuidado integral do ser humano. Compreender como a espiritualidade e a religiosidade podem ser aliadas na promoção do bem-estar psicológico pode oferecer novas perspectivas para profissionais da saúde, pesquisadores e demais interessados no tema. Além disso, destaca-se que as religiões precisam reconhecer o papel fundamental que podem exercer junto aos pacientes, não apenas no sentido evangelístico, mas também na promoção do acolhimento, da escuta e do apoio emocional. Diante da vulnerabilidade causada pelas doenças, o suporte espiritual pode representar um fator relevante na qualidade de vida daqueles que enfrentam momentos difíceis.

2 - SAÚDE MENTAL AO LONGO DA HISTÓRIA

Ao longo da existência humana, a variação da personalidade das pessoas tem sido alvo de curiosidade e investigação, sobretudo quando as ações humanas se voltam contra outras pessoas e, de maneira particular, contra si mesmas, causando dor, sofrimento e, em última instância, o terrível resultado da morte. Essa inquietação acompanhou os primeiros pesquisadores e remonta à pré-história, como indicam Fabiano e J. Ladeira-Fernandez (2009), a partir da percepção de que a cabeça era vista como uma área crítica para as funções básicas da vida.

A trepanação, que consiste em perfurar e abrir um buraco no crânio, foi uma técnica utilizada até o século XIX com fins terapêuticos, sendo elaborada deliberadamente para a regulação das funções mentais. As evidências disso podem ser observadas nas descobertas arqueológicas de crânios trepanados em culturas humanas da pré-história, datadas do período Neolítico (Castro; Ladeira-Fernandez, 2010). Na busca por compreender por que tais procedimentos eram realizados na antiguidade, alguns autores, como Paul Broca (1867), chegaram à conclusão de que as trepanações eram realizadas em pessoas jovens para tratamento de convulsões relacionadas a possessões demoníacas, evidenciando, assim, uma clara relação com a religião. Embora sua teoria tenha sido bastante contestada, acabou sendo uma das mais creditadas por sua abordagem antropológica, ao associar as convulsões em jovens e explicá-las por meio de relações místicas e religiosas (Castro; Ladeira-Fernandez, 2010).

Na antiga cultura egípcia, podemos observar um nível significativo de avanço na área da medicina. Documentos em papiros contêm evidências que indicam um entendimento do corpo humano e até mesmo a realização de procedimentos cirúrgicos. Nessa cultura, os primeiros registros escritos sobre o “cérebro” datam de cerca de 1700 a.C., referindo-se a textos anteriores que remontam aproximadamente a 3000-2500 a.C. Portanto, esses registros podem ser considerados uma versão posterior dos textos mais antigos (Foerschner, 2010 apud Finger, 1994). Ainda segundo Foerschner, os egípcios daquela época, embora considerassem o coração como a parte central do corpo, responsável por armazenar todas as experiências e informações que a pessoa poderia adquirir na vida, demonstravam curiosidade em compreender o

funcionamento do cérebro. No papiro denominado “Papiro cirúrgico de Edwin Smith”, há 27 casos relacionados ao cérebro. As descrições minuciosas de alguns desses casos indicam que já se conheciam danos do sistema nervoso.

Na Mesopotâmia, região que atualmente corresponde ao Iraque e a parte da Síria, viviam povos sumérios, assírios e babilônicos. Essa região é considerada o berço da civilização, onde surgiram as grandes cidades da história humana (Castro; Ladeira-Fernandez, 2010). Esses povos consideravam a doença como um mal relacionado a uma transgressão e, por conta disso, os deuses abandonavam a pessoa, que passava a ser dominada por um espírito ou demônio. As doenças, tanto físicas quanto mentais, eram associadas a fenômenos sobrenaturais e compreendidas dentro de uma lógica religiosa e mítica.

Na Índia, onde havia um corpo filosófico-religioso bem elaborado e complexo, os conceitos sobre corpo, mente e universo se misturavam. Alguns autores consideram que foi nessa região que surgiram os mais antigos estudos sobre o cérebro, registrados e comprovados arqueologicamente com origem em 3000 a.C., onde se encontram relatos pontuais sobre a estrutura e a função do sistema nervoso e do cérebro. Em um desses manuscritos, denominado “Bhela Samhita”, seu autor afirma que o cérebro seria o centro das funções mentais (Foerschner, 2010 apud Finger, 1994). Nesse caso, a dificuldade de tradução da língua original e as narrativas relacionadas a esse autor, que seria um médico, acabam por ligá-lo a interpretações místicas. Contudo, sabe-se que, na cultura da Índia antiga, o coração seria a sede da alma ou da mente, pois sua posição central no corpo humano parece atribuir-lhe importância e sentido (Rajgopal; Hoskeri; Bhuiyan; Shyamkishore, 2002).

Na cultura chinesa, da mesma forma, as civilizações primitivas desenvolveram uma medicina baseada em um sistema filosófico-religioso denominado Medicina Tradicional Chinesa, com íntima associação com os conceitos metafísicos do Taoísmo e do Confucionismo. Os antigos chineses consideravam o cérebro um órgão peculiar, denominado “mar de medula”, e não o associavam a nenhuma função mental. Também atribuíam ao coração a função relacionada à emoção e à cognição humana (Ehling, 2001).

A Idade Média presenciou o influxo de superstições e influências religiosas moldando a compreensão e a abordagem dos distúrbios mentais (Foerschner, 2010). Michel Foucault, em História da Loucura (1978), apresenta um estudo sobre o fenômeno da loucura que, depois da lepra e das doenças venéreas que assolaram a Europa até o século XVII, passou a ser “a nova encarnação do mal”, suscitando reações de divisão, exclusão e purificação. Em alguns lugares, as pessoas consideradas loucas eram trancafiadas em prisões ou “levadas pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali ‘perdidos’, purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários”. Havia, assim, uma verdadeira demonização da loucura.

Foerschner (2010 apud Georg Rose, 1968) observa que, em todas essas civilizações antigas, as doenças mentais eram atribuídas a alguma força sobrenatural, frequentemente a uma divindade descontente. Tais enfermidades, sobretudo as de ordem mental, eram comumente interpretadas como punição por pecados individuais ou coletivos. Além do emprego difundido de práticas como exorcismo e oração, a música era adotada como forma terapêutica para influenciar as emoções, e o canto de encantamentos e feitiços era uma prática comum na Babilônia, Assíria, região do Mediterrâneo e Egito, na esperança de alcançar a cura.

Para entender a influência da espiritualidade e da religião na saúde mental ao longo da história, é fundamental traçar a transição para o contexto atual, no qual os efeitos desses fatores sobre o bem-estar psicológico vêm sendo cada vez mais estudados e debatidos. Os tratamentos na antiguidade incluíam práticas como exorcismo, oração e até o uso da música e de encantamentos como terapia, refletindo uma interação profunda entre o religioso e o psicológico.

3 - ESTUDOS RECENTES SOBRE ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E SAÚDE MENTAL

No cenário contemporâneo, a pesquisa e a compreensão sobre a relação entre espiritualidade, religião e saúde mental avançaram significativamente. Estudos recentes, como *Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares* (Reinaldo, 2016), destacam a importância de compreender como a vivência religiosa e espiritual influencia o enfrentamento das doenças mentais. Essa pesquisa indica que a espiritualidade pode desempenhar um papel relevante na promoção do bem-estar psicológico, oferecendo conforto, esperança e suporte social àqueles que enfrentam transtornos mentais. No entanto, os autores também reconhecem que o envolvimento religioso pode constituir um campo complexo, com potencial para produzir efeitos tanto positivos quanto negativos.

Diante desse panorama, torna-se fundamental explorar a relação entre espiritualidade, religião e saúde mental em nosso contexto contemporâneo, considerando os desafios e as oportunidades que essa interação oferece para a promoção do bem-estar psicológico, especialmente no que diz respeito ao envelhecimento.

Neusa Rocha e Marcelo Fleck (2010), em seu artigo sobre a avaliação da qualidade de vida com foco na espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, sintetizam uma evidência crescente que associa religiosidade à saúde mental. Por meio de uma revisão sistemática que abrangeu cerca de 200 artigos, os autores identificaram que 50% dos casos demonstraram associação positiva entre religiosidade e diversos aspectos da saúde mental, enquanto 25% apontaram associação negativa. Nesse contexto, a religiosidade é considerada um fator protetor em relação a comportamentos de risco, como suicídio, abuso de substâncias e delinquência, além de contribuir para a satisfação conjugal e para o alívio do sofrimento psicológico e das psicoses. No entanto, os autores ressaltam que a relação entre religiosidade e saúde mental é complexa, variando conforme a forma como a pessoa se relaciona com suas crenças.

Eles destacam as limitações metodológicas presentes em muitos estudos sobre o tema, enfatizando que fatores como diferenças genéticas, comportamentais, variáveis sociodemográficas e presença de doenças físicas podem introduzir vieses de confusão nos resultados. Apesar dessas limitações, pesquisas recentes indicam que, em sua maioria, o envolvimento religioso está positivamente associado a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, além de menor prevalência de depressão, ideação suicida, comportamento suicida e abuso de substâncias. Esse impacto positivo é particularmente notável em pessoas que enfrentam circunstâncias de vida estressantes, como idosos, indivíduos com deficiência e pessoas acometidas por doenças.

No artigo *Religião e Saúde Mental: Desafio de Integrar a Religiosidade ao Cuidado com o Paciente*, de Rose Murakami e Claudinei Campos (2012), destaca-se a importância da religião na vida das pessoas como fator de significação e ordenação. A religião desempenha papel fundamental em momentos significativos da vida, incluindo questões espirituais, afetivas, sociais e, especialmente, problemas de saúde. Frequentemente, as pessoas buscam apoio espiritual em santuários e na fé como forma de enfrentar o sofrimento e atribuir sentido ao desespero que acompanha a doença. Assim, a religião é apresentada como elemento intrinsecamente ligado à subjetividade e à atribuição de significado ao sofrimento, tornando-se uma dimensão relevante na interação entre saúde e transtornos mentais.

A abordagem da relação entre saúde e religiosidade não exige uma posição sobre a existência ontológica de Deus ou do mundo espiritual. O foco está em compreender se a crença religiosa apresenta alguma associação mensurável com resultados de saúde, independentemente de se compartilhar ou não das crenças em análise. Segundo esses autores, essa perspectiva traz implicações significativas para a medicina, especialmente para a

psiquiatria, na qual considerações culturais e religiosas vêm moldando a prática clínica. Isso se reflete nas revisões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) da American Psychiatric Association, que incorporam diretrizes éticas e culturais para melhor preparar os médicos no atendimento a pacientes de diferentes contextos socioculturais. O objetivo é evitar interpretações equivocadas de crenças, experiências ou práticas religiosas como sintomas de patologia psicológica, promovendo uma compreensão mais ampla da relação entre religião e saúde mental.

Para distinguir com mais clareza os transtornos mentais das manifestações da religiosidade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais introduziu a categoria diagnóstica "Problema Religioso ou Espiritual". A integração entre religião e psiquiatria oferece aos profissionais de saúde mental a possibilidade de compreender mais profundamente os fatores religiosos que influenciam a saúde dos pacientes. Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde ainda não recebe treinamento adequado para lidar com essa questão, o que cria uma lacuna entre o cuidado prestado e o reconhecimento da relevância da religião na vida dos pacientes.

No artigo *A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas*, de Zila Sanches e Solange Nappo (2007), os autores afirmam que a literatura científica sustenta a importância da religiosidade e da fé na manutenção e na melhoria da saúde, relacionando positivamente a religiosidade ao bem-estar físico e mental. Essa associação é observada em indivíduos que frequentam regularmente a igreja e atribuem alta importância à sua religião, especialmente no que diz respeito à prevenção do uso de drogas. Além disso, estudos em revistas científicas destacam o papel crucial da religiosidade, especialmente no tratamento de doenças crônicas e graves, nas quais os pacientes podem se beneficiar de práticas religiosas que os ajudem a enfrentar os desafios sociais e psicológicos decorrentes de suas condições de saúde, como é o caso dos dependentes de drogas.

Esse artigo ainda apresenta vários resultados de pesquisas anteriores sobre religiosidade e a epidemia do consumo de drogas, entre os quais se destaca o estudo de Parfrey (1976).

> No que tange ao consumo das drogas psicotrópicas, a religião vem sendo claramente identificada como um fator protetor ao uso de drogas, tanto no Brasil quanto no exterior. Entre os estudos que se referem à relação existente entre a religião e as drogas, um dos mais antigos foi realizado na Irlanda e teve como amostra 458 estudantes universitários daquele país. Notou-se maior consumo de álcool entre os estudantes com menor crença em Deus e menor freqüência aos cultos religiosos (Sanches; Nappo, 2007 apud Parfrey, 1976).

Esse artigo ainda apresenta vários resultados de pesquisas anteriores sobre religiosidade e a epidemia do consumo de drogas. Em seguida, o estudo de Lorch e Hughes (1985), realizado com 13.878 estudantes, concluiu que a importância dada à religião foi o fator protetor fundamental para o não consumo de drogas, pois, quanto maior era a importância atribuída à religião, menor era o envolvimento com as drogas. Assim como a pesquisa de Cochran et al. (1988), que estudou a relação entre religiosidade e uso de álcool e concluiu que as pessoas sem religião eram mais propensas a utilizar o álcool e que os batistas eram os menores consumidores dessa substância. Ao final, Zila Sanches e Solange Nappo apresentam uma pesquisa realizada com 926 estudantes da Universidade de São Paulo, de Silva et al. (2006), na qual chegam à seguinte conclusão com relação ao consumo de drogas: aqueles que possuíam renda familiar alta e não professavam alguma religião eram os que corriam maior risco de consumir drogas.

Além disso, esse mesmo estudo detectou a ausência de bebedores excessivos entre os espíritas e os protestantes praticantes.

4 - REFLEXÃO SOBRE A ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA VELHICE:

Além das questões gerais relacionadas à saúde mental, especialmente aquelas vinculadas a patologias, consumo de drogas e álcool, é fundamental explorar como a espiritualidade e a religiosidade impactam a saúde psíquica na velhice. A pesquisadora Anna Cristina Pegoraro de Freitas, em sua dissertação, menciona que a velhice é uma fase da vida em que muitos indivíduos buscam significado e propósito. Citando o teólogo Leonardo Boff, enfatiza que esse período pode representar uma oportunidade para completar o crescimento humano e alcançar um nível mais profundo de compreensão de si mesmo.

Afirma também que:

> Além do enfrentamento de problemas de ordens social, familiar, educacional, previdenciário e de saúde pública, há, também, as questões existenciais. O aumento da expectativa de vida e a promessa cada vez maior de longevidade pela medicina têm levado à reflexão sobre desenvolvimento da espiritualidade humana e sua importância na longevidade (Freitas, 2010, p. 57).

Neste contexto, a autora afirma que é fundamental considerar como a espiritualidade e a religiosidade podem proporcionar apoio e alívio para as questões de saúde mental enfrentadas por idosos. Pesquisas recentes têm destacado os benefícios desses aspectos, incluindo a redução de sintomas depressivos, menor incidência de depressão, pensamentos suicidas e abuso de substâncias.

Citando Goldstein e Neri (2000), ela retrata o que pode acontecer com a pessoa idosa diante dos fatores do envelhecimento, relacionando-os com a espiritualidade e a religião. Nesse sentido, o envelhecimento pode acarretar fatores desconfortáveis e sentimentos de solidão; no entanto, a aceitação das próprias dificuldades e limitações torna-se indispensável para a vivência de uma velhice mais satisfatória. A busca por uma relação mais profunda com Deus facilita essa compreensão e amplia as “chances de envelhecer bem, com integridade e auto-realização”.

Ela também afirma que investir em pesquisa sobre religiosidade pode ser um fator relevante para a promoção de uma velhice satisfatória e cita a seguinte frase desses autores: “Prolongar a vida sem propiciar um significado para a existência não é a melhor resposta para o desafio do envelhecimento.”

Ainda segundo a autora, e com base em outros estudos, como os de Cupertino e Novaes (2004), há indícios consistentes de que a espiritualidade pode funcionar como recurso de enfrentamento, favorecendo o senso de satisfação e bem-estar, prevenindo processos depressivos e contribuindo para a superação de patologias e de suas reincidências. Além disso, pode atuar como estratégia de enfrentamento diante de eventos estressores e como caminho para a compreensão da morte e para a construção de sentido para a vida.

Esses apontamentos levam Cupertino e Novaes a concluírem que a espiritualidade pode constituir um fator relacionado à melhor saúde física e emocional na velhice, contribuindo também para maior adaptabilidade diante das questões do envelhecimento.

De acordo com as conclusões da pesquisa de Anna Cristina Pegoraro de Freitas, que incorporou uma revisão abrangente da literatura sobre espiritualidade e religião na velhice, a importância da espiritualidade se torna ainda mais evidente. A autora desenvolveu uma

investigação prática com um grupo de mulheres entre 82 e 98 anos e constatou que a prática da espiritualidade desempenhou papel significativo na aquisição de conhecimento e na promoção de mudanças, tanto nas crenças quanto nas atitudes.

A compreensão da relação entre religião, espiritualidade e saúde mental evoluiu ao longo da história, passando de interpretações sobrenaturais para uma perspectiva mais holística. Nesse processo, a OMS desempenha papel crucial ao promover uma abordagem multidimensional da saúde e da qualidade de vida.

5 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) E SUA VISÃO MULTIDIMENSIONAL DA QUALIDADE DE VIDA.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada das Nações Unidas, criada em 7 de abril de 1948, com sede em Genebra, na Suíça. Seu objetivo principal é promover a saúde global, prevenir doenças, melhorar as condições de saúde das populações e garantir o acesso universal a cuidados de qualidade. Ao longo do tempo, a OMS consolidou-se como uma referência internacional na formulação de diretrizes e conceitos que ampliam a compreensão do processo saúde-doença, especialmente ao reconhecer que a saúde não pode ser reduzida apenas à ausência de enfermidades, mas deve ser entendida em sua complexidade humana, social e existencial.

Em 1999, com base em um manual elaborado em 1998 (World Health Organization, 1998), a Organização Mundial da Saúde apresentou uma proposta inovadora para a compreensão e avaliação da qualidade de vida. Até então, esse conceito era frequentemente associado apenas ao bem-estar físico, com foco principal na presença ou ausência de doenças e limitações corporais. No entanto, a própria OMS reconheceu que essa perspectiva era insuficiente para abarcar a experiência humana em sua totalidade, uma vez que a vida das pessoas é marcada também por fatores emocionais, sociais, espirituais e ambientais, os quais influenciam de maneira decisiva a percepção de bem-estar e plenitude.

A partir dessa ampliação conceitual, a OMS definiu a qualidade de vida como um constructo multidimensional, composto por domínios que se inter-relacionam e que, em conjunto, permitem uma compreensão mais ampla da experiência humana. Nesse sentido, a avaliação da qualidade de vida deixa de estar restrita ao estado físico e passa a considerar também os aspectos psicológicos, sociais, espirituais e ambientais, os quais interferem diretamente na forma como cada pessoa percebe sua própria existência, seu bem-estar e suas possibilidades de realização.

- **Dimensão Física**: refere-se à saúde física e ao funcionamento do corpo. A ausência de doenças, a capacidade de realizar atividades diárias sem limitações físicas, a nutrição adequada e a acessibilidade a cuidados de saúde de qualidade são aspectos centrais dessa dimensão. Esses elementos, no entanto, já não são vistos como a única medida da qualidade de vida, pois representam apenas uma parte da experiência integral do ser humano. A condição física é importante, mas precisa ser compreendida em diálogo com os demais domínios da vida.
- **Dimensão Psíquica**: diz respeito ao bem-estar emocional e mental, sendo diretamente associada à saúde mental. Inclui a satisfação com a vida, a resiliência emocional, a capacidade de lidar com o estresse, a autopercepção positiva e a ausência de distúrbios mentais. Essa dimensão passou a ser considerada fundamental na avaliação da qualidade de vida, uma vez que o modo como a pessoa sente, pensa e enfrenta os desafios da existência influencia profundamente sua experiência cotidiana e sua capacidade de adaptação.
- **Dimensão Social**: concentra-se nas interações sociais e nas relações interpessoais. Aspectos como apoio social, qualidade das relações familiares e sociais, sensação de pertencimento e capacidade de manter vínculos significativos com outras pessoas são componentes importantes dessa dimensão. A participação na comunidade também se insere

nesse campo, pois revela o grau de integração do indivíduo em seu contexto social e sua possibilidade de construir relações que favoreçam suporte, identidade e reconhecimento.

- **Dimensão Espiritual**: relaciona-se com a busca de significado e propósito na vida, envolvendo questões de valores, crenças, transcendência e ética pessoal. A espiritualidade passou a ser vista como uma dimensão importante da experiência humana e foi reconhecida como influente na qualidade de vida. Em 1999, essa dimensão ganhou destaque na definição multidimensional da OMS, reforçando que a existência humana não pode ser compreendida apenas por critérios biológicos ou funcionais, mas também pela necessidade de sentido, esperança e orientação interior.
- **Dimensão Ambiental**: reconhece que o ambiente em que as pessoas vivem desempenha papel importante para a qualidade de vida e o bem-estar. Essa dimensão refere-se ao espaço físico e à forma como ele afeta a vida cotidiana, considerando fatores como qualidade do ar, acesso a recursos naturais, nível de poluição, ambiente construído, acesso e qualidade dos serviços de saúde disponíveis, além da segurança. Trata-se de um domínio decisivo, pois as condições ambientais podem favorecer ou comprometer tanto a saúde quanto a percepção de bem-estar.

A inclusão da dimensão espiritual é um indicador da importância desse fator no contexto da saúde como um todo. Essa nova perspectiva teve impacto significativo nas políticas de saúde, na pesquisa e na prestação de cuidados em diferentes partes do mundo, incentivando uma abordagem mais abrangente e holística no cuidado com a saúde e no entendimento do que realmente significa viver uma vida com qualidade.

6 - A TEOLOGIA BÍBLICA DO CUIDADO NA CAPELANIA HOSPITALAR

A teologia bíblica do cuidado encontra seu fundamento nas Escrituras, onde Deus é apresentado como aquele que cuida de seu povo e o chama a demonstrar compaixão pelo próximo. O conceito de cuidado permeia toda a narrativa bíblica, desde o Antigo Testamento, quando Deus estabelece leis para proteger os vulneráveis (Deuteronômio 10:18; Salmo 146:9), até o Novo Testamento, no qual Jesus exemplifica o cuidado por meio de seu ministério de cura, acolhimento e restauração (Mateus 25:36; Lucas 10:33-35). Nesse contexto, a Capelania Hospitalar surge como uma expressão prática da teologia do cuidado, sendo um ministério voltado ao conforto espiritual e ao apoio emocional de pacientes, familiares e profissionais de saúde.

As reflexões teológicas, do ponto de vista existencial, presentes nas Sagradas Escrituras indicam que Deus nunca abandona suas criaturas, mesmo depois do paraíso perdido. Por isso, tais reflexões se tornam ilações relevantes para uma teologia prática, especialmente quando se pensa na experiência humana marcada pela dor, pela fragilidade e pela esperança. A partir dessa perspectiva, destacam-se três afirmações centrais: a supremacia da cura sobre a doença; a graça da salvação diante do pecado; e a vitória da vida sobre a morte.

Para que essa teologia se manifeste em gestos concretos, é fundamental explicitar algumas vigas-mestras pertinentes. Elas expressam a essência do olhar do Criador sobre suas criaturas e indicam também como estas devem proceder, uma vez que foram feitas à sua imagem e semelhança. Desde as primeiras páginas das Escrituras, a teologia do cuidado se apresenta de forma evidente. No primeiro capítulo do Gênesis, vê-se o ser humano criado à imagem e semelhança de Deus e recebido com a missão de cuidar da criação. Trata-se, portanto, de uma responsabilidade que une dignidade, serviço e compromisso com a vida.

No Novo Testamento, em Mateus 25:36, lemos: “Porque tive fome, e destes-me de comer; tive sede, e destes-me de beber; era estrangeiro, e hospedastes-me; estava nu, e vestistes-me; adoeci, e visitastes-me; estive na prisão, e foste me ver”. Essa passagem revela a vontade de Deus para com seus filhos, chamando-os ao cuidado mútuo e também à atenção aos

que estão fora do povo de Deus. Assim, o cuidado deixa de ser apenas um gesto de solidariedade e se torna expressão concreta da fé, da misericórdia e da responsabilidade cristã.

A Capelania Hospitalar desempenha papel central na integração da espiritualidade ao cuidado em saúde mental, atuando como mediadora entre os aspectos religiosos e o tratamento médico. A presença de capelães hospitalares em unidades de saúde vem se tornando uma prática cada vez mais presente em diferentes hospitais, sendo fundamental para oferecer apoio espiritual, emocional e psicológico aos pacientes e às suas famílias. De acordo com Rajgopal et al. (2002), a Capelania Hospitalar pode contribuir para a redução dos níveis de ansiedade e depressão entre os pacientes, além de favorecer um ambiente mais humanizado, acolhedor e sensível às necessidades integrais do ser humano.

A função dos capelães vai além da oração e da assistência religiosa. Eles são chamados a lidar com questões existenciais e espirituais, promovendo saúde mental ao proporcionar momentos de reflexão, alívio da angústia e apoio em períodos de luto, sofrimento e enfrentamento de doenças graves. Segundo Koenig (2009), a presença de um capelão no ambiente hospitalar pode reduzir significativamente o sofrimento dos pacientes, oferecendo conforto espiritual que complementa os tratamentos médicos e psicológicos. Nesse sentido, a Capelania Hospitalar se afirma como uma prática que reconhece o ser humano em sua integralidade e amplia o cuidado para além do aspecto biológico.

6.1 - A interseção entre espiritualidade, saúde mental e capelania hospitalar.

Segundo Carlos Alberto Rodrigues Alves (2020), a prática da Capelania Hospitalar se configura como um espaço crucial no qual a espiritualidade encontra sua aplicação concreta no cuidado de pacientes que enfrentam doenças, fragilidades emocionais e situações de vulnerabilidade existencial. Nesse cenário, o apoio espiritual oferecido pelos capelães contribui para a redução da ansiedade, o alívio do sofrimento psicológico e o fortalecimento da fé e da esperança, especialmente em momentos de crise, quando o paciente se percebe mais exposto ao medo, à dor e à incerteza.

Integrar a espiritualidade ao cuidado em saúde mental, particularmente no ambiente hospitalar, representa um avanço significativo rumo a uma abordagem mais holística do ser humano. Isso ocorre porque o sujeito não é compreendido apenas em sua dimensão biológica, mas também em seus aspectos emocionais, relacionais e espirituais. A Capelania Hospitalar, nesse sentido, amplia a compreensão do cuidado ao reconhecer que a experiência da doença não atinge somente o corpo, mas também a subjetividade, as crenças, os afetos e o sentido que a pessoa atribui à própria vida.

Esse tipo de atuação é importante porque, em muitos casos, o sofrimento do paciente não se limita aos sintomas físicos. Há também angústias ligadas ao medo da morte, à perda da autonomia, ao afastamento da família, à insegurança diante do futuro e ao sentimento de fragilidade diante da enfermidade. Nesses momentos, a presença do capelão pode oferecer escuta, acolhimento e palavras de conforto, favorecendo uma experiência mais humanizada de internação e tratamento. Assim, a espiritualidade deixa de ser um elemento secundário e passa a ocupar um lugar relevante no processo de cuidado integral.

Esse contexto de integração entre espiritualidade e saúde mental torna-se ainda mais importante no atendimento às pessoas idosas, que frequentemente enfrentam questões existenciais profundas e uma maior carga de sofrimento emocional em razão do processo de envelhecimento. A velhice pode trazer perdas, limitações físicas, dependência de terceiros e maior contato com a finitude, o que torna o cuidado espiritual ainda mais necessário. A Capelania Hospitalar, nesse quadro, pode oferecer suporte significativo ao idoso, ajudando-o a ressignificar sua experiência de sofrimento e a encontrar sentido mesmo em meio às dificuldades.

Portanto, a Capelania Hospitalar se torna uma prática essencial para promover uma recuperação mais completa e humanizada, abordando tanto as necessidades físicas quanto as espirituais dos pacientes. Sua atuação contribui para a construção de um cuidado mais sensível, acolhedor e integral, no qual a fé, a escuta e o apoio emocional podem funcionar como recursos importantes para a saúde mental e para o enfrentamento da doença. Dessa forma, a espiritualidade não aparece como substituta do tratamento médico, mas como uma dimensão complementar que fortalece a dignidade e o bem-estar da pessoa enferma.

6.2 - Capelania Hospitalar no Cuidado à Saúde Mental dos Idosos.

A Capelania Hospitalar desempenha um papel central na promoção da saúde mental dos pacientes idosos, especialmente em contextos de internação, fragilidade física e sofrimento emocional. A atuação dos capelães vai além dos aspectos estritamente religiosos, alcançando também o apoio emocional, relacional e psicológico. Dessa forma, o cuidado espiritual contribui para que o idoso enfrente com mais serenidade as dificuldades e os medos associados à hospitalização, à dependência de cuidados e ao próprio processo de envelhecimento.

Rajgopal et al. (2002) afirmam que a Capelania Hospitalar tem mostrado eficácia no alívio de sintomas de ansiedade, depressão e outros transtornos emocionais, por meio de uma abordagem integrada que envolve não apenas o cuidado físico, mas também o espiritual. Essa perspectiva é especialmente relevante porque o sofrimento do idoso hospitalizado não se limita à dimensão corporal, mas envolve também a perda de autonomia, a insegurança diante do futuro e, em muitos casos, o sentimento de solidão. Nesse sentido, a presença da capelania amplia o cuidado e oferece ao paciente uma experiência mais acolhedora e humanizada.

No caso dos idosos hospitalizados, a Capelania Hospitalar oferece uma escuta atenta e um espaço de acolhimento durante períodos de sofrimento, seja pela doença, pela perda de entes queridos ou pelas mudanças no estilo de vida. A presença do capelão pode representar um recurso valioso na promoção da saúde mental, pois proporciona ao paciente momentos de conforto, reflexão e fortalecimento interior. Em muitos casos, essa escuta sensível permite que o idoso expresse medos, angústias e sentimentos que nem sempre são verbalizados em outros contextos do tratamento.

Koenig (2009) ressalta que a espiritualidade é uma ferramenta poderosa para lidar com as questões relacionadas ao fim da vida, sendo particularmente importante para os idosos que enfrentam doenças terminais ou condições crônicas de saúde. Nesses momentos, a espiritualidade pode favorecer a elaboração do sofrimento, o enfrentamento da finitude e a busca por sentido diante da experiência de vulnerabilidade. Assim, a Capelania Hospitalar não apenas acompanha o paciente em sua dor, mas também contribui para que ele encontre recursos internos e espirituais para lidar com a própria condição.

Portanto, a Capelania Hospitalar se mostra uma prática essencial no cuidado à saúde mental dos idosos, ao integrar fé, escuta e apoio emocional em um mesmo horizonte de cuidado. Sua atuação contribui para a construção de um ambiente mais humano, sensível e respeitoso, no qual o paciente é reconhecido em sua totalidade. Dessa forma, a espiritualidade se apresenta como um elemento que fortalece a dignidade, a esperança e o bem-estar psicológico na velhice.

7 - RELAÇÃO ENTRE RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL

A compreensão da relação entre religião, espiritualidade e saúde mental evoluiu ao longo do tempo, passando de interpretações sobrenaturais para uma perspectiva mais holística e multidimensional. Nesse processo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenhou papel crucial na promoção dessa visão mais abrangente da qualidade de vida.

Em 1999, a OMS revolucionou a definição de qualidade de vida ao adotar uma perspectiva multidimensional. A qualidade de vida passou a ser compreendida em quatro dimensões principais: física, psíquica, social e espiritual. A dimensão espiritual foi incorporada para contemplar a busca de significado e propósito na vida, incluindo valores, crenças e ética pessoal. Essa ampliação conceitual representou um avanço importante, pois reconheceu que a experiência humana não pode ser reduzida apenas aos aspectos corporais ou funcionais.

Essa nova abordagem influenciou políticas de saúde, pesquisas e práticas de cuidado em diferentes partes do mundo. Ela destacou a importância da espiritualidade como parte intrínseca da experiência humana, reconhecendo que a dimensão espiritual exerce impacto significativo na qualidade de vida. Desse modo, consolidou-se uma visão mais completa e integradora do cuidado, que considera não apenas o aspecto físico, mas também as dimensões emocional, social e espiritual do ser humano.

Essa perspectiva multidimensional é especialmente relevante para a saúde mental, uma vez que a qualidade de vida das pessoas não pode ser plenamente compreendida apenas pela ausência de doenças mentais. A saúde mental envolve bem-estar emocional, resiliência, satisfação com a vida e capacidade de lidar com o estresse (OMS, 1999). Assim, pensar a saúde mental apenas em termos de ausência de sintomas seria limitar sua complexidade, pois ela também está ligada à forma como o indivíduo encontra equilíbrio, sentido e sustentação para viver.

Além disso, temos a influência da espiritualidade e da religiosidade na saúde mental tem sido objeto de pesquisas crescentes. Evidências indicam que esses aspectos podem contribuir para a promoção do bem-estar psicológico, oferecendo conforto, esperança e suporte social àqueles que enfrentam transtornos mentais. No entanto, essa relação é complexa e varia de acordo com a forma como as pessoas se relacionam com suas crenças religiosas (Rocha; Fleck, 2010). Em alguns casos, a religiosidade pode ser um recurso de enfrentamento; em outros, pode gerar conflitos internos, dependendo da experiência subjetiva de cada pessoa.

Na velhice, a espiritualidade e a religiosidade tornam-se ainda mais relevantes, uma vez que essa fase da vida frequentemente envolve a busca por significado e propósito. A espiritualidade pode desempenhar papel fundamental na redução de sintomas depressivos e no apoio emocional de idosos, ajudando-os a enfrentar desafios emocionais e de saúde. Como Goldstein e Neri (2000) destacam, “o envelhecimento pode acarretar fatores desconfortáveis e sentimentos de solidão, porém, a aceitação das próprias dificuldades e limitações é indispensável para a vivência de uma velhice mais satisfatória” (Freitas, 2010 apud Goldstein e Neri, 2000).

A pesquisa de Anna Cristina Pegoraro de Freitas, que incorporou uma revisão abrangente da literatura sobre espiritualidade e religião na velhice, destacou a importância da espiritualidade nesse processo. A autora realizou uma investigação prática envolvendo um grupo de mulheres com idades entre 82 e 98 anos e constatou que a prática da espiritualidade desempenha papel significativo na aquisição de conhecimento e na promoção de mudanças, tanto em termos de crenças quanto de atitudes (Freitas, 2010). Esses achados reforçam a ideia de que a espiritualidade pode se tornar um recurso valioso de amadurecimento interior e de enfrentamento das limitações próprias do envelhecimento.

Dentro desse panorama, a Capelania Hospitalar surge como um campo de atuação que pode ser essencial na integração da espiritualidade ao cuidado em saúde. Fundamentada na teologia do cuidado, essa prática visa oferecer suporte emocional e espiritual a pacientes hospitalizados, seus familiares e profissionais de saúde, reconhecendo que o sofrimento humano não se limita ao físico, mas envolve também dimensões psíquicas e espirituais. Sulmasy (2002) argumenta que a assistência integral à saúde não pode ser completa sem considerar a dimensão espiritual dos pacientes, pois o ser humano é marcado por uma totalidade que ultrapassa os limites do corpo e da doença.

A inclusão da dimensão espiritual na definição de qualidade de vida pela OMS reflete a crescente compreensão da importância da espiritualidade e da religiosidade na saúde mental e no bem-estar geral. Essa perspectiva multidimensional tem implicações significativas na prática clínica, incentivando os profissionais de saúde a considerar a espiritualidade como parte integrante do cuidado. A Capelania Hospitalar se apresenta, nesse contexto, como um elemento

fundamental na assistência espiritual aos pacientes, contribuindo para o acolhimento, o conforto e o bem-estar em momentos de vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história, a relação entre religião, espiritualidade e saúde mental passou por uma evolução significativa. Durante a Pré-História, as doenças eram frequentemente associadas a transgressões contra os deuses, o que levava ao abandono dos enfermos e à interpretação do sofrimento dentro de uma lógica sagrada e punitiva. Na Idade Média, conforme observou Michel Foucault (1978), a loucura foi concebida como a "nova encarnação do mal", resultando na marginalização das pessoas com transtornos mentais e na ampliação de práticas de exclusão. Contudo, estudos contemporâneos demonstram que a espiritualidade e a religiosidade podem contribuir de maneira relevante para o bem-estar psicológico, oferecendo conforto, sentido e suporte emocional em momentos de fragilidade (Koenig, 2012; Sulmasy, 2002). Essa mudança de perspectiva culminou na inclusão da dimensão espiritual na definição de qualidade de vida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999), reconhecendo que a busca por significado e propósito na vida desempenha papel essencial na promoção da saúde mental.

Dentro desse contexto, a Capelania Hospitalar emerge como um campo fundamental para integrar a espiritualidade ao cuidado em saúde. A teologia bíblica do cuidado destaca Deus como o supremo cuidador de sua criação, desde a responsabilidade da mordomia confiada ao ser humano em Gênesis até o ministério de Jesus, que curou enfermos, acolheu os marginalizados e demonstrou compaixão diante da dor humana. Esse fundamento teológico é sustentado por três verdades centrais: a supremacia da cura sobre a doença, a graça da salvação perante o pecado e a vitória da vida sobre a morte. Inspirados pelo exemplo do bom samaritano (Lucas 10:33-35), os capelães hospitalares são chamados a ser presença consoladora nos momentos de dor e vulnerabilidade, refletindo o Deus que nunca abandona suas criaturas.

No caso dos idosos hospitalizados, a Capelania Hospitalar desempenha um papel central na promoção da saúde mental. A atuação dos capelães vai além dos aspectos religiosos, oferecendo apoio emocional e psicológico para ajudar os pacientes a enfrentarem os desafios da hospitalização e do envelhecimento. Rajgopal et al. (2002) afirmam que a Capelania Hospitalar tem demonstrado eficácia no alívio de sintomas de ansiedade, depressão e outros transtornos emocionais, por meio de uma abordagem integrada que considera o cuidado físico e espiritual. Muitos idosos hospitalizados enfrentam não apenas a dor da doença, mas também a solidão, a perda de entes queridos e as mudanças em seu estilo de vida. Nesses momentos, a presença do capelão representa um recurso valioso, proporcionando um espaço de acolhimento, escuta e reflexão. Como destaca Koenig (2009), a espiritualidade é uma ferramenta poderosa para lidar com questões relacionadas ao fim da vida, sendo especialmente importante para idosos que enfrentam doenças terminais ou condições de saúde crônicas.

Dessa forma, a Capelania Hospitalar se torna uma extensão das mãos divinas no cuidado aos enfermos, reafirmando a dignidade humana e promovendo esperança em meio à dor. Quando Mateus 25:36 declara "adoeci, e visitastes-me", evidencia-se o chamado cristão para enxergar Cristo no sofrimento humano, transformando o serviço ao próximo em um ato de adoração e compaixão. A Capelania Hospitalar não apenas auxilia no enfrentamento da doença, mas também fortalece a saúde mental dos pacientes, especialmente os idosos, garantindo que, mesmo nos momentos mais difíceis, ninguém se sinta sozinho ou desamparado. Em síntese, a espiritualidade, quando integrada ao cuidado, amplia a compreensão da pessoa humana e contribui para uma assistência mais integral, sensível e humanizada.

REFERÊNCIAS

ALVES, Carlos Alberto Rodrigues. **Fundamentos teológicos e formação espiritual para aconselhamento cristão e capelania.** 1. ed. São Paulo: Contentus, 2020. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 17 abr. 2026.

CASTRO, Fabiano dos Santos; LADEIRA-FERNANDEZ, J. **Alma, mente e cérebro na pré-história e nas primeiras civilizações humanas.** Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000100017>. Acesso em: 17 abr. 2026.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. **Systematic review:** general notions. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [S. l.], v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500033>. Acesso em: 17 abr. 2026.

EHLING, Dagmar. **Oriental medicine:** an introduction. Alternative Therapies in Health and Medicine, v. 7, n. 4, 2001.

FOERSCHNER, A. M. **The history of mental illness:** from skull drills to happy pills. Inquiries Journal, v. 2, n. 2, 2010.

FREITAS, Anna Cristina Pegaro de. **Espiritualidade e sentido de vida na velhice tardia**. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2010.

GOLDSTEIN, Lucila Lucchino; NERI, Anita Liberalesso. **Tudo bem, graças a Deus:** religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus, 2000.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei J. Gomes. **Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente.** Revista Brasileira de Enfermagem, mar./abr. 2012.

RAJGOPAL, L.; HOSKERI, G. N.; BHUIYAN, P. S.; SHYAMKISHORE, K. **History of anatomy in India.** Journal of Postgraduate Medicine, 2002.

REINALDO, Amanda M. dos Santos; SANTOS, Raquel L. Fernandes. **Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 162-171, jul./set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611012>. Acesso em: 17 abr. 2026.

ROCHA, Neusa S. da; FLECK, Marcelo Pio da A. **Avaliação de qualidade de vida e importância dada à espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde.** Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [s. d.].

SANCHES, Van Der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. **A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas.** Revista de Psiquiatria Clínica, v. 34, supl. 1, p. 73-81, 2007.

SOCIEDADE BÍBLICA DO BRASIL. **Bíblia de estudo NAA:** Nova Almeida Atualizada. Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 2018.

SULMASY, Daniel P. **A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life.** The Gerontologist, v. 42, n. 3, p. 24-33, 2002.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

LINGUAGEM DA FÉ: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE PESSOAS IDOSAS VIVENDO COM DOR CRÔNICA

LANGUAGE OF FAITH: COPING STRATEGIES FOR OLDER PEOPLE LIVING WITH CHRONIC PAIN

Juliana da Conceição Sampaio Lóss
https://orcid.org/0000-0002-2369-1022
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253

RESUMO: As estratégias de enfrentamento ou *Coping* são uma teoria que compreende as ações, esforços e comportamentos que um sujeito aplica para lidar com situações adversas, sejam elas oriundas de quaisquer causas. Tais esforços ou estratégias de enfretamento podem estar focadas no problema, ou em atitudes emocionais. O envelhecimento tem sido muito investigado e nele podemos verificar a presença de doenças crônicas que impactam a qualidade de vida das pessoas, sendo a dor crônica com sensibilização central de difícil manejo. Nesse ínterim, o objetivo do estudo foi analisar na literatura as estratégias de enfrentamento relacionadas a fé utilizadas por pessoas idosas vivendo com dor crônica. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa com foco na interdisciplinaridade, de natureza qualitativa, fundamentada conforme critérios PRISMA, utilizando-se os descritores “Idoso”; “Dor Crônica”; “Espiritualidade”; “Estratégias de Enfrentamento; “Religião” nas bases de dados BVS e Google Scholar, em português, inglês e espanhol. Como critérios de inclusão foi selecionado o recorte temporal dos últimos 10 anos 2016 até 2026. Como resultados foram encontrados nas bases de dados Google scholar 73 artigos, e na base de dados BVS não foram encontrados artigos que atendessem aos critérios de inclusão. Após leitura dos títulos e resumos foram excluídos os duplicados, fora do recorte temporal e que não estavam alinhados a temática pretendida, restando para leitura completa e análise crítica 9 (nove) artigos. Os resultados apontam para a escassez de artigos que relacionem a fé, como estratégia de enfrentamento frente a dor crônica. Entretanto, evidenciam a relevância do desenvolvimento da fé enquanto estratégias de enfrentamento de pessoas idosas nos processos de saúde e doença, bem como na dor crônica.

Palavras-chave: Estratégias de enfrentamento; Fé; Idosos; Dor Crônica.

ABSTRACT: Coping strategies are a theoretical framework that encompasses the actions, efforts, and behaviors individuals use to deal with adverse situations arising from any cause. These efforts or coping strategies may be focused either on problem-solving or on emotional responses. Aging has been extensively investigated, revealing the presence of chronic diseases that negatively impact people’s quality of life, especially chronic pain associated with central sensitization, which is difficult to manage. In this context, the objective of this study was to analyze, in the literature, coping strategies related to faith

[1]Médica de Família, Discente de doutorado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - E-mail: ju.sampaio23@hotmail.com ;
[2]Professora do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem (PPGCL) da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). E-mail: rosaleeistoe@gmail.com ;
[3]Pós-doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF. E-mail: valtairmiranda@gmail.com ;

used by older adults living with chronic pain. The methodology adopted was an integrative review with an interdisciplinary and qualitative approach, based on PRISMA criteria, using the descriptors “Aged”; “Chronic Pain”; “Spirituality”; “Coping Strategies”; and “Religion” in the BVS and Google Scholar databases, in Portuguese, English, and Spanish. As inclusion criteria, studies published within the last ten years (2016–2026) were selected. The search results identified 73 articles in Google Scholar, while no articles meeting the inclusion criteria were found in the BVS database. After reading titles and abstracts, duplicate studies, articles outside the established time frame, and those not aligned with the proposed theme were excluded. A total of 9 articles remained for full reading and critical analysis. The results indicate a scarcity of studies relating faith as a coping strategy for chronic pain. However, the findings highlight the relevance of faith development as a coping strategy among older adults in health-disease processes, particularly in chronic pain.

Keywords: Coping strategies; Faith; Older adults; Chronic pain.

1. INTRODUÇÃO

As estratégias de enfrentamento são uma teoria que compreende as ações, comportamentos e pensamentos da pessoa para lidar com situações estressantes. Folkman e Lazarus (1980) elucidaram que existem dois tipos de enfrentamento, a saber: o que está centrado no problema e o que coloca o foco nas emoções. A teoria então aduz que enfrentamento é compreendido como o esforço cognitivo e comportamental para lidar com as adversidades, estresse, situações externas ou internas, não importa se estas situações venham da família, do trabalho ou se são causadas por um evento emocional.

O envelhecimento é marcado por entraves, e nem sempre a terceira idade é alcançada com saúde plena. Nesse cenário, é comum e notória a presença de doenças crônicas, sendo a dor uma delas. A dor, dessa forma, é uma experiência subjetiva que traz impacto na qualidade de vida de uma pessoa e desencadeia sintomas emocionais. É possível verificar na população idosa que a dor é um sintoma prevalente, especialmente nos casos oncológicos. Nesse sentido, há diversas formas de enfrentar tal problemática (Santos e Castro, 2019).

Envelhecer e enfrentar patologias crônicas pode ser desafiador, uma vez que envolve a pessoa idosa, seu contexto social e familiar gerando queda da qualidade de vida e do bem-estar. A dor crônica interfere diretamente na funcionalidade da pessoa idosa e, na maioria das vezes, reduz seu convívio social, sendo o isolamento e a depressão uma consequência. Nesse contexto, a fé surge como elemento central nessa discussão, visto que está diretamente relacionada às formas de enfrentar um problema.

Quando alguém recorre a espiritualidade como estratégia de enfrentamento, o faz na tentativa de aliviar o sofrimento e manter uma visão positiva do problema. Assim, destaca-se que a busca pela espiritualidade e o desenvolvimento da fé não está relacionado com religião. Entretanto, pode-se na maioria das vezes observar no senso comum uma confusão entre os termos.

A busca pela fé é presente na população de idosos principalmente em situações em que o sofrimento é real e em que estão diante de situações difíceis, como receber um diagnóstico de uma doença incurável. Pode-se dizer que na dor crônica, isso também não é diferente, por seu caráter duradouro. As causas de dor crônica são variáveis e estabelecidas por sensibilização central, ou seja, acomete o sistema nervoso central da

pessoa fazendo com que o estímulo doloroso perdure. As dores crônicas inicialmente foram dores agudas que não foram devidamente tratadas. Associa-se ao quadro de dor crônica aspectos emocionais e subjetivos do sujeito, na qual a interpretação de dor é muito mais percebida.

Quadros como fibromialgia, artroses, artrites, dor oncológica, metástases, são motivos de dor crônica, com piora progressiva se não tratadas. A medicina, cada vez mais, considera a subjetividade e busca entender como a fé e a espiritualidade podem ajudar os pacientes no enfrentamento das doenças.

Nesse contexto, a temática da fé frente às estratégias de enfrentamento na dor é relevante, permitindo melhor compreensão desse fenômeno em sua totalidade e em suas esferas biopsicossociais, além de suscitar a participação multiprofissional diante de cenários de dor crônica. A busca pela fé e o desenvolvimento de práticas voltadas ao enfrentamento podem ser favoráveis, gerando nas pessoas idosas maior engajamento no tratamento, motivação e esperança diante de doenças de difícil manejo.

Estudos demonstram que o *coping* relacionado às emoções, que utiliza ferramentas da fé, da espiritualidade ou até mesmo da religião, são promissores devendo ser mais estimulados, pois estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas e desenvolvidas, contribuindo para as limitações da dor crônica.

Diante de tudo que foi aduzido, o presente estudo tem por objetivo analisar, na literatura, as estratégias de enfrentamento relacionadas a fé utilizadas por pessoas idosas vivendo com dor crônica. Sob esse prisma, busca-se melhor compreensão da linguagem da fé no contexto da dor crônica. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa com foco na interdisciplinaridade, de natureza qualitativa, fundamentada conforme critérios PRISMA, utilizando-se os descritores “Idoso”; “Dor Crônica”; “Espiritualidade”; “Estratégias de Enfrentamento; “Religião” nas bases de dados Google Scholar e BVS, em português, inglês e espanhol. Elucida-se que a revisão integrativa é um método que busca revisar a literatura analisar e sintetizar estudos tanto qualitativos, quanto quantitativos a fim de melhor aprofundamento de um fenômeno específico.

Como critérios de inclusão, foi delegado o recorte temporal dos últimos 10 anos 2016 até 2026. E, como critérios de exclusão, artigos duplicados, fora do recorte temporal e fora da temática estudada. Foram ainda considerados na revisão importantes autores que versam sobre o tema, tais como: Cicely Saunders para elucidar o conceito de dor total, Lazarus e Folkman para explicação conceitual de coping e, por fim, o Ministério da Saúde para compreensão da dor crônica.

Como resultado da busca, foram encontrados incialmente 73 (setenta e três) artigos no Google Acadêmico. Já nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), não foram encontrados artigos que se enquadrassem nos critérios de inclusão e exclusão. Após a leitura dos títulos foram excluídos os repetidos, os que estavam fora do tema proposto, e fora do lapso temporal, conforme critérios de inclusão e exclusão restando 9 (nove) artigos que foram lidos e analisados criticamente na íntegra, buscando conceitos e dados relevantes para composição da revisão.

O estudo se justifica por sua relevância para ciência, por ser a dor crônica um problema de saúde prevalente em pessoas idosas no Brasil e por ser possível verificar a escassez de artigos que explorem o tema “Estratégias de Enfrentamento Relacionadas à Dor Crônica”. Para a sociedade e a população idosa contribuirá para solidificar a compreensão das estratégias de enfrentamento e linguagem da fé em pacientes com dor crônica, ampliando o olhar para o indivíduo em sua totalidade e reforçando possibilidades para enfrentar problemas do cotidiano.

2. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, LINGUAGEM DA FÉ E DOR CRÔNICA: O QUE A LITERATURA NOS ENSINA?

A literatura nos mostra que os estudos relacionados ao enfretamento, fé e dor crônica ainda estão em evolução, fazendo com que a presente temática seja sensível o bastante para ser mais bem elucidada. Conforme a busca nas bases de dados dos artigos científicos foi possível a seleção cuidadosa de 9 (nove) desses artigos que mais se aproximavam das variáveis estudadas. Abaixo, a tabela de caracterização dos estudos incluídos nesta revisão.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa

Título do artigo	Autor/Ano	Base de dados	País	Objetivo	Método	Participantes	Principais resultados	Contribuição
Dor Crônica: compreensão do idoso oncológico hospitalizado e suas estratégias de enfrentamento	Santos et al. (2019)	Revista Psicologia, Diversidade e Saúde	Brasil	Compreender a percepção do idoso oncológico sobre dor crônica e estratégias de enfrentamento	Qualitativo	Idosos oncológicos	Religiosidade e espiritualidade auxiliaram no enfrentamento e adaptação	Fé como suporte emocional na dor crônica
A influência da espiritualidade e crenças religiosas no enfrentamento e na qualidade de vida das pessoas com doença renal crônica	Silva Junior et al. (2024)	Research, Society and Development	Brasil	Investigar influência da espiritualidade no enfrentamento da DRC	Qualitativo	28 participantes	Espiritualidade associada ao bem-estar psicológico	Coping espiritual em doenças crônicas
Envelhecimento e espiritualidade: o papel do coping espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas	Esperandio et al. (2019)	Estudos em Psicologia	Brasil	Analisar coping espiritual em idosos hospitalizados	Qualitativo	Pessoas idosas hospitalizadas	Espiritualidade promoveu esperança e conforto emocional	Coping religioso no envelhecimento
A crença sobre a morte e o coping religioso-espiritual em pacientes internados com doenças crônicas	Silva (2016)	Repositório UFU	Brasil	Investigar crenças sobre morte e coping religioso	Descritivo	Pacientes com doenças crônicas	Religião auxiliou no enfrentamento da finitude	Adaptação emocional ao adoecimento
Espiritualidade relacionada à qualidade de vida, funcionamento familiar e saúde mental em pessoas com doenças crônicas ameaçadoras à continuidade da vida e familiares	Rosa (2017)	Teses USP	Brasil	Investigar espiritualidade e qualidade de vida	Descritivo	Pacientes e familiares	Espiritualidade associada à melhor adaptação psicossocial	Suporte psicossocial em doenças crônicas
Religião e saúde:a espiritualidade cristã no tratamento da dor crônica em pacientes de fisioterapia	Malanquini (2023)	ProQuest	Brasil	Analisar a espiritualidade cristã no tratamento da dor	Reflexivo	Pacientes com dor crônica	Religião favoreceu ressignificação do sofrimento	Espiritualidade como recurso terapêutico
A influência da espiritualidade no contexto saúde-doença: revisão integrativa de literatura	Dias et al. (2025)	Revista Anchieta	Brasil	Analisar a espiritualidade no processo saúde-doença	Revisão integrativa	Estudos científicos	Espiritualidade favoreceu enfrentamento emocional	Componente importante do cuidado integral
A dimensão da espiritualidade do doente oncológico como estratégia de enfrentamento da doença	Oliveira (2018)	ProQuest	Portugal	Analisar a espiritualidade em pacientes oncológicos	Descritivo	Pessoas com câncer	Espiritualidade favoreceu esperança e adaptação	Enfrentamento existencial da doença
Enfrentamento em pacientes com dor neuropática na perspectiva da psicanálise	Dalul (2019)	Repositório institucional	Brasil	Analisar enfrentamento da dor neuropática	Teórico-reflexivo	Pacientes com dor neuropática	Espiritualidade associada à melhor adaptação ao estresse	Recurso psíquico no manejo da dor

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Depreende-se da análise dos estudos que a dor crônica, enquanto patologia, é uma realidade. Nessa esfera, os principais resultados apontam para a espiritualidade como algo que favorece a esperança, o enfrentamento, ressignificando o sofrimento, gerando conforto e melhor adaptação dos sujeitos diante desse quadro.

Os estudos incluídos nesta revisão integrativa evidenciam que a espiritualidade e a fé são relevantes estratégias de enfrentamento em casos de dor crônica e condições crônicas de adoecimento, especialmente entre pessoas idosas. Os artigos analisados elucidam que a experiência da dor, por envolver aspectos psíquicos, vai além da dor física, envolvendo dimensões emocionais, sociais e existenciais. Tal fato reforça a necessidade de um cuidado integral e humanizado.

No que tange à predominância de estudos qualitativos e mais reflexivos e realizados no Brasil, pode-se inferir que a condição de País subdesenvolvido reflete que os parâmetros socioeconômicos podem estar relacionados à busca pela fé para resolução de situações complexas, como a dor. Destaca-se que há uma maior compreensão subjetiva da dor e do sofrimento humano. Nesse ínterim, foi possível vislumbrar que a fé é comparada à possibilidade de ofertar maior esperança e, consequentemente, maior conforto emocional e ajuda o indivíduo a adaptar-se a doença.

De acordo com Santos et al. (2019) o estudo aduz que que idosos com doenças oncológicas e hospitalizados buscam a religiosidade e a espiritualidade como formas de enfrentamento da dor crônica e da hospitalização, e, com tal recurso, favorecem maior aceitação do diagnóstico e prognóstico, bem como adaptação ao sofrimento. Tal achado dialoga com os resultados encontrados por Esperandio et al. (2019), que identificaram o coping espiritual e religioso como um recurso capaz de promover conforto emocional, esperança e fortalecimento subjetivo em pessoas idosas hospitalizadas.

Nesse compasso, Silva Junior et al. (2024) elucidaram que a espiritualidade é positiva para a qualidade de vida e o bem-estar psicológico de pessoas com doença renal crônica, auxiliando no enfrentamento das limitações impostas pelo tratamento dialítico. Rosa (2017) também mostrou que há associação entre espiritualidade e melhor adaptação psicossocial, além de melhor fortalecimento da saúde mental em indivíduos com doenças crônicas e ameaçadoras à vida.

Oliveira (2018) e Malanquini (2023) trazem a discussão a compreensão da espiritualidade como ferramenta de ressignificação do sofrimento e promoção de esperança diante da dor crônica e do adoecimento oncológico. Nessa perspectiva, a fé não se restringe à prática religiosa institucionalizada, mas relaciona-se à construção de sentido diante da experiência dolorosa e das perdas funcionais ocasionadas pela doença, fato que merece destaque para suporte em doenças como o Câncer.

Outro estudo de relevância foi o de Dalul (2019), o qual ensina que religiosidade e espiritualidade podem contribuir para melhor adaptação ao estresse e fortalecimento da saúde mental em pacientes com dor neuropática crônica. Esses resultados corroboram a literatura que compreende a espiritualidade como dimensão importante do cuidado integral em saúde, sobretudo em condições marcadas pelo sofrimento prolongado. Este estudo analisou 61 pacientes com dor neuropática, se caracterizando como um estudo quantiqualitativo e observou uma melhor adaptação emocional onde havia o *coping* espiritual.

Segundo Silva (2016) existe a associação entre espiritualidade e enfrentamento da finitude, ou seja, quando a doença avança para o fim da vida. O estudo de Silva (2016) demonstrou que o *coping* religioso-espiritual favorece adaptação emocional diante da hospitalização e da possibilidade da morte, funcionando como mecanismo de suporte psíquico e existencial.

Já a revisão integrativa realizada por Dias et al. (2025) reforça que a espiritualidade possui influência significativa no processo saúde-doença, favorecendo enfrentamento emocional, adaptação e cuidado humanizado. Contudo, os autores também apontam a necessidade de maior preparo dos profissionais de saúde para abordar a dimensão espiritual durante a assistência, fato que não se contempla nas escolas de saúde.

Assim, faz-se urgente a inserção da disciplina espiritualidade nos currículos para melhor compreensão deste recurso.

Apesar da relevância dos estudos selecionados, contemplou-se a limitação metodológica em parte dos estudos analisados, principalmente pela predominância de delineamentos qualitativos, amostras reduzidas e escassez de pesquisas especificamente voltadas à população idosa com dor crônica. Além disso, muitos estudos abordam espiritualidade de forma ampla, sem diferenciar claramente religiosidade, fé e *coping* espiritual, o que pode dificultar comparações entre os resultados. Tal evidência analisada demonstra o caráter de ineditismo que o tema reflete, podendo inclusive ser tema de pesquisas futuras.

Destarte, mesmo com todas as implicações explicitadas anteriormente, é factível a relevância do desenvolvimento da fé enquanto estratégias de enfrentamento de pessoas idosas nos processos de saúde e doença, bem como naqueles que vivem com dor crônica.

No que concerne às estratégias de enfrentamento enquanto recurso, salienta-se que podem ser aprendidas e deverão ser inseridas em programas voltados a pessoas vivendo com dor crônica, propiciando o aprendizado. Essas aprendizagens ajudarão os pacientes e famílias a enfrentarem, de forma mais adaptativa e assertiva, este problema. Podemos ensinar estratégias de enfrentamento, pois elas podem ser modificadas e aprendidas, especialmente quando houver um público que não possui muitas habilidades ou estiver em um contexto de maior vulnerabilidade social.

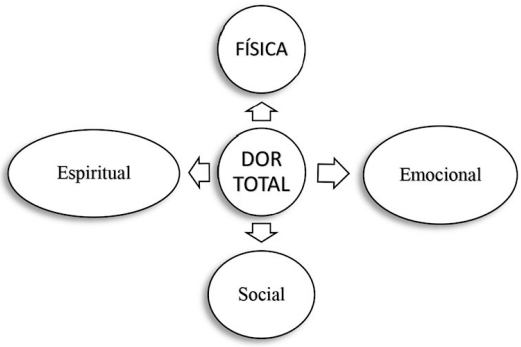
Folkman e Lazarus (1980) perceberam que a maior utilização da estratégia de enfrentamento no ambiente está voltada para o problema e há também o foco na emoção. Sendo assim, enfrentamento é compreendido como o esforço cognitivo e comportamental para lidar com as adversidades, estresse, situações externas ou internas, não importa se estas situações venham da família, do trabalho ou se são causadas por um evento emocional.

Compas (1987) nos fala que a definição de enfrentamento inclui reações ao estresse e todas as formas de lidar com o estresse. Esforços de enfrentamento podem estar focados no problema (coping focado no problema) ou focados na emoção, propostas originais de Lazarus e Folkmann. Ou seja, o esforço para agir sobre o evento estressor inclui estratégias entre o indivíduo e o meio ambiente.

3. DOR CRÔNICA E SUAS IMPLICAÇÕES

A autora Cicely Saunders trouxe valiosas contribuições sobre dor, criando o conceito de dor total. Ela foi pioneira no movimento Hospice, e uma grande influência em cuidados paliativos, foi enfermeira, assistente social e médica. Ao se tornar médica, trabalhou sob a perspectiva de uma nova forma de cuidado e, de maneira sensível, percebia a relevância da espiritualidade. Suas contribuições sobre o novo modo de compreensão da dor, quer seja, multidimensional, considerava a saúde mental, o contexto social e biográfico em que o paciente estivesse inserido. Nessa trilha, atribuía a devida importância a escuta e percepção de sofrimento do paciente de forma holística. Ao atuar com uma escuta sensível, atenta e analisar prontuários de forma cautelosa, identificou dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. Por conseguinte, a percepção desses pontos deu origem ao seu conceito de dor total, em que percebeu que a dor vai muito além de sensações físicas (Castro et al.; 2021).

Figura 1: Conceito de dor total



Fonte: Extraído de Castro et al.; (2021).

A dor crônica é uma doença que afeta milhões de pessoas no mundo, sendo considerado um problema de saúde pública. No Brasil, observa-se alta prevalência e tratamentos ineficientes. Nesse sentido, reconhecer o problema como doença, saber classificá-lo e tratá-lo é extremamente relevante. Nesse diapasão, a dor crônica é entendida como estímulo doloroso que está para além da lesão envolvendo acometimento nociceptivo com duração de mais de 3 meses. É necessário avaliar a intensidade da dor, percepção, distribuição no corpo e tempo de dor, para então escolher a melhor terapêutica. Nesse âmbito, é salutar que o tratamento envolva uma equipe multiprofissional e estabeleça um plano terapêutico (Matildes et al.; 2023).

Existem distintos tipos de dor crônica, a saber: dor crônica causada por câncer, em que mesmo nos casos em que há cura a dor prevalece, dor crônica pós cirúrgica ou pós traumática ocasionadas por lesão ou amputação, dor neuropática que pode ser causada por trauma, acidente vascular ou neuropatia diabética, dor crônica orofacial ou cefaleias geralmente atingem terminações nervosas ou desordens temporomandibulares, dor crônica visceral presente em casos de endometriose e colite ulcerativa, dor crônica musculoesqueléticas que é considerada a mais prevalente, afetando músculos, tendões, ossos e articulações, expressadas pelas artrites, artroses, tendinites. Ressalta-se que, mesmo analisando o acometimento das áreas dolorosas e suas etiologias, é relevante considerar aspectos psicológicos e emocionais (Matildes et al.; 2023).

Por se tratar de uma doença pouco difundida e compreendida, ainda se constitui um desafio encontrar tratamentos que sejam eficazes e que contemplem o sujeito em sua totalidade. Entretanto, estudos demonstram que o tratamento centrado no paciente, a comunicação e a escuta podem mudar o desfecho da dor crônica em pacientes idosos.

O Ministério da saúde (2024) conceitua a dor crônica como aquela que é influenciada por fatores biopsicossociais e se baseia nas experiências dolorosas que cada sujeito tem. Destaca que no Brasil a Lombalgia é a dor crônica mais frequente (77%), seguida por dor no joelho (50%), no ombro (36%), no tornozelo (28%), nas mãos (23%) e na cervical (21%). Dores musculoesqueléticas são o problema de saúde mais frequente na população entre 15 e 64 anos, constituindo a principal causa de aposentadoria precoce, a segunda causa de tratamento de longo prazo e a principal causa de incapacidade em grupos dessa faixa etária.

Nesse contexto, é notória a urgência em políticas públicas que contemplem tratamentos para pessoas idosas com dor crônica, objetivando melhora da qualidade de vida desses sujeitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise da revisão integrativa, é possível compreender que a linguagem da fé como estratégia de enfrentamento é um recurso interno para que a pessoa idosa ressignifique os processos de dor crônica. A fé resulta na maior perseverança, melhor enfrentamento de doenças crônicas, melhor engajamento no tratamento, melhor percepção de dor e oportuniza ao sujeito melhora em sua qualidade de vida.

A dor crônica se constitui um desafio para saúde, na elucidação da sua etiologia, sabendo-se que apenas o tratamento medicamentoso não é suficiente para melhora do quadro, pois o paciente precisa ser visto como um todo, a partir de uma abordagem centrada no paciente, holística, que contemple as esferas biopsicossocial e espiritual para manejo da dor. Assim sendo, as estratégias de enfrentamento precisam estar alinhadas com o cuidado longitudinal.

No que tange às pesquisas vislumbradas, fica evidente que a espiritualidade aparece como um recurso para enfrentar a dor crônica, revelando uma linguagem de fé. Tal fato se mostra benéfico para a população idosa, propiciando a reconstrução de uma identidade marcada por dor através da ressignificação.

A partir dessa visão, é preciso ampliar o olhar de forma científica para a importância do desenvolvimento de práticas de fé no contexto do tratamento da dor crônica, trabalhando junto aos pacientes sua percepção do enfrentamento da dor em seu dia a dia. Como elucidado, as estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas, e é de bom tom agregar protocolos que apliquem os inventários de estratégias de enfrentamento e avaliem como os idosos passam pela experiência de dor crônica e como tal patologia afeta sua funcionalidade e qualidade de vida.

Ressalta-se que a fé pode ser manifestada de diversas formas agregadas à meditação, à música e à grupos de convivência, o que pode ser benéfico e humanístico. Estimular tais práticas nos pacientes requer também o preparo dos profissionais para que percebam a relevância e evidencia da melhora de quadros de dor crônica. Destarte, é salutar que aos poucos temas com essa profundidade e importância sejam discutidos na academia.

Como limitações, foi possível verificar que ainda não se discute na literatura a espiritualidade e a fé como linguagem possível no âmbito da saúde, sendo necessárias pesquisas quantitativas e qualitativas que denotem a experiência do paciente, considerando suas narrativas. Nesse sentido, espera-se que pesquisas futuras abracem a temática em todos os saberes, considerando o caráter multidimensional da espiritualidade, da dor crônica e do processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

CASTRO, M. C. F.; FULY, P. S. C.; SANTOS, M. L. S. C.; CHAGAS, M. C. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. ***Revista Gaúcha de Enfermagem***, Porto Alegre, v. 42, e20200311, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/117694/64070. Acesso em: 11 maio 2026.

COMPAS, Bruce E. Coping with stress during childhood and adolescence. ***Psychological Bulletin*****,** Washington, v. 101, n. 3, p. 393-403, 1987. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1987-24692-001.https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.3.393. Acesso em 11 de maio de 2026.

DA PAIXÃO SANTOS, Naylana Rute; MOREIRA CAVALCANTE CASTRO, Martha. Dor crônica: compreensão do idoso oncológico hospitalizado e suas estratégias de enfrentamento. ***Revista Psicologia, Diversidade e Saúde,*** Salvador, v. 8, n. 2, p. 144-155, 2019. DOI: 10.17267/2317-3394rpds.v8i2.2317. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2317. Acesso em: 07 de Maio de 2026.

DALUL, Cláudia Maria De Luca Colturato. *Enfrentamento em pacientes com dor neuropática na perspectiva da psicanálise*. 2019. 67 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2019. Disponível em https://bdtd.famerp.br/handle/tede/599. Acesso em: 07 maio 2026.

DIAS, Bruno Vilas Boas et al. A influência da espiritualidade no contexto saúde-doença: revisão integrativa de literatura. ***Revista Multidisciplinar da Saúde (RMS)***, Jundiaí, v. 7, n. 1, p. 19-29, 2025. Disponível em: https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/2279. Acesso em: 07 maio 2026.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; ESCUDERO, Fabiana Thiele; FANINI, Lucille; MACEDO, Elaine Pinheiro Neves de. Envelhecimento e espiritualidade: o papel do coping espiritual/religioso em idosos hospitalizados. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 23, n. 2, 2019. DOI: 10.5380/psi. v23i02.65381. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/65381. Acesso em: 07 maio 2026.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. ***Stress, appraisal, and coping***. New York: Springer, 1984.

MALANQUINI, Luciana Braga de Paula. *Religião e saúde: a espiritualidade cristã no tratamento da dor crônica em pacientes de fisioterapia*. Dissertação (Mestrado) – [instituição não informada], 2023. Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos. Disponível em: http://bdtd.faculdadeunida.com.br:8080/jspui/handle/prefix/576. Acesso em: 07 maio 2026.

MATILES, Renata Santana; SILVA, Gustavo Henrique de Melo da; PARREIRA, Felipe Moura; PARREIRA, Rita de Cássia Pereira Medeiros; MOL, Elis Campos. Dor crônica e suas implicações como doença. ***Pensar Acadêmico,*** Manhuaçu, v. 21, n. 4, p. 1172-1189, edição especial: Dossiê One Health, 2023. ISSN 1808-6136. ISSN on-line 2674-7499. Disponível em: https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/3820/2859. Acesso em: 11 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS/MS nº 1, de 22 de agosto de 2024*. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-resumido-da-dor-cronica. Acesso em: 11 maio 2026.

OLIVEIRA, S. D. G. *A dimensão da espiritualidade do doente oncológico como estratégia de enfrentamento da doença*. 2018. Disponível em:

https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/4e0f1ea1-641a-45f1-a2ed-a48a3280f7af. Acesso em: 9 maio 2026.

ROSA, Maria Augusta Silva. *Espiritualidade relacionada à qualidade de vida, funcionamento familiar e saúde mental em pessoas com doenças crônicas ameaçadoras a continuidade da vida e seus familiares: estudo exploratório*. 2016. 105 f. Dissertação (Mestrado em Ciências – Programa de Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-25012017-102733/pt-br.html. Acesso em: 10 maio 2026.

SILVA, Virginia Maria Terra. *A crença sobre a morte e o coping religioso-espiritual em pacientes internados com doenças crônicas*. 2016. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17744. Acesso em: 11 maio 2026.

SILVA JUNIOR, F. L. da et al. The influence of spirituality and religious beliefs on coping and quality of life in people with chronic kidney disease. ***Research, Society and Development***, [S. l.], v. 13, n. 9, p. e12513946949, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i9.46949. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/46949. Acesso em: 11 maio 2026.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

ENVELHECER COM SENTIDO: ESPIRITUALIDADE, SAÚDE BUCAL E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO

AGING WITH MEANING: SPIRITUALITY, ORAL HEALTH, AND BUILDING HOLISTIC CARE FOR THE ELDERLY

Samantha Maia Koch Torres
https://orcid.org/0009-0001-9381-5465
Sophia Maia Koch Torres
https://orcid.org/0009-0005-4431-2190
Gabriela Maia Koch Torres de Andrade
https://orcid.org/0009-0005-9026-892
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: O envelhecimento humano representa um fenômeno complexo que envolve transformações biológicas, sociais, psicológicas e existenciais. Nesse contexto, a busca por sentido torna-se dimensão central na forma como os indivíduos interpretam o processo de envelhecer, enfrentam limitações e constroem novos significados para a vida. A espiritualidade tem sido reconhecida como importante recurso de enfrentamento, contribuindo para a ressignificação das experiências de perda, vulnerabilidade e mudança que acompanham o avanço da idade. Paralelamente, a saúde bucal exerce papel fundamental na qualidade de vida do idoso, influenciando aspectos funcionais, estéticos, nutricionais e sociais. Entretanto, a odontologia ainda é frequentemente compreendida de maneira restrita ao campo técnico, desconsiderando dimensões subjetivas e simbólicas associadas ao cuidado. Este artigo propõe uma reflexão teórico-interdisciplinar sobre as relações entre espiritualidade, saúde bucal e integralidade no cuidado à pessoa idosa. Argumenta-se que a prática odontológica, quando inserida em uma perspectiva ampliada de saúde, pode contribuir para a construção de um envelhecimento mais digno, significativo e integrado às dimensões existenciais do sujeito.

Palavras-chave: Espiritualidade. Envelhecimento. Saúde bucal. Qualidade de vida.

Abstract: Human aging represents a complex phenomenon involving biological, social, psychological, and existential transformations. In this context, the search for meaning becomes a central dimension in how individuals interpret the aging process, face limitations, and construct new meanings for life. Spirituality has been recognized as an important coping resource, contributing to the re-signification of experiences of loss, vulnerability, and change that accompany advancing age. Parallelly, oral health plays a fundamental role in the elderly's quality of life, influencing functional, aesthetic, nutritional, and social aspects. However,

[1] Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;
[2]Pós-doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com ;
[3]Aluna de doutorado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - samanthakocht@gmail.com ;
[4]Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário Fluminense (UNIFLU) - gabriela.mktorres@gmail.com ;
[5]Aluna Especial de mestrado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - sophiamktorres@gmail.com ;

dentistry is still often understood in a restricted technical field, overlooking subjective and symbolic dimensions associated with care. This article proposes a theoretical-interdisciplinary reflection on the relationships between spirituality, oral health, and holism in elderly care. It is argued that dental practice, when inserted into an expanded perspective of health, can contribute to building a more dignified, meaningful aging process integrated with the existential dimensions of the subject.

Keywords: Spirituality. Aging. Oral health. Quality of life.

1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano tem se tornado um dos fenômenos demográficos mais significativos das últimas décadas. O aumento da expectativa de vida, associado aos avanços nas áreas da saúde e das condições sociais, tem ampliado o número de pessoas que alcançam idades mais avançadas (Organização mundial da saúde, 2015). Esse cenário impõe novos desafios às políticas públicas, aos sistemas de saúde e às práticas profissionais voltadas ao cuidado da pessoa idosa (Brasil, 2006).

Tradicionalmente, o envelhecimento foi frequentemente associado a processos de declínio funcional e perda progressiva da autonomia (Organização mundial da saúde, 2015). Entretanto, abordagens contemporâneas têm enfatizado a necessidade de compreender o envelhecer de maneira mais ampla, considerando dimensões psicológicas, sociais e existenciais que atravessam essa etapa da vida. Nessa perspectiva, a busca por sentido e significado torna-se elemento central para compreender a forma como os indivíduos interpretam as transformações que acompanham o avanço da idade.

A espiritualidade tem sido reconhecida como dimensão importante na experiência do envelhecimento. Diferentemente de uma compreensão estritamente religiosa, a espiritualidade pode ser entendida como a busca humana por significado, propósito e conexão com valores considerados fundamentais para a vida (Frankl, 2017). Estudos têm demonstrado que essa dimensão pode atuar como recurso de enfrentamento diante das adversidades, contribuindo para o bem-estar emocional, a resiliência e a reorganização de projetos de vida (Koenig, 2012).

No campo da saúde, a discussão sobre espiritualidade tem ganhado crescente relevância, especialmente em contextos relacionados ao cuidado de populações vulneráveis, como pessoas idosas. Ao considerar o sujeito em sua totalidade, torna-se possível reconhecer que o cuidado não se limita à intervenção sobre o corpo biológico, mas envolve também dimensões simbólicas, culturais e existenciais.

Nesse contexto, a saúde bucal ocupa lugar estratégico na qualidade de vida do idoso. Alterações na cavidade oral podem afetar mastigação, nutrição, comunicação e autoestima, repercutindo diretamente nas relações sociais e na percepção de bem-estar. Entretanto, a prática odontológica historicamente foi marcada por forte orientação técnica, muitas vezes dissociada de uma perspectiva integral do cuidado.

Diante dessas considerações, este artigo tem como objetivo discutir as relações entre espiritualidade, envelhecimento e saúde bucal, refletindo sobre como a odontologia pode contribuir para a construção de um cuidado mais integral e humanizado à pessoa idosa. A partir de uma abordagem teórico-reflexiva, busca-se compreender de que maneira a dimensão espiritual pode influenciar a experiência do envelhecimento e orientar práticas de cuidado que reconheçam o idoso como sujeito de sentido, história e dignidade.

2 - ENVELHECER COMO EXPERIÊNCIA EXISTENCIAL

O envelhecimento humano transcende uma mera perspectiva biológica de alterações fisiológicas progressivas (Organização Mundial da Saúde, 2022). Embora as transformações corporais sejam inevitáveis nessa etapa da vida, reduzi-lo exclusivamente à dimensão orgânica significa negligenciar aspectos essenciais da experiência humana, como a reorganização de identidades, a reinterpretação de trajetórias vitais e a reconstrução de sentidos frente às mudanças impostas pelo passar do tempo. Nas últimas décadas, pesquisadores das ciências humanas têm defendido veementemente a necessidade de compreender o envelhecimento como fenômeno verdadeiramente multidimensional, no qual fatores sociais, culturais, psicológicos e espirituais influenciam profundamente a forma como os indivíduos vivenciam essa fase existencial (Organização Mundial da Saúde, 2015). Essa abordagem paradigmática desloca o foco tradicional do declínio funcional para uma visão mais rica e complexa, entendendo o envelhecimento como período marcado por processos profundos de adaptação, aprendizado contínuo e ressignificação da própria existência.

A experiência concreta de envelhecer envolve transformações que atravessam todas as dimensões da vida cotidiana, frequentemente gerando sentimentos ambivalentes e complexos. De um lado, emergem desafios significativos relacionados à perda gradual de autonomia, ao surgimento inevitável de doenças crônicas e às limitações físicas que acompanham o avanço da idade; de outro lado, muitas pessoas relatam uma maior capacidade de reflexão interior, amadurecimento emocional profundo e redefinição madura de prioridades existenciais. Nesse contexto rico e contraditório, a noção de sentido da vida assume um papel absolutamente central na forma como cada indivíduo interpreta e dá significado ao seu próprio processo de envelhecimento. A busca por significado não se restringe a momentos isolados de crise existencial, mas constitui uma dimensão permanente e estruturante da existência humana; entretanto, nas fases da vida em que as mudanças se tornam mais evidentes e inescapáveis – como na velhice –, essa busca tende a intensificar-se de maneira particular, uma vez que o sujeito passa a refletir de forma mais profunda e autêntica sobre sua trajetória pessoal, suas escolhas fundamentais e o legado que deseja deixar para as gerações futuras.

A psicologia existencial tem contribuído de maneira significativa para essa compreensão mais ampla e humanizada do envelhecimento, particularmente através da logoterapia, onde argumenta de forma seminal que a "vontade de sentido" (Frankl, 2017) constitui uma das motivações mais fundamentais da existência humana. Segundo essa perspectiva revolucionária, mesmo diante do sofrimento inevitável ou das limitações impostas pela própria vida, o indivíduo permanece capaz de encontrar novos e criativos significados que lhe permitam continuar construindo ativamente sua história pessoal com dignidade e propósito. Aplicada especificamente ao contexto do envelhecimento, essa abordagem permite compreender que a velhice não precisa – e de fato não deve – ser interpretada exclusivamente como uma fase de perdas irremediáveis e declínio inexorável. Embora mudanças físicas e sociais sejam absolutamente inevitáveis, o sujeito idoso mantém integralmente sua capacidade inata de ressignificar experiências difíceis e construir novos projetos de vida cheios de significado, vivenciando o envelhecimento como um período rico de reflexão profunda, transmissão generosa de saberes acumulados, fortalecimento autêntico de vínculos afetivos e aprofundamento dos valores mais essenciais que sempre orientaram sua existência.

Enquanto nas fases iniciais da vida predominam naturalmente expectativas otimistas voltadas para um futuro repleto de possibilidades, na velhice torna-se mais frequente e natural uma reflexão mais contemplativa sobre o passado vivido e o presente imediato. Memórias pessoais, histórias de vida e experiências acumuladas ao longo de décadas passam a compor um repertório rico e complexo que influencia profundamente a forma como o indivíduo percebe e reconstrói sua própria identidade essencial. Esse processo profundo de revisão biográfica pode contribuir de maneira significativa para a construção de uma narrativa de vida coerente e

integrada, permitindo ao sujeito idoso integrar diferentes – e muitas vezes contraditórios – momentos de sua trajetória em uma história pessoalmente significativa e autenticamente sua. Além disso, o envelhecimento frequentemente provoca transformações profundas nas relações sociais mais próximas: a aposentadoria marca o fim de papéis profissionais centrais, a saída dos filhos de casa altera dinâmicas familiares estabelecidas, o falecimento de pessoas próximas traz lutos profundos, e mudanças nas redes de convívio podem alterar significativamente a dinâmica das interações sociais cotidianas. Essas mudanças inevitáveis podem, é verdade, gerar sentimentos dolorosos de solidão ou vulnerabilidade existencial, mas também podem abrir espaço inesperado para novas formas criativas de participação social, voluntariado significativo, atividades comunitárias enriquecedoras e o fortalecimento profundo de vínculos afetivos mais autênticos e essenciais.

Nesse cenário complexo e multifacetado, torna-se absolutamente fundamental reconhecer que a experiência do envelhecimento não é de forma alguma homogênea ou universal, mas profundamente heterogênea e individualizada. Fatores estruturais como condições socioeconômicas desafiadoras, acesso limitado a serviços de saúde de qualidade, redes de apoio familiar mais ou menos robustas e oportunidades concretas de participação social influenciam diretamente a forma como cada indivíduo específico vivencia essa etapa tão crucial da vida (Brasil, 2006). Assim, compreender o envelhecimento de maneira adequada exige considerar simultaneamente tanto as condições estruturais e materiais que moldam objetivamente a vida das pessoas quanto os recursos subjetivos e internos utilizados criativamente para enfrentar desafios concretos e construir significado pessoal mesmo nas circunstâncias mais adversas. Nesse panorama, a espiritualidade emerge de maneira particularmente relevante como um desses recursos subjetivos fundamentais e transformadores, oferecendo às pessoas idosas crenças profundas, valores sólidos e práticas espirituais concretas que constituem fontes autênticas de conforto interior, esperança renovada e orientação moral confiável (Koenig, 2012). A espiritualidade pode, assim, oferecer estruturas simbólicas poderosas que ajudam a interpretar de maneira mais serena experiências difíceis de perda, doença inevitável e finitude humana, permitindo que o sujeito encontre sentido profundo mesmo em situações objetivamente adversas. Dessa forma, ela contribui de maneira essencial para a construção de narrativas pessoais que preservam a dignidade intrínseca e a identidade autêntica ao longo de todo o processo de envelhecimento.

Compreender o envelhecimento como experiência verdadeiramente existencial implica reconhecer que essa etapa da vida envolve processos complexos, mas profundamente humanos, de adaptação criativa, reflexão autêntica e construção ativa de sentido pessoal. O idoso não deve ser reduzido a mero portador de condições clínicas objetificáveis ou limitações físicas inevitáveis, mas deve ser reconhecido integralmente como sujeito pleno de história pessoal rica, valores profundos e significados existenciais únicos. Essa perspectiva mais ampla e humanizada amplia significativamente o horizonte das práticas profissionais de cuidado em saúde, convidando os profissionais a considerar dimensões subjetivas e espirituais essenciais que influenciam de maneira determinante a forma como o envelhecimento é vivido e experimentado na prática concreta. Essa compreensão ganha relevância particular quando analisamos áreas específicas do cuidado em saúde como a odontologia: as alterações frequentes na saúde bucal durante o envelhecimento – como perda dentária, dificuldades mastigatórias, alterações estéticas visíveis e limitações na fala – ultrapassam em muito os limites das funções fisiológicas puramente técnicas, impactando diretamente a autoestima pessoal, a imagem corporal percebida, a comunicação interpessoal essencial e a inserção social efetiva do idoso na comunidade (Locker, 1988). Nesse contexto clínico específico, a espiritualidade emerge novamente como um recurso subjetivo poderoso e capaz de ressignificar essas experiências muitas vezes dolorosas, fortalecendo a autoestima abalada, fomentando a aceitação serena e possibilitando a reconstrução autêntica do sentido de si mesmo. Ao favorecer concretamente a

esperança renovada, o pertencimento comunitário genuíno e a valorização da existência para além das limitações físicas objetivas, a vivência espiritual contribui para que o idoso enfrente as fragilidades impostas pelas condições bucais com maior equilíbrio emocional maduro e confiança interior autêntica.

Refletir criticamente sobre o envelhecimento como experiência existencial plena implica reconhecer que a saúde bucal e a espiritualidade não constituem dimensões isoladas e separadas do cuidado, mas se revelam profundamente interdependentes na construção de um cuidado verdadeiramente integral e humanizado. A odontologia, ao incorporar conscientemente essa perspectiva notavelmente ampliada de saúde integral, deixa de atuar de forma limitada apenas na reabilitação funcional técnica e estética superficial, passando a contribuir de maneira transformadora também para a dignidade humana essencial, a autonomia pessoal concreta e o bem-estar subjetivo profundo da pessoa idosa, promovendo não apenas sorrisos funcionais tecnicamente corretos, mas também uma reconexão vital profunda com a própria vida, com o outro significativo e consigo mesma em sua totalidade existencial.

3 - ESPIRITUALIDADE E CONSTRUÇÃO DE SENTIDO NA VELHICE

A espiritualidade ocupa lugar proeminente nos debates sobre envelhecimento e saúde, reconhecida por fornecer recursos subjetivos para enfrentar as transformações, perdas e vulnerabilidades da velhice (Koenig, 2012). Em acepção ampla, representa a busca humana por significado, propósito e conexão com realidades que transcendem o material, moldando a interpretação da vida, a elaboração do sofrimento e as relações com futuro, outros e si mesmo.

Na velhice, essa dimensão ganha relevância crucial diante das reconfigurações corporais, sociais e afetivas que desestabilizam posições identitárias antes seguras. Perda de autonomia, redefinição de papéis sociais e alterações relacionais geram incertezas existenciais profundas, demandando nova narrativa da trajetória pessoal (Frankl, 2017). A espiritualidade funciona como linguagem existencial, fornecendo símbolos que interpretam a experiência além das limitações físicas.

Ela concretiza-se em práticas vivenciais – oração, meditação, participação comunitária – que ancoram o idoso em realidades transcendentes. Essas vivências associam-se a maior resiliência emocional, redução de depressão e melhor autocuidado, transformando fragilidades em maturação espiritual (Organização Mundial da Saúde, 2015). Assim, enriquece ativamente o processo de envelhecimento.

3.1 Espiritualidade como recurso de enfrentamento.

Um dos aspectos mais relevantes da espiritualidade no envelhecimento é seu papel como recurso de enfrentamento ativo, conforme evidenciado em revisões sistemáticas da literatura (Koenig, 2012). Enfrentar, nesse contexto específico, não significa mera resistência passiva ou estoica às dificuldades inevitáveis da vida, mas refere-se ao desenvolvimento consciente e estratégico de mecanismos para atribuir sentido profundo e transformador às experiências adversas que marcam essa fase existencial. A velhice frequentemente traz consigo um conjunto complexo de vivências desafiadoras – luto por perdas significativas, adoecimentos múltiplos e progressivos, dor crônica persistente, perda gradual da independência funcional e uma consciência aguda da proximidade da finitude humana – que, quando não adequadamente elaboradas ou processadas, geram não apenas intenso sofrimento emocional, mas também sentimentos profundos de desamparo existencial e rupturas na continuidade essencial da identidade pessoal.

A espiritualidade oferece ao sujeito idoso instrumentos simbólicos ricos e afetivos poderosos para lidar de forma mais integrada com essas situações aparentemente

avassaladoras. Através de crenças profundamente arraigadas, rituais significativos e estruturantes, práticas de oração contemplativa, meditação silenciosa, momentos de silêncio reflexivo profundo ou participação ativa em comunidades de fé, muitas pessoas idosas conseguem reorganizar internamente aquilo que, do ponto de vista externo e objetivo, parece completamente desestabilizador e caótico. Nesse sentido fundamental, a espiritualidade não elimina magicamente o sofrimento físico ou emocional, mas opera uma transformação qualitativa e profunda em sua interpretação subjetiva: o que poderia ser vivido como mero absurdo irracional ou abandono total torna-se, através dessa lente simbólica, uma experiência dolorosa sim, mas portadora de valor humano intrínseco e potencialidade genuína de aprendizado interior significativo (Frankl, 2017).

Esse processo sofisticado de enfrentamento espiritual está intimamente entrelaçado com a capacidade essencial de sustentar a própria dignidade humana diante das múltiplas fragilidades corporais e sociais que caracterizam o envelhecimento avançado. Mesmo quando o corpo sofre alterações visíveis e funcionais, a funcionalidade diminui de maneira inexorável e os papéis sociais tradicionais se transformam ou desaparecem completamente, a espiritualidade permite ao sujeito reafirmar com convicção que sua existência continua carregando um valor existencial profundo e inalienável, transcendendo completamente os padrões estreitos de produtividade e desempenho físico que são socialmente valorizados em culturas contemporâneas. Esse aspecto revela-se particularmente crucial em sociedades modernas que tendem sistematicamente a invisibilizar o processo de envelhecimento ou a associá-lo de forma reducionista e estigmatizante apenas à decadência física inevitável e à dependência funcional.

A espiritualidade fortalece de maneira igualmente significativa a interioridade do idoso como fonte autêntica e estável de equilíbrio emocional quando as referências externas tradicionais – status social, papéis profissionais, redes amplas de convívio – desmoronam ou se tornam insuficientes. O idoso que encontra espaço genuíno para refletir profundamente sobre sua jornada, reinterpretar criativamente sua história pessoal com novas camadas de significado e cultivar vínculos conscientes com valores existenciais profundos demonstra, em estudos empíricos, maior capacidade real de adaptação às mudanças inevitáveis da velhice. Isso não implica de forma alguma uma idealização romântica da velhice, mas reconhece com realismo que o enfrentamento bem-sucedido transcende o plano puramente material e técnico, abrangendo de forma essencial os sentidos profundos e pessoais que o indivíduo atribui àquilo que vive e experimenta cotidianamente.

O enfrentamento comunitário mediado pela espiritualidade revela-se igualmente vital e transformador nessa dinâmica complexa. Muitas práticas espirituais e religiosas estão intrinsecamente associadas a redes robustas de convivência genuína, apoio emocional consistente e um profundo senso de pertencimento coletivo que transcende o individual. Para o idoso, essas redes funcionam como antídoto poderoso contra o isolamento social, favorecendo uma escuta qualificada e empática, ampliando o sentimento concreto de utilidade pessoal e preservando laços sociais verdadeiramente significativos ao longo do tempo. Assim, a espiritualidade atua simultaneamente como recurso intrapsíquico profundo e como mediação relacional eficaz, fortalecendo de maneira concreta a experiência essencial de "estar acompanhado" e sustentado diante das vulnerabilidades múltiplas e inevitáveis do envelhecimento.

3.2 Espiritualidade e saúde mental do idoso.

A relação entre espiritualidade e saúde mental do idoso tem sido amplamente discutida por diferentes campos do conhecimento, com evidências crescentes de seus efeitos protetivos (Koenig, 2012). O envelhecimento frequentemente envolve situações que desequilibram o psiquismo – perdas afetivas múltiplas, redução de redes de apoio social, alterações cognitivas

progressivas, limitações funcionais crescentes e percepção intensificada da finitude humana. Esses fatores contribuem para quadros clínicos de tristeza persistente, ansiedade crônica, sentimentos profundos de inutilidade, desesperança existencial e sofrimento psicológico significativo (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Nesse contexto desafiador, a espiritualidade exerce função protetiva sobre a saúde mental, especialmente quando auxilia o idoso a organizar emocionalmente suas experiências fragmentadas. Interpretar a vida através de um horizonte de significado ampliado reduz a sensação de caos diante das adversidades inevitáveis (Frankl, 2017). Quando o idoso percebe sua existência como portadora de valor intrínseco e continuidade simbólica apesar das limitações físicas, experimenta menor desestruturação subjetiva. Assim, a espiritualidade oferece uma moldura interpretativa acolhedora para dor, perda e incerteza, preservando o equilíbrio emocional essencial.

A saúde mental na velhice transcende a mera ausência de transtornos psiquiátricos, abrangendo a capacidade de manter vínculos afetivos significativos, preservar autoestima estável, sustentar projetos de vida possíveis e encontrar razões concretas para continuar investindo na existência. A espiritualidade participa ativamente dessa construção ao nutrir sentimentos profundos de pertencimento comunitário, confiança renovada, gratidão autêntica e experiência de transcendência pessoal. Frequentemente constitui-se como espaço vital de continência emocional, onde medos profundos e angústias existenciais podem ser nomeados abertamente, compartilhados em comunidade e simbolicamente elaborados de maneira terapêutica.

O papel da espiritualidade na redução da solidão subjetiva merece destaque especial. Mesmo cercado de pessoas, o idoso pode vivenciar um vazio profundo quando falta escuta genuína, reconhecimento pessoal e sentido na rotina diária. A espiritualidade ameniza essa solidão ao fortalecer a percepção de conexão com realidades maiores – comunidades de fé, tradições milenares, valores transcendentes ou uma compreensão ampliada da própria vida. Essa conexão favorece serenidade duradoura, particularmente em momentos agudos de fragilidade emocional e vulnerabilidade psicológica.

Além disso, a espiritualidade contribui significativamente para a regulação emocional através do estímulo a práticas contemplativas estruturadas – pausas reflexivas, contemplação silenciosa, oração pessoal, meditação profunda e autorreflexão sistemática. Essas práticas demonstram eficácia comprovada na redução de ansiedade clínica, aumento da tolerância ao sofrimento inevitável e ampliação da autoconsciência madura (Organização Mundial da Saúde, 2022). Na velhice, quando o ritmo vital desacelera naturalmente, tais experiências ganham relevância central na reorganização psíquica e no autocuidado proativo e consciente.

Contudo, essa relação exige abordagem crítica e nuanceada. Nem toda vivência espiritual promove automaticamente bem-estar psicológico – crenças centradas em medo paralisante, punição divina ou indignidade essencial podem agravar significativamente o sofrimento psíquico, especialmente em idosos mais vulneráveis emocionalmente (Koenig, 2012). Por isso, ao abordar espiritualidade em contextos clínicos de cuidado, é essencial reconhecer sua complexidade inerente, avaliando se funciona como suporte genuíno, conflito interno ou ambivalência paradoxal na vida do sujeito. A escuta ética, empática e culturalmente sensível torna-se, portanto, absolutamente indispensável nessa prática profissional responsável.

3.3 Esperança, resiliência e significado.

Entre os efeitos mais profundos da espiritualidade na velhice destaca-se sua capacidade única de sustentar esperança genuína, fortalecer resiliência emocional e ampliar a construção autêntica de significado existencial (Pargament, 2011). Esses três pilares são fundamentais para explicar como muitos idosos atravessam experiências extremamente difíceis – perdas

múltiplas, doenças crônicas, limitações progressivas – sem se reduzirem integralmente ao sofrimento paralisante. A esperança, nesse contexto maduro, não equivale a negação irreal da realidade ou expectativa ingênua de ausência total de dor, mas constitui a capacidade resiliente de manter abertura ativa para o valor intrínseco da vida, mesmo em circunstâncias marcadas por limitações severas e irreversíveis (Snyder, 2002).

A espiritualidade alimenta consistentemente essa esperança ao afirmar que a existência humana não se esgota nas perdas materiais, doenças debilitantes ou declínio funcional inevitável. Mesmo quando o futuro já não se projeta em grandes empreendimentos externos ambiciosos, persiste uma esperança interior profunda, relacionada à reconciliação serena com a própria história pessoal, ao fortalecimento intencional de vínculos afetivos essenciais, à transmissão generosa de saberes acumulados e à preservação inabalável de valores existenciais fundamentais (Frankl, 2017). Essa esperança amadurecida adquire relevância crítica no envelhecimento, permitindo ao idoso continuar investindo com propósito em si mesmo e em suas relações mais significativas, promovendo um senso renovado de continuidade vital.

A resiliência, por sua vez, refere-se à capacidade dinâmica de reorganizar-se autenticamente diante de adversidades múltiplas, sem negar a dor real experimentada, mas sem permitir ser completamente destruído por ela (Southwick & Charney, 2012). A espiritualidade favorece esse processo essencial ao fornecer narrativas simbólicas coesas, símbolos poderosos de transcendência e práticas rituais que sustentam a continuidade do eu face às rupturas existenciais. O idoso verdadeiramente resiliente não é aquele imune ao sofrimento, mas aquele que, apesar dele, reconstrói formas viáveis e dignas de habitar o mundo alterado. Ao nutrir confiança interior, sentido profundo e pertencimento transcendente, a espiritualidade fortalece precisamente essa capacidade adaptativa e reorganização criativa.

No plano existencial propriamente dito, a construção de significado emerge como o ponto decisivamente mais profundo e transformador. O envelhecimento confronta o sujeito com perguntas radicais e inescapáveis: qual o valor concreto da minha vida agora, em sua forma atual? O que permanece essencial de mim para além das perdas acumuladas? Como habitar serenamente um corpo irremediavelmente mudado? Como lidar com a finitude sem sucumbir ao desespero absoluto? Essas interrogações não são meramente psicológicas superficiais, mas genuinamente existenciais na sua essência. A espiritualidade oferece caminhos concretos e personalizados para elaborá-las, permitindo ao idoso descobrir respostas singulares que sustentem sua permanência digna no mundo (Yalom, 1980).

A noção de significado relaciona-se ainda à possibilidade ativa de reinterpretar a própria trajetória vital de forma narrativa e integradora. Muitas pessoas idosas revisitam sistematicamente memórias afetivas, relações históricas e escolhas passadas em busca de coerência narrativa unificadora. Quando essa revisão reflexiva encontra suporte sólido em valores espirituais profundos, o sujeito consegue integrar experiências dolorosas aparentemente desconexas e reconhecer continuidade essencial em sua história pessoal. Isso promove uma velhice mais pacífica e reconciliada, não por eliminar conflitos inerentes, mas por conferir-lhes um lugar compreensível e significativo dentro da tapeçaria maior da própria existência vivida.

Esperança, resiliência e significado transcendem o plano estritamente individual, influenciando diretamente a adesão ao cuidado em saúde integral. Um idoso que ainda percebe sentido profundo em sua vida demonstra maior consistência nas práticas de autocuidado preventivo, participa ativamente de decisões terapêuticas compartilhadas e investe proativamente na preservação de sua qualidade de vida global (Brasil, 2006). Dessa forma dinâmica, a espiritualidade repercute de maneira concreta e mensurável nas práticas clínicas cotidianas, inclusive em áreas especializadas como a saúde bucal, onde intervenções funcionais ganham significado existencial mais amplo.

3.4 Espiritualidade, dignidade e cuidado em saúde.

A articulação entre espiritualidade, dignidade e cuidado em saúde constitui o eixo central para uma compreensão verdadeiramente ampliada do envelhecimento contemporâneo (Koenig, 2012). A dignidade humana, nesse contexto existencial, não se limita ao reconhecimento formal e abstrato de direitos universais, mas manifesta-se de forma concreta e relacional na maneira como o sujeito idoso é efetivamente visto em sua totalidade, ouvido em sua singularidade e cuidado com respeito profundo à sua humanidade. Envelhecer com dignidade significa ser reconhecido não como mero conjunto de sintomas clínicos, diagnósticos objetivos ou limitações funcionais cumulativas, mas como pessoa integral, portadora de história pessoal rica, valores existenciais profundos, vínculos afetivos essenciais e um sentido vital autêntico que merece preservação ativa.

A espiritualidade contribui decisivamente para esse reconhecimento transformador ao recordar, com força simbólica, que o valor intrínseco da pessoa transcende completamente sua produtividade econômica, juventude física ou integridade corporal plena (Frankl, 2017). Mesmo diante do adoecimento inevitável, fragilidades múltiplas ou declínio funcional progressivo, a existência humana preserva uma dignidade ontológica inalienável que não pode ser reduzida a métricas biomédicas. Essa compreensão paradigmática exerce implicações profundas e estruturantes no cuidado em saúde, exigindo que profissionais de todas as áreas ultrapassem práticas reducionistas mecanicistas e adotem uma postura reflexiva que considere os significados únicos e pessoais que cada sujeito atribui tanto à sua própria vida quanto ao sofrimento que a atravessa.

Para a pessoa idosa especificamente, essa perspectiva ganha relevância absolutamente crucial e urgente. Muitos idosos vivenciam cotidianamente experiências dolorosas de invisibilidade social sistemática, paternalismo institucional desumanizante ou desvalorização sistemática de suas escolhas autônomas e maduras (Organização Mundial da Saúde, 2015). Quando o cuidado em saúde ignora deliberadamente ou inadvertidamente a subjetividade profunda do paciente, incorre no risco grave de reforçar essas dinâmicas desumanizadoras que minam a dignidade essencial. Por outro lado, quando reconhece a espiritualidade como dimensão plenamente legítima e constitutiva da experiência humana integral, o cuidado transforma-se radicalmente, tornando-se simultaneamente mais atento à singularidade irrepetível de cada história e mais comprometido com a integralidade biopsicossocialespiritual do sujeito.

Isso não implica, de maneira alguma, que o profissional de saúde deva assumir funções religiosas inadequadas ou oferecer respostas espirituais padronizadas e prontas. Significa, antes de tudo, cultivar uma postura ética madura caracterizada por escuta ativa e profunda, abertura genuína ao diferente e respeito incondicional à autonomia do outro. Perguntas existenciais fundamentais – sobre medo da morte, esperança vital, sentido da existência atual, natureza do sofrimento vivido e prioridades pessoais autênticas – emergem frequentemente de forma explícita ou implícita no contexto clínico cotidiano. Saber acolher essas interrogações com cuidado, sem reduzi-las a sintomas a serem medicados nem tratá-las de forma superficial e condescendente, constitui elemento definidor do cuidado verdadeiramente integral. Nesse sentido dual, a espiritualidade manifesta-se tanto como conteúdo essencial da experiência vivida pelo paciente quanto como atitude humanizadora estruturante da prática profissional responsável.

A dignidade expressa-se ainda de maneira prática na própria arquitetura do cuidado planejado e executado. Considerar criteriosamente o que é verdadeiramente importante para aquele idoso específico, quais valores pessoais orientam suas escolhas existenciais, quais perdas ele teme mais profundamente e quais aspectos irrenunciáveis de sua vida deseja preservar a todo custo são atitudes fundamentais e não negociáveis. Essa abordagem

humanizada evita que o cuidado se degrade em mera sequência mecânica de procedimentos técnicos descolados da existência concreta e pulsante do sujeito. Ao contrário, possibilita a construção de intervenções odontológicas, médicas ou terapêuticas genuinamente coerentes com o modo singular como aquele indivíduo deseja habitar e significar sua própria velhice.

4 - SAÚDE BUCAL, IDENTIDADE E DIGNIDADE NO ENVELHECIMENTO

A saúde bucal ocupa posição singular e estratégica na experiência do envelhecimento, relacionando-se diretamente com dimensões funcionais essenciais, simbólicas profundas e sociais constitutivas da vida humana (Locker, 1988). Diferentemente de outros aspectos da saúde que permanecem invisíveis ou periféricos no cotidiano, a boca e o rosto emergem como elementos absolutamente centrais da comunicação interpessoal autêntica, da expressão emocional genuína e da própria identidade pessoal irredutível. No processo inevitável de envelhecimento, alterações na cavidade oral – perda dentária progressiva, reabsorção óssea, modificações musculares faciais – afetam não apenas funções fisiológicas fundamentais como mastigação e fala, mas também a autopercepção profunda do indivíduo e a forma como é percebido pelos demais na esfera social. Assim, compreender adequadamente a saúde bucal na velhice exige ultrapassar categoricamente uma perspectiva estritamente clínica e técnica, reconhecendo seu impacto transformador na construção contínua da identidade pessoal, na preservação da dignidade existencial e no próprio sentido autêntico de viver com significado.

Essa centralidade simbólica da boca revela-se particularmente evidente na interação social cotidiana e nas relações afetivas primárias. O sorriso, como expressão universal de acolhimento, confiança e abertura ao encontro com o outro, depende diretamente da harmonia estética e funcional da região oral. Alterações bucais significativas podem inibir espontaneamente essa expressão vital, gerando retraimento social progressivo e isolamento emocional que comprometem não apenas a qualidade de vida objetiva, mas também a narrativa subjetiva de si mesmo. Estudos epidemiológicos confirmam que condições bucais inadequadas correlacionam-se significativamente com menor participação comunitária e redução de interações familiares significativas entre idosos (Organização Mundial da Saúde, 2015). A odontologia humanizada, portanto, transcende a mera restauração tecnicamente correta de estruturas dentárias para se tornar prática restauradora de vínculos humanos essenciais e de presença social digna.

4.1 Boca, rosto e identidade.

O rosto ocupa papel central na constituição da identidade humana (Locker, 1988). É por meio dele que os indivíduos se apresentam ao mundo, expressam emoções, estabelecem vínculos e são reconhecidos socialmente. A boca, como parte integrante dessa região, desempenha funções essenciais na comunicação verbal, na expressão afetiva e na interação social. Falar, sorrir, mastigar e até mesmo silenciar são atos que envolvem a boca e que participam da construção da presença do sujeito no espaço social.

No envelhecimento, transformações físicas podem modificar a aparência facial, alterando estruturas ósseas, musculares e dentárias (Organização Mundial da Saúde, 2015). A perda de dentes, a reabsorção óssea e alterações na musculatura facial podem modificar a harmonia do rosto, influenciando a forma como o indivíduo percebe sua própria imagem. Essas mudanças podem provocar sentimentos de estranhamento em relação ao próprio corpo, especialmente quando ocorrem de forma rápida ou quando não são acompanhadas por intervenções reabilitadoras adequadas.

A identidade pessoal está profundamente ligada à continuidade da imagem corporal (Locker, 1988). Quando alterações bucais comprometem essa continuidade, o idoso pode

experimentar sensação de perda simbólica, não apenas física. A boca deixa de ser apenas estrutura funcional e passa a representar elemento importante na narrativa de quem o sujeito acredita ser. Nesse sentido, preservar ou restaurar a saúde bucal significa também contribuir para a preservação da identidade e da integridade da pessoa idosa.

4.2 Perda dentária, vergonha e exclusão social.

Entre as alterações bucais mais comuns no envelhecimento, a perda dentária ocupa lugar de destaque (Organização Mundial da Saúde, 2022). Embora avanços na odontologia tenham ampliado possibilidades de prevenção e reabilitação, o edentulismo ainda é realidade significativa em muitos contextos, especialmente em populações que tiveram acesso limitado a cuidados odontológicos ao longo da vida. A perda de dentes, entretanto, não se restringe a um problema funcional; ela pode gerar impactos profundos na vida social e emocional do idoso (Cunha et al., 2018).

Muitos indivíduos relatam sentimentos de vergonha associados à ausência dentária ou ao uso de próteses inadequadas (Bombardini et al., 2020). O receio de sorrir, falar em público ou participar de atividades sociais pode levar ao isolamento progressivo. Em encontros familiares, reuniões comunitárias ou ambientes públicos, o idoso pode evitar interações por medo de julgamento ou constrangimento. Essa retração social, quando prolongada, pode contribuir para sentimentos de solidão, tristeza e diminuição da autoestima.

A vergonha relacionada à condição bucal também pode interferir na forma como o indivíduo se posiciona no mundo (Locker, 1988). A percepção de estar "menos apresentável" ou "menos digno" pode afetar a autoconfiança e a disposição para estabelecer novas relações. Em sociedades que valorizam fortemente padrões estéticos associados à juventude, alterações na aparência facial podem intensificar a sensação de exclusão ou invisibilidade social. Nesse contexto, a saúde bucal torna-se elemento crucial na preservação da dignidade e da participação social do idoso.

4.3 Mastigação, fala e autonomia.

A boca exerce funções vitais para a manutenção da autonomia no envelhecimento (Locker, 1988). Mastigar adequadamente permite acesso a uma alimentação variada e nutricionalmente equilibrada, essencial para a manutenção da saúde geral. Alterações na capacidade mastigatória podem levar à preferência por alimentos mais macios, muitas vezes menos nutritivos, comprometendo a ingestão adequada de proteínas, fibras e outros nutrientes importantes (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Além da mastigação, a fala constitui outra função fundamental da cavidade oral (Bombardini et al., 2020). A comunicação verbal é elemento central da vida social, permitindo expressão de ideias, emoções e necessidades. Quando problemas bucais interferem na articulação das palavras ou na estabilidade das próteses, o idoso pode experimentar insegurança ao falar, reduzindo sua participação em conversas e interações sociais. A diminuição da comunicação pode gerar sensação de perda de autonomia e contribuir para o afastamento de espaços de convivência.

A autonomia na velhice não se refere apenas à capacidade física de realizar atividades cotidianas, mas também à possibilidade de expressar opiniões, fazer escolhas e participar ativamente da vida social (Brasil, 2006). Nesse sentido, a saúde bucal desempenha papel crucial ao sustentar funções que permitem ao indivíduo manter presença ativa no mundo. Preservar essas funções significa preservar também a liberdade de interação e a possibilidade de continuar exercendo papéis significativos na família e na comunidade.

4.4 Sorriso, autoestima e pertencimento.

O sorriso constitui uma das formas mais universais de expressão humana (Ekman, 2003). Ele comunica acolhimento, afeto, confiança e abertura genuína para o encontro com o outro. Na velhice, o sorriso mantém papel estratégico na preservação de vínculos afetivos essenciais e na participação social ativa. Entretanto, quando alterações bucais comprometem sua estética e funcionalidade, muitos idosos passam a evitá-lo instintivamente, impactando diretamente sua autoestima estrutural (Locker, 1988).

A autoestima encontra-se profundamente entrelaçada com a autopercepção da aparência física e a aceitação social percebida. A presença de dentes saudáveis ou reabilitações protéticas adequadas contribui significativamente para sustentar autoconfiança estável e sensação concreta de pertencimento comunitário (Cunha et al., 2018). Inversamente, quando o idoso vivencia constrangimento ao sorrir devido a condições bucais inadequadas, tende a desenvolver padrões comportamentais retraídos, evitando situações socialmente enriquecedoras que anteriormente proporcionavam prazer genuíno e realização pessoal.

O sorriso participa ativamente da arquitetura dos laços sociais cotidianos, funcionando como sinal universal de reconhecimento mútuo e aproximação afetiva (Bombardini et al., 2020). Em contextos familiares íntimos, expressa alegria autêntica, gratidão profunda e carinho espontâneo. Quando essa expressão vital encontra-se comprometida por condições bucais desfavoráveis, não se limita à perda estética superficial, mas altera profundamente a dinâmica relacional do indivíduo em suas múltiplas esferas. Assim, a saúde bucal assume relevância estrutural na sustentação do pertencimento social efetivo e da conexão emocional duradoura.

4.5 Saúde bucal como parte do sentido de viver.

A relação entre saúde bucal e sentido da vida pode não parecer evidente superficialmente, mas revela-se cristalina ao observar o impacto direto das condições bucais nas experiências cotidianas essenciais (Locker, 1988). Comer com genuíno prazer gastronômico, conversar animadamente com amigos, sorrir espontaneamente para familiares e expressar emoções de forma autêntica constituem práticas que conferem significado profundo às relações humanas fundamentais. Quando essas vivências cotidianas tornam-se comprometidas por limitações bucais, parte substancial do sentido existencial da rotina diária fica irremediavelmente afetada.

Para muitos idosos, recuperar ou preservar a saúde bucal representa não apenas benefício clínico, mas verdadeira possibilidade existencial de retomar atividades significativas anteriormente abandonadas por constrangimento ou incapacidade (Cunha et al., 2018). A reabilitação oral protética bem-sucedida possibilita retornar à participação plena em refeições familiares compartilhadas, sorrir sem o peso do constrangimento social, comunicar-se com segurança renovada e recuperar confiança essencial nas interações interpessoais cotidianas. Esses elementos concretos contribuem diretamente para a reconstrução ativa do bem-estar subjetivo e para a revalorização profunda da própria existência vivida.

Nesse sentido paradigmático, a odontologia transcende sua função técnica de restaurar meras estruturas anatômicas dentárias, posicionando-se como prática restauradora de experiências humanas constitutivas e irrenunciáveis (Bombardini et al., 2020). Ao devolver competentemente funções vitais como mastigação eficiente, fala articulada e sorriso espontâneo, o cuidado odontológico participa ativamente da reconstrução de dimensões existenciais essenciais que estruturam a própria condição humana. A saúde bucal integra-se, assim, ao campo mais amplo do cuidado integral biopsicossocialespiritual, dialogando organicamente com aspectos físicos objetivos, emocionais profundos, sociais relacionais e espirituais transcendentais do processo envelhecimento.

Reconhecer essa dimensão existencialmente ampliada do cuidado odontológico exige compreender que a boca não se reduz a mero espaço técnico de intervenção clínica protocolar, mas constitui lugar simbólico privilegiado de expressão autêntica da identidade pessoal, manifestação concreta da dignidade humana e porta de entrada para o próprio sentido de viver com significado (Frankl, 2017). A partir dessa perspectiva verdadeiramente integradora e humanizada, torna-se não apenas viável, mas imperativo integrar a saúde bucal ao conjunto mais amplo de práticas profissionais dedicadas à promoção de um envelhecimento genuinamente humano em sua essência, participativo em sua dinâmica social e significativo em sua dimensão transcendental.

5 - INTEGRALIDADE DO CUIDADO E PRÁTICA ODONTOLÓGICA HUMANIZADA

A discussão sobre integralidade do cuidado ganha espaço nas reflexões contemporâneas sobre saúde, especialmente no atendimento à população idosa (Brasil, 2006). A integralidade pressupõe compreensão ampliada do processo saúde-doença, reconhecendo que o cuidado não se reduz a intervenções biológicas isoladas. Exige considerar dimensões psicológicas, sociais, culturais e espirituais que estruturam a experiência humana. No envelhecimento, essa perspectiva revela-se crucial, pois o avanço da idade envolve transformações complexas além do âmbito estritamente clínico (Organização Mundial da Saúde, 2015).

O cuidado integral reconhece o indivíduo como sujeito de história, valores e significados próprios. Cada idoso carrega trajetória marcada por experiências únicas, crenças pessoais, vínculos afetivos e expectativas que moldam sua vivência do envelhecimento e relação com serviços de saúde. Ignorar essas dimensões rebaixa o cuidado a prática mecanicista, tratando o paciente como portador de condição clínica, não como pessoa dotada de identidade e dignidade intrínseca (Koenig, 2012).

Nesse contexto, a espiritualidade emerge como dimensão constitutiva da integralidade. Para muitos idosos, crenças, valores e práticas espirituais funcionam como referenciais que orientam a compreensão do sofrimento, doença e finitude. Oferece recursos simbólicos para elaborar perdas associadas ao envelhecimento, permitindo encontrar sentido e continuidade na história de vida. Reconhecida no cuidado em saúde, contribui para abordagem mais sensível às necessidades subjetivas do paciente (Frankl, 2017).

A integração da espiritualidade não transforma o espaço clínico em ambiente religioso, nem transfere funções espirituais aos profissionais de saúde. Trata-se de reconhecer que questões sobre sentido da vida, esperança, medo e finitude emergem naturalmente no cuidado, especialmente entre idosos. Escuta atenta e respeito às crenças do paciente constroem vínculos terapêuticos sólidos, humanizando as práticas de saúde.

No campo odontológico, a reflexão sobre integralidade enfrenta desafios significativos. Historicamente, a prática odontológica priorizou orientação técnico-procedimental, focando restauração dentária e controle de patologias específicas (Locker, 1988). Embora essenciais para saúde bucal, intervenções exclusivamente técnicas limitam compreensão do impacto das condições bucais na vida do paciente.

Para idosos, essa limitação torna-se particularmente evidente. Alterações bucais afetam alimentação, comunicação, interação social e autoestima, impactando diretamente qualidade de vida. Muitos apresentam condições sistêmicas, limitações motoras ou necessidades psicossociais que demandam abordagem interdisciplinar cuidadosa (Organização Mundial da Saúde, 2022). A odontologia geriátrica exige sensibilidade para compreender não apenas a condição clínica oral, mas o contexto vital do paciente.

A humanização odontológica envolve mudança epistemológica de perspectiva. O profissional deixa de focar exclusivamente dentes, gengivas ou próteses para considerar a

pessoa por trás dessas estruturas. Reconhece impacto emocional e social das condições bucais, além de expectativas e valores que orientam decisões do paciente. Escuta qualificada, diálogo aberto e respeito à autonomia tornam-se pilares fundamentais do cuidado.

A espiritualidade potencializa essa abordagem humanizada. Reconhecer que a vida do paciente transcende o corpo biológico amplia a compreensão do sofrimento e necessidades do idoso. Experiências de adoecimento oral frequentemente suscitam reflexões sobre sentido da vida, relação corporal e proximidade da finitude. Abertura profissional para acolher essas reflexões alinha o cuidado às necessidades existenciais profundas.

A dignidade humana estrutura essa perspectiva integradora. Cuidar integralmente significa tratar cada idoso com respeito às suas singularidades, garantindo ser ouvido, compreendido e incluído nas decisões sobre sua saúde (Brasil, 2006). A dignidade manifesta-se na comunicação empática, explicação clara de procedimentos e atenção genuína às prioridades e preocupações do paciente.

Na saúde bucal, dignidade expressa-se na valorização de funções aparentemente simples, porém profundamente significativas. Mastigar confortavelmente, falar claramente e sorrir sem constrangimento representam muito mais que melhorias funcionais. Para idosos, associam-se à autonomia preservada, manutenção de vínculos sociais e continuidade de práticas que conferem sentido vital (Locker, 1988).

A odontologia possui potencial transformador na promoção de envelhecimento digno. Restaurar funções orais e recuperar autoestima e participação social eleva o cuidado além do técnico, integrando-o a projeto amplo de cuidado humanizado à pessoa idosa. O odontólogo atua em rede interdisciplinar promovendo saúde, bem-estar e qualidade de vida integral.

Essa perspectiva demanda renovação da formação profissional. Educação odontológica deve incorporar envelhecimento, ética do cuidado, comunicação com idosos e dimensões psicossociais/espirituais da saúde. Formar profissionais que reconheçam complexidade do envelhecimento prepara-os para prática mais humana e integrada aos demais campos da saúde.

A integralidade odontológica transcende soma de procedimentos clínicos, construindo prática que reconhece a pessoa idosa em sua totalidade. Integrar espiritualidade, dignidade e saúde bucal desenvolve intervenções sensíveis às necessidades humanas do envelhecimento. Reafirma a odontologia como campo essencial na promoção de cuidado verdadeiramente humano, onde restaurar funções orais preserva identidades, relações e sentidos de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento humano constitui experiência complexa que transcende limites biológicos, abrangendo dimensões existenciais, sociais e simbólicas que estruturam a interpretação das trajetórias vitais (Frankl, 2017). Este artigo articulou espiritualidade, saúde bucal e integralidade do cuidado na construção de envelhecimento digno e significativo. Envelhecer não se limita a transformações corporais, mas envolve reorganização de sentidos, vínculos e identidades diante das mudanças temporais (Organização Mundial da Saúde, 2015).

A espiritualidade revelou-se dimensão estruturante, oferecendo recursos para construção de significado, enfrentamento de perdas e preservação da esperança ante limitações etárias (Koenig, 2012). Compreendida além da religião institucional, constitui campo experiencial que mantém conexão com valores, narrativas e propósitos existenciais. Contribui para resiliência e sustentação da dignidade humana em contextos de vulnerabilidade (Pargament, 2011).

A saúde bucal emergiu como elemento central na qualidade de vida idosa (Locker, 1988). Alterações bucais comprometem mastigação, fala e expressão facial, afetando autonomia, autoestima e participação social. A boca transcende função fisiológica, configurando-se território simbólico de comunicação e identidade pessoal. Problemas bucais

repercutem existencialmente na autopercepção e posicionamento relacional (Cunha et al., 2018).

O cuidado odontológico não se restringe a procedimentos técnicos restauradores de estruturas dentárias. Inserida em perspectiva ampliada de saúde, a odontologia reconhece o paciente como sujeito integral de história, valores e expectativas (Brasil, 2006). Prática humanizada demanda escuta sensível, respeito à autonomia e atenção às dimensões subjetivas do envelhecimento.

A integralidade do cuidado constitui eixo fundamental para práticas de saúde humanas e eficazes. Integrar espiritualidade, saúde bucal e envelhecimento reconhece que cuidar transcende intervenção corporal, acolhendo experiências existenciais constitutivas (Organização Mundial da Saúde, 2022). Restaurar funções bucais significa, para muitos idosos, retomada de autoestima, reinserção social e recuperação do sentido vital.

Torna-se imperativo ampliar discussões sobre odontologia no cuidado integral à pessoa idosa, promovendo práticas que reconhecem complexidade envelhecimento e valorizam dignidade multidimensional. Incorporar perspectivas interdisciplinares e humanizadas na formação odontológica contribui para modelos de cuidado sensíveis às necessidades populacionais envelhecidas.

Compreender envelhecimento como processo corpo-história-sentido expande horizontes das práticas de saúde. Integrar espiritualidade, dignidade e saúde bucal constrói abordagens que reconhecem o idoso como sujeito de significado e experiência. Assim, odontologia promove envelhecimento humano onde cuidar da boca preserva identidade, relações e sentido vital.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BOMBARDINI, C. G. et al. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso.** Revista de Odontologia da UNESP, [S. l.], v. 49, p. e20200045, 2020.

CUNHA, V. N. et al. **Edentulismo e qualidade de vida em idosos brasileiros.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2173-2182, 2018.

EKMAN, P. **Emotions revealed:** recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life. New York: Times Books, 2003.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido:** um psicólogo no campo de concentração. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

KOENIG, H. G. **Religion, spirituality, and health:** the research and clinical implications. San Francisco: ISRN Psychiatry, 2012. DOI: 10.5402/2012/278730.

LOCKER, D. **Concepts of oral health, disease and the quality of life**. In: SLADE, G. D. (Ed.). Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on ageing and health.** Genebra: OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Decade of healthy ageing:** baseline report. Genebra: OMS, 2022.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping:** theory, research, practice. New York: Guilford Press, 2011.

SNYDER, C. R. **Hope theory:** rainbows in the mind. Psychological Inquiry, Mahwah, v. 13, n. 4, p. 249-275, 2002. DOI: 10.1207/S15327965PLI1304_01.

SOUTHWICK, S. M.; CHARNEY, D. S. **The science of resilience:** implications for the prevention and treatment of depression. Science, Washington, v. 338, n. 6103, p. 79-82, 2012. DOI: 10.1126/science.1222942.

YALOM, I. D. **Existential psychotherapy.** New York: Basic Books, 1980.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

ENTRE O SORRISO E A LONGEVIDADE: saúde bucal como dimensão funcional do envelhecimento saudável

BETWEEN THE SMILE AND LONGEVITY: oral health as a functional dimension of healthy aging

Charlles Vieira Fonseca de Almeida
https://orcid.org/0009-0005-4869-9150
Greziene dos Santos Silva
https://orcid.org/0009-0005-8348-3750
Nelia da Fonseca Pinto Ferreira
https://orcid.org/0009-0002-5215-5939
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: O envelhecimento saudável não se limita ao aumento da expectativa de vida, mas envolve a preservação da autonomia, da funcionalidade, da participação social e da dignidade da pessoa idosa. Nesse contexto, a saúde bucal assume papel essencial, pois interfere diretamente em funções cotidianas como mastigação, fala, deglutição, alimentação, expressão facial e convivência social. A perda dentária, o edentulismo, o uso inadequado de próteses e a redução da capacidade mastigatória podem comprometer não apenas a nutrição e o bem-estar físico, mas também a autoestima, a comunicação e a percepção de pertencimento do idoso. O objetivo deste artigo é discutir a saúde bucal como dimensão funcional do envelhecimento saudável, evidenciando sua relação com longevidade, autonomia e qualidade de vida. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem bibliográfica e reflexiva, fundamentado em produções científicas que relacionam saúde bucal, envelhecimento, funcionalidade, fragilidade oral, mastigação e qualidade de vida na velhice. A análise aponta que a saúde bucal ultrapassa a dimensão clínica e estética, constituindo-se como elemento importante para a manutenção das funções orais, da alimentação, da comunicação, da sociabilidade e da autonomia da pessoa idosa. Conclui-se que compreender a saúde bucal como parte da longevidade funcional permite ampliar o cuidado em saúde e reconhecer que envelhecer bem também depende da preservação do sorriso, da mastigação, da fala e das condições que sustentam uma vida mais digna, ativa e socialmente participativa.

Palavras-chave: saúde bucal; longevidade; envelhecimento saudável; funcionalidade; pessoa idosa.

[1]Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, challes.vieira@hotmail.com ;
[2]Mestranda pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, grezienesantos@gmail.com;
[3]Doutoranda pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, neliafonseca.psi@gmail.com;
[4]Pós-poutorado 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;

Abstract: Healthy aging is not limited to increased life expectancy, but involves the preservation of autonomy, functionality, social participation, and the dignity of older adults. In this context, oral health plays an essential role, as it directly affects daily functions such as chewing, speech, swallowing, eating, facial expression, and social interaction. Tooth loss, edentulism, inadequate use of dental prostheses, and reduced masticatory capacity may compromise not only nutrition and physical well-being, but also self-esteem, communication, and the older adult's sense of belonging. The objective of this article is to discuss oral health as a functional dimension of healthy aging, highlighting its relationship with longevity, autonomy, and quality of life. This is a qualitative study, with a bibliographic and reflective approach, based on scientific productions that relate oral health, aging, functionality, oral frailty, mastication, and quality of life in old age. The analysis indicates that oral health goes beyond the clinical and aesthetic dimensions, constituting an important element for the maintenance of oral functions, eating, communication, sociability, and autonomy among older adults. It is concluded that understanding oral health as part of functional longevity allows for the expansion of health care and the recognition that aging well also depends on the preservation of the smile, mastication, speech, and the conditions that support a more dignified, active, and socially participatory life.

Keywords: oral health; longevity; healthy aging; functionality; older adults.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano tem se tornado uma das principais discussões contemporâneas no campo da saúde, das ciências humanas e das políticas públicas, especialmente diante do aumento da expectativa de vida e da necessidade de compreender a longevidade para além da simples ampliação dos anos vividos. Viver mais, por si só, não garante envelhecer melhor. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde compreende o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice, deslocando o olhar de uma perspectiva centrada apenas na doença para uma abordagem mais ampla da autonomia, da participação social e da qualidade de vida (OMS, 2015).

Essa compreensão é importante porque a velhice não pode ser reduzida a um processo biológico ou cronológico. O envelhecimento envolve experiências corporais, sociais, emocionais, econômicas e culturais que interferem diretamente na forma como cada sujeito vive essa etapa da vida. Beard et al. (2016) destacam que o envelhecimento saudável deve ser compreendido a partir da interação entre a capacidade intrínseca do indivíduo, os ambientes em que ele vive e a capacidade funcional que consegue manter ao longo do tempo. Dessa forma, a saúde na velhice não depende apenas da ausência de enfermidades, mas das condições que permitem ao idoso continuar tomando decisões, mantendo vínculos, realizando atividades e participando da vida social.

Nesse contexto, torna-se necessário ampliar o olhar sobre os fatores que interferem no envelhecimento, considerando dimensões que sustentam a vida diária, a identidade e a interação social da pessoa idosa. Entre essas dimensões, a saúde bucal ocupa lugar essencial, embora muitas vezes ainda seja tratada de forma secundária nas discussões sobre longevidade. A boca não pode ser compreendida apenas como estrutura anatômica relacionada aos dentes ou à estética do sorriso, mas como parte fundamental da funcionalidade humana. Por meio dela, o indivíduo mastiga, fala, alimenta-se, expressa emoções, sorri, interage e participa socialmente.

Petersen e Yamamoto (2005) ressaltam que a saúde bucal dos idosos deve ser entendida como componente inseparável da saúde geral, uma vez que as condições orais interferem na qualidade de vida, na nutrição, na comunicação e no bem-estar. Essa perspectiva permite compreender que a saúde bucal ultrapassa o campo clínico e alcança dimensões funcionais e sociais da existência. Quando há perda dentária, dor, ausência de reabilitação adequada, dificuldade mastigatória ou insegurança em relação ao sorriso, não se compromete apenas a condição da cavidade oral, mas também a forma como o sujeito se percebe, se comunica e se insere nas relações sociais.

Durante muito tempo, a perda dentária foi naturalizada como consequência inevitável do envelhecimento. Essa compreensão contribuiu para invisibilizar o sofrimento físico, emocional e social vivenciado por muitas pessoas idosas diante do edentulismo parcial ou total. A ausência de dentes, o uso inadequado de próteses ou a falta de acesso à reabilitação oral podem interferir na alimentação, na fala, na autoestima, no convívio social e na percepção de dignidade. Peres et al. (2019) destacam que as doenças bucais configuram importante desafio de saúde pública, com forte relação com desigualdades sociais e impactos expressivos sobre a qualidade de vida.

A mastigação representa uma função essencial para a manutenção da saúde e da autonomia na velhice. A dificuldade de mastigar pode modificar escolhas alimentares, reduzir a ingestão de determinados alimentos, comprometer o prazer de comer e afetar a qualidade da nutrição. Além disso, a fala também evidencia a importância da saúde bucal no envelhecimento, pois perdas dentárias e alterações na estrutura oral podem interferir na pronúncia, na segurança ao falar e na participação em conversas. Sischo e Broder (2011) afirmam que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal deve ser analisada a partir de uma perspectiva multidimensional, considerando seus impactos funcionais, psicológicos e sociais.

O sorriso, nesse contexto, assume dimensão simbólica importante. Ele não representa apenas beleza ou aparência, mas expressa identidade, afeto, segurança e comunicação. Quando a pessoa idosa deixa de sorrir por vergonha da perda dentária, da prótese mal adaptada ou da aparência bucal, há uma perda que não pode ser medida apenas por indicadores clínicos. Trata-se de uma perda que atravessa a subjetividade, a convivência e a forma como o indivíduo se reconhece diante de si mesmo e dos outros. Por isso, falar de saúde bucal e longevidade é também falar de dignidade, imagem corporal, afetividade e vida social.

A discussão sobre longevidade funcional permite superar a ideia de que envelhecer bem significa apenas alcançar idades avançadas. A longevidade funcional considera a capacidade de viver mais anos com autonomia, participação e qualidade. Nesse sentido, a saúde bucal se insere como dimensão indispensável, pois interfere em funções básicas que sustentam a vida cotidiana. A ausência de dentes, a fragilidade oral, a dor, a dificuldade mastigatória e a precariedade protética podem limitar a autonomia e comprometer experiências fundamentais da vida diária. Por outro lado, o cuidado odontológico, a prevenção, a reabilitação oral e o acompanhamento contínuo podem favorecer um envelhecimento mais digno, ativo e participativo.

Também é importante destacar que os problemas de saúde bucal na velhice não estão distribuídos de maneira igual entre todos os grupos sociais. A perda dentária e a dificuldade de acesso à reabilitação oral estão frequentemente relacionadas a desigualdades econômicas, educacionais e territoriais acumuladas ao longo da vida. Assim, o edentulismo não deve ser interpretado apenas como uma condição individual, mas como resultado de trajetórias sociais, econômicas e assistenciais que atravessam o curso da vida.

Diante desse cenário, este artigo propõe discutir a saúde bucal como dimensão funcional do envelhecimento saudável, considerando sua relação com longevidade, autonomia, qualidade de vida e participação social. O estudo assume uma abordagem

qualitativa, bibliográfica e reflexiva, buscando articular produções científicas sobre saúde bucal, envelhecimento, funcionalidade, fragilidade oral, mastigação e qualidade de vida na velhice. A proposta parte da compreensão de que a boca não é apenas um espaço clínico, mas uma dimensão do corpo que participa da construção da identidade, da comunicação e da vida social.

Compreender a saúde bucal como dimensão funcional do envelhecimento saudável permite ampliar o debate acadêmico e social sobre a longevidade. Envelhecer com saúde não significa apenas viver mais tempo, mas preservar as condições que permitem ao sujeito continuar se alimentando, falando, sorrindo, convivendo e participando da vida coletiva. Nesse sentido, entre o sorriso e a longevidade, existe uma relação profunda que revela a importância da saúde bucal como parte da integralidade do cuidado, da dignidade humana e da construção de uma velhice mais ativa, autônoma e socialmente reconhecida.

2. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E LONGEVIDADE FUNCIONAL

O envelhecimento humano tem sido amplamente discutido nas últimas décadas em razão das transformações demográficas, sociais e sanitárias da sociedade contemporânea. O aumento da expectativa de vida representa uma conquista coletiva, mas também exige uma reflexão sobre as condições em que esses anos adicionais são vividos. Viver mais não significa, necessariamente, viver melhor, especialmente quando a longevidade é acompanhada por limitações funcionais, fragilidades, desigualdades sociais e redução da participação na vida cotidiana.

A compreensão contemporânea sobre o envelhecimento saudável ultrapassa a ideia de ausência de doenças. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento saudável deve ser entendido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice (OMS, 2015). Essa concepção amplia o olhar sobre a saúde, considerando não apenas condições biológicas, mas também autonomia, participação social, ambientes favoráveis e qualidade de vida. Assim, envelhecer bem não significa estar livre de todas as doenças, mas manter, dentro das possibilidades de cada indivíduo, condições para realizar atividades, tomar decisões, estabelecer vínculos e participar da sociedade.

Beard et al. (2016) destacam que o envelhecimento saudável deve ser compreendido a partir da interação entre a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente em que vive e a capacidade funcional que consegue preservar ao longo do tempo. Dessa forma, a saúde na velhice não depende apenas do corpo, mas também das oportunidades oferecidas pelo meio social, pelos serviços de saúde, pelas redes de apoio e pelas políticas públicas. Essa perspectiva é importante porque reconhece que muitos idosos convivem com doenças crônicas e, ainda assim, conseguem manter uma vida ativa, autônoma e socialmente participativa.

Nesse contexto, a longevidade funcional surge como uma categoria importante para compreender o envelhecimento para além da quantidade de anos vividos. Ela se refere à possibilidade de viver mais tempo preservando autonomia, independência, participação social e bem-estar. Rowe e Kahn (1997), ao discutirem o envelhecimento bem-sucedido, apontam que a velhice deve ser analisada considerando a manutenção da capacidade funcional, o envolvimento com a vida e a redução dos riscos associados às doenças e incapacidades. Embora esse conceito tenha recebido críticas por não contemplar suficientemente as desigualdades sociais e as diferentes trajetórias de vida, ele contribuiu para ampliar o debate sobre funcionalidade e participação ativa na velhice.

A funcionalidade envolve a capacidade de realizar atividades que sustentam a vida cotidiana, como alimentar-se, comunicar-se, locomover-se, cuidar de si, estabelecer relações

e participar de espaços sociais. Para Veras (2009), o envelhecimento populacional impõe o desafio de organizar práticas de cuidado que não estejam centradas apenas na doença, mas na manutenção da capacidade funcional e na prevenção da dependência. Essa compreensão é essencial, pois a perda de funcionalidade pode comprometer não apenas o corpo, mas também a autoestima, a liberdade e a dignidade da pessoa idosa.

A partir dessa perspectiva, torna-se necessário inserir a saúde bucal nas discussões sobre envelhecimento saudável e longevidade funcional. Muitas vezes, quando se fala em funcionalidade na velhice, a atenção se concentra na mobilidade, na força muscular, na cognição ou na presença de doenças crônicas, deixando a boca em posição secundária. No entanto, as funções orais são parte fundamental da vida cotidiana. Mastigar, falar, sorrir, engolir, saborear os alimentos e expressar emoções são ações que participam diretamente da autonomia e da qualidade de vida.

Petersen e Yamamoto (2005) ressaltam que a saúde bucal dos idosos deve ser compreendida como parte integrante da saúde geral, pois as condições orais interferem na qualidade de vida, na nutrição, na comunicação e no bem-estar. A perda dentária, o edentulismo, a dor, a presença de próteses inadequadas e a dificuldade mastigatória podem comprometer a funcionalidade da pessoa idosa. Esses problemas não se restringem à cavidade oral, pois podem modificar a alimentação, reduzir o prazer nas refeições, gerar insegurança ao falar e provocar constrangimento ao sorrir.

A boca, nesse sentido, deve ser compreendida como uma estrutura funcional, simbólica e social. Sua importância ultrapassa a dimensão clínica e alcança o modo como a pessoa idosa se alimenta, se comunica, se apresenta ao outro e se reconhece em sua própria imagem. Comer em família, conversar com segurança, sorrir em uma fotografia ou participar de encontros sociais são experiências que podem ser afetadas pela condição bucal. Dessa forma, a saúde oral participa diretamente da longevidade funcional, pois sustenta práticas cotidianas que mantêm o indivíduo ativo, integrado e reconhecido socialmente.

A relação entre saúde bucal e envelhecimento saudável também revela que a funcionalidade é construída ao longo da vida e depende das condições sociais, do acesso aos serviços de saúde, da educação, da renda e das políticas públicas. Muitos idosos que chegam à velhice com perda dentária extensa ou edentulismo total não apresentam essa condição por escolha individual, mas como resultado de uma trajetória marcada por acesso limitado à prevenção, tratamentos mutiladores e ausência de acompanhamento odontológico contínuo. Peres et al. (2019) apontam que as doenças bucais são fortemente influenciadas por determinantes sociais, econômicos e comerciais, o que exige respostas coletivas e políticas públicas mais efetivas.

A naturalização da perda dentária como consequência esperada da idade representa um desafio para a promoção do envelhecimento saudável. Quando se aceita que perder dentes faz parte do envelhecer, reduz-se a importância da prevenção, da reabilitação e do cuidado odontológico contínuo. No entanto, a perda da função mastigatória, a dificuldade de falar ou o constrangimento ao sorrir não devem ser tratados como acontecimentos naturais da velhice, mas como situações que podem e devem ser prevenidas, cuidadas e reabilitadas.

Também é importante considerar que a saúde bucal se relaciona com aspectos emocionais e subjetivos do envelhecimento. A pessoa idosa que sente vergonha de sorrir, medo de que a prótese se mova, dificuldade para mastigar em público ou insegurança ao falar pode passar a evitar encontros, refeições coletivas e situações de exposição social. Esse afastamento, muitas vezes silencioso, pode contribuir para isolamento, redução da autoestima e perda de participação comunitária. Sischo e Broder (2011) afirmam que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal deve ser analisada considerando seus efeitos funcionais, psicológicos e sociais, o que reforça a importância de observar a experiência vivida pelo idoso.

O cuidado com a saúde bucal da pessoa idosa deve, portanto, ser incorporado às estratégias de promoção do envelhecimento saudável. Isso inclui prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento contínuo, reabilitação protética, orientação de higiene oral, avaliação da função mastigatória e integração da Odontologia com outras áreas da saúde. A Organização Mundial da Saúde (2015) defende que o envelhecimento saudável depende da construção de ambientes e sistemas capazes de favorecer a capacidade funcional ao longo do curso da vida. Nesse sentido, a atenção odontológica deve fazer parte dessa rede de cuidado, pois preservar a saúde bucal é também preservar funções que sustentam a autonomia e o bem-estar.

Dessa forma, o envelhecimento saudável e a longevidade funcional constituem categorias fundamentais para compreender a saúde bucal na velhice. A preservação das funções orais deve ser reconhecida como parte do cuidado integral à pessoa idosa, uma vez que interfere diretamente na alimentação, na comunicação, na autoestima e na sociabilidade. Ao inserir a saúde bucal nesse debate, amplia-se a compreensão sobre o envelhecer e fortalece-se a ideia de que uma velhice digna depende não apenas de viver mais, mas de manter condições concretas para viver melhor.

Assim, compreender a saúde bucal como parte da longevidade funcional permite superar uma visão restrita da Odontologia e aproximá-la das discussões sobre autonomia, cuidado integral e envelhecimento saudável. A boca participa da vida, da identidade e das relações humanas. Por isso, preservar suas funções é também preservar formas de existência, convivência e dignidade. Envelhecer com saúde, nesse sentido, não significa apenas prolongar a vida biológica, mas garantir que a pessoa idosa continue podendo se alimentar, comunicar-se, sorrir, participar e reconhecer-se como sujeito ativo de sua própria história.

3. SAÚDE BUCAL COMO DIMENSÃO DA FUNCIONALIDADE HUMANA

A saúde bucal, quando analisada no contexto do envelhecimento, não pode ser compreendida apenas como ausência de cárie, doença periodontal, dor ou perda dentária. Embora esses aspectos sejam fundamentais para a avaliação clínica, eles não esgotam a complexidade da boca enquanto dimensão funcional, social e subjetiva da vida humana. A cavidade oral participa diretamente de funções essenciais, como mastigação, deglutição, fala, respiração, expressão facial, paladar, sorriso e interação social. Dessa forma, a saúde bucal não se restringe ao campo odontológico, mas integra o conjunto de condições que sustentam a autonomia, a comunicação, a alimentação, o bem-estar e a participação social da pessoa idosa.

Fukai, Dartevelle e Jones (2022) defendem que a saúde bucal no envelhecimento deve ser pensada a partir de uma abordagem centrada na pessoa e orientada pela função. Essa perspectiva amplia o modo de compreender o cuidado odontológico, pois desloca o foco exclusivo da doença para aquilo que a boca permite ao indivíduo realizar em sua vida cotidiana. Comer, falar, sorrir, sentir o gosto dos alimentos, mastigar, engolir e expressar emoções são ações que fazem parte da experiência humana e que dependem, em diferentes graus, da manutenção das condições orais. Assim, cuidar da saúde bucal significa também preservar capacidades fundamentais para a vida diária, para a autonomia e para a participação social.

A mastigação é uma das funções mais diretamente relacionadas à condição bucal. A presença de dentes naturais, a estabilidade oclusal, a adaptação das próteses e a ausência de dor interferem na capacidade de triturar os alimentos e de manter uma alimentação adequada. Quando a pessoa idosa apresenta perda dentária extensa, edentulismo total ou próteses mal adaptadas, a função mastigatória pode ser comprometida, levando à escolha de alimentos mais macios, à redução da diversidade alimentar e à diminuição do prazer em comer.

Petersen e Yamamoto (2005) destacam que os problemas de saúde bucal em idosos interferem na qualidade de vida, na nutrição, na comunicação e no bem-estar, evidenciando que a boca deve ser considerada parte integrante da saúde geral.

Essa relação entre saúde bucal e alimentação demonstra que a boca participa diretamente da manutenção da funcionalidade corporal. Comer não é apenas um ato biológico voltado à ingestão de nutrientes, mas também uma experiência social, cultural e afetiva. A refeição reúne família, memória, prazer, identidade e pertencimento. Quando o idoso sente dor ao mastigar, apresenta insegurança com a prótese ou não consegue triturar determinados alimentos, essa experiência pode ser modificada. O alimento passa a ser escolhido não apenas pelo sabor ou pelo valor nutricional, mas pela possibilidade de ser mastigado sem desconforto. Dessa maneira, a perda da função oral pode produzir efeitos silenciosos na vida cotidiana, reduzindo a autonomia alimentar e interferindo na forma como o sujeito participa de momentos familiares e sociais.

Além da mastigação, a fala também expressa a importância funcional da saúde bucal. A comunicação oral depende da articulação entre dentes, língua, lábios, palato, musculatura orofacial e fluxo respiratório. Alterações na arcada dentária, ausência de elementos dentários, instabilidade protética ou desconforto oral podem interferir na pronúncia, na clareza da fala e na segurança do indivíduo ao se comunicar. Para Sischo e Broder (2011), a qualidade de vida relacionada à saúde bucal deve ser analisada de forma multidimensional, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também os impactos funcionais, psicológicos e sociais das condições orais. Nesse sentido, falar com segurança é também uma expressão de saúde, autonomia e presença social.

A comunicação tem papel central no envelhecimento, pois permite ao idoso narrar sua história, expressar desejos, participar de conversas, fortalecer vínculos e manter sua identidade social. Quando a condição bucal compromete a fala ou gera vergonha durante a comunicação, a pessoa pode evitar diálogos, reduzir sua participação em grupos e afastar-se de situações de convivência. Esse afastamento, muitas vezes discreto, pode contribuir para isolamento e perda de pertencimento. A saúde bucal, portanto, não interfere apenas na mecânica da fala, mas na possibilidade de o sujeito continuar ocupando espaços de convivência, expressando sua subjetividade e sendo reconhecido pelos outros.

O sorriso também compõe essa dimensão funcional e simbólica da boca. Embora frequentemente associado à estética, o sorriso ultrapassa a aparência e se constitui como forma de expressão afetiva, comunicação não verbal e inserção social. Sorrir é uma maneira de se apresentar ao mundo, de demonstrar alegria, acolhimento, segurança e disponibilidade para o encontro com o outro. Quando a pessoa idosa deixa de sorrir por vergonha da perda dentária, da coloração dos dentes, da ausência de prótese ou da instabilidade protética, não se trata apenas de uma questão estética, mas de uma limitação que atravessa a autoestima, a expressão emocional e a participação social.

Petersen e Yamamoto (2005) ressaltam que a saúde bucal precária em idosos envolve elevada presença de perdas dentárias, cárie, doença periodontal, problemas protéticos, xerostomia e outras condições que podem afetar o bem-estar. Essa compreensão reforça que a saúde bucal deve ser inserida nas discussões sobre saúde geral e envelhecimento saudável, pois suas repercussões alcançam diferentes dimensões da existência. A boca, nesse sentido, é uma região do corpo profundamente ligada à funcionalidade humana, pois permite ao indivíduo alimentar-se, comunicar-se, expressar emoções e relacionar-se com o meio social.

A dimensão funcional da saúde bucal também se manifesta na deglutição e no conforto oral. A presença de dor, feridas, boca seca, próteses desadaptadas ou alterações na mucosa pode dificultar ações simples do cotidiano, como engolir, falar por mais tempo, saborear alimentos ou manter a higiene oral. Em pessoas idosas, essas alterações podem assumir maior relevância, pois se somam a outras condições de saúde, ao uso contínuo de

medicamentos, à redução da destreza manual e às dificuldades de acesso ao acompanhamento odontológico. Fukai, Dartevelle e Jones (2022) reforçam que a saúde bucal no envelhecimento deve ser compreendida por seu papel funcional, pois a preservação das funções orais contribui para a manutenção do bem-estar, da independência e da qualidade de vida.

A saúde bucal, portanto, não deve ser analisada de maneira isolada. Ela se articula com a saúde geral, com a funcionalidade corporal, com a nutrição, com a autoestima e com as relações sociais. Essa articulação é especialmente importante na velhice, fase em que pequenas limitações podem produzir grandes repercussões na autonomia. Uma prótese instável, uma dor persistente ou a dificuldade de mastigar determinados alimentos podem parecer problemas restritos à boca, mas, na prática, podem alterar hábitos alimentares, reduzir a participação em refeições coletivas, gerar constrangimento e comprometer a segurança do idoso em sua rotina.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal ajuda a compreender essa complexidade. Sischo e Broder (2011) afirmam que esse campo de estudo permite superar indicadores exclusivamente clínicos, incorporando a percepção do indivíduo sobre como sua condição oral interfere em sua vida. Essa perspectiva é fundamental para o envelhecimento, pois a experiência da pessoa idosa não pode ser reduzida ao número de dentes presentes ou ausentes. Dois indivíduos com condições clínicas semelhantes podem apresentar percepções muito diferentes sobre sua saúde bucal, dependendo de sua história, de suas relações sociais, de suas expectativas, do acesso à reabilitação e do significado atribuído ao sorriso e à alimentação.

Nesse sentido, compreender a saúde bucal como dimensão da funcionalidade humana exige reconhecer que a boca é parte da identidade e da vida social. Ela participa da forma como o sujeito se alimenta, fala, sorri, demonstra afeto e ocupa espaços coletivos. Na velhice, essa dimensão torna-se ainda mais importante, pois a manutenção das funções orais contribui para a preservação da autonomia e para a continuidade da participação social. A pessoa idosa que consegue mastigar com conforto, falar com segurança e sorrir sem constrangimento tende a manter maior liberdade nas relações cotidianas e maior confiança em sua presença social.

A abordagem centrada na função, proposta por Fukai, Dartevelle e Jones (2022), contribui para repensar o cuidado odontológico na velhice. Não basta tratar a doença instalada ou substituir dentes perdidos de maneira mecânica. É necessário considerar o que a saúde bucal permite que o indivíduo continue fazendo em sua vida diária. A pergunta central deixa de ser apenas quantos dentes foram perdidos ou quantas próteses foram confeccionadas, e passa a incluir questões como a capacidade de mastigar com conforto, falar sem insegurança, sorrir sem vergonha e participar de refeições e encontros sociais. Essas questões aproximam a Odontologia da funcionalidade, da autonomia e da dignidade.

Dessa forma, a saúde bucal se apresenta como uma dimensão indispensável da funcionalidade humana no envelhecimento. Ela sustenta funções biológicas, como mastigação e deglutição, mas também funções sociais e subjetivas, como comunicação, expressão facial, autoestima e pertencimento. Ao reconhecer essa complexidade, amplia-se o entendimento da Odontologia e fortalece-se a defesa de um cuidado mais integral à pessoa idosa. A boca não é apenas uma estrutura clínica a ser examinada, mas um espaço de vida, expressão, prazer, comunicação e convivência.

Assim, compreender a saúde bucal como dimensão funcional permite afirmar que o envelhecimento saudável depende também da preservação das funções orais. A longevidade não pode ser pensada apenas como extensão do tempo de vida, mas como possibilidade de continuar realizando atividades que dão sentido à existência. Mastigar, falar, sorrir, saborear e conviver são experiências simples, mas profundamente humanas. Preservá-las é também preservar autonomia, dignidade e participação social na velhice.

4. PERDA DENTÁRIA, EDENTULISMO E FRAGILIDADE ORAL

A perda dentária representa uma das condições mais marcantes da saúde bucal na velhice, especialmente quando se considera sua repercussão sobre a mastigação, a fala, a estética, a autoestima e a participação social. Embora muitas vezes ainda seja compreendida pelo senso comum como uma consequência natural do envelhecimento, a perda de dentes não deve ser tratada como um destino inevitável da idade. Ela resulta de uma trajetória de vida marcada por fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e assistenciais, que envolvem acesso aos serviços odontológicos, práticas de prevenção, condições de renda, escolaridade, hábitos de cuidado e modelos históricos de atenção em saúde bucal.

O edentulismo, caracterizado pela ausência total dos dentes naturais, expressa de forma intensa essa relação entre saúde bucal, desigualdade e funcionalidade. Em muitos idosos, a perda completa dos dentes não representa apenas uma alteração anatômica, mas uma ruptura com funções essenciais do cotidiano. Mastigar, falar, sorrir, saborear os alimentos e participar de refeições coletivas podem se tornar experiências atravessadas por desconforto, insegurança e constrangimento. Nesse sentido, a ausência dentária não atinge apenas a boca, mas interfere na maneira como a pessoa idosa se alimenta, se comunica, se reconhece e se relaciona com os outros.

Melo et al. (2023), ao investigarem a associação entre edentulismo e fragilidade em pessoas idosas domiciliadas, destacam que a condição bucal comprometida pode contribuir para a fragilidade devido às dificuldades de higiene oral, aos problemas mastigatórios e às necessidades protéticas. Essa compreensão é importante porque aproxima o edentulismo do campo da funcionalidade, mostrando que a perda dentária não deve ser analisada apenas como dado clínico, mas como condição capaz de influenciar a autonomia e o bem-estar da pessoa idosa. Quando a ausência de dentes compromete a mastigação, a alimentação e a segurança social do indivíduo, ela passa a participar de um processo mais amplo de vulnerabilidade.

A fragilidade, no contexto do envelhecimento, pode ser compreendida como uma condição de maior vulnerabilidade física e funcional, na qual o organismo apresenta menor reserva diante de estressores internos e externos. Embora seja frequentemente discutida a partir de indicadores como perda de peso, redução de força, lentidão, fadiga e baixa atividade física, a fragilidade também pode ser influenciada por dimensões menos visíveis, como a saúde bucal. Hakeem et al. (2019), em revisão sistemática de estudos longitudinais, identificaram associações significativas entre indicadores de saúde bucal e fragilidade, ressaltando a importância de considerar a saúde oral como possível preditora de fragilidade na velhice.

Essa relação entre saúde bucal e fragilidade não ocorre de maneira isolada. Ela se constrói por meio de diferentes caminhos, entre eles a alimentação, a nutrição, a inflamação, a dor, a capacidade mastigatória e a participação social. Um idoso com perda dentária extensa pode apresentar dificuldade para consumir alimentos mais consistentes, como carnes, frutas, legumes e verduras. Com isso, sua dieta pode se tornar menos variada e menos adequada às necessidades nutricionais da velhice. Ao longo do tempo, essa limitação pode contribuir para perda de peso, redução de energia e maior vulnerabilidade física, reforçando a relação entre boca, corpo e funcionalidade.

Arenas-Márquez et al. (2022) evidenciam que a perda de função mastigatória aumenta o risco de fragilidade em idosos, o que reforça a necessidade de compreender a mastigação como uma dimensão funcional da saúde. A mastigação não é apenas o primeiro passo da digestão, mas uma atividade que participa da autonomia alimentar, do prazer de comer e da manutenção da vitalidade. Quando essa função é reduzida, o idoso pode passar a adaptar sua

alimentação às limitações da boca, evitando alimentos que exigem maior força ou eficiência mastigatória. Essa adaptação, embora muitas vezes pareça uma solução cotidiana, pode produzir impactos progressivos sobre a saúde geral.

O uso de próteses dentárias, embora represente uma importante estratégia de reabilitação, nem sempre resolve integralmente os efeitos da perda dentária. Próteses mal adaptadas, instáveis, antigas ou desconfortáveis podem causar feridas, dor, insegurança e dificuldade mastigatória. Em algumas situações, o idoso possui a prótese, mas evita utilizá-la por desconforto; em outras, utiliza o dispositivo, mas permanece com baixa eficiência mastigatória. Assim, a reabilitação oral precisa ser analisada não apenas pela presença ou ausência da prótese, mas por sua funcionalidade real na vida cotidiana. Uma prótese só cumpre plenamente sua função quando permite ao indivíduo mastigar, falar, sorrir e conviver com conforto e segurança.

Melo et al. (2023) também observaram associação entre fragilidade, edentulismo, necessidade de prótese inferior e percepção de dor de dente em pessoas idosas. Esses achados reforçam que a saúde bucal deve ser avaliada de maneira integrada, considerando não apenas a perda dentária, mas também as necessidades de reabilitação, a presença de dor e as condições que afetam o uso funcional da boca. A dor, nesse caso, constitui um elemento importante, pois pode comprometer alimentação, sono, humor, interação social e disposição para atividades cotidianas. Em idosos, a dor bucal muitas vezes é naturalizada ou silenciada, sendo percebida como algo menor diante de outros problemas de saúde, embora possa produzir efeitos relevantes sobre a qualidade de vida.

A fragilidade oral, nesse contexto, surge como uma categoria importante para compreender alterações progressivas nas funções da boca durante o envelhecimento. Ela envolve aspectos como redução da força mastigatória, diminuição da função da língua, dificuldade de deglutição, perda dentária, problemas protéticos, boca seca e redução da capacidade de manter higiene oral adequada. Embora o conceito ainda esteja em desenvolvimento em diferentes estudos, ele contribui para mostrar que a boca também pode apresentar sinais de vulnerabilidade funcional. Assim como se avalia a força muscular, a marcha e a capacidade de realizar atividades diárias, torna-se necessário observar a função oral como parte da avaliação integral da pessoa idosa.

A perda dentária e o edentulismo também possuem repercussões subjetivas. Para muitos idosos, perder dentes significa perder parte da imagem construída ao longo da vida. O sorriso, que antes expressava espontaneidade, alegria e interação, pode se tornar motivo de vergonha. A pessoa passa a cobrir a boca ao falar, evita fotografias, reduz o contato social ou sente insegurança durante refeições em público. Esses comportamentos nem sempre aparecem nos exames clínicos, mas fazem parte da experiência vivida da perda dentária. Portanto, a fragilidade oral não se expressa apenas na função mastigatória, mas também na autoconfiança, na comunicação e na liberdade de participar socialmente.

Ygnatios et al. (2023), ao analisarem idosos edêntulos, apontam que o consumo alimentar está associado à fragilidade, reforçando a importância de observar a relação entre ausência dentária, alimentação e vulnerabilidade física. Essa conexão é especialmente relevante porque a alimentação na velhice não depende apenas da disponibilidade de alimentos, mas também da capacidade de mastigá-los, saboreá-los e ingeri-los com segurança. Um idoso pode ter acesso ao alimento, mas não conseguir consumi-lo adequadamente em razão de dor, ausência dentária ou prótese inadequada. Dessa forma, a saúde bucal deve ser considerada um componente essencial das discussões sobre nutrição e envelhecimento saudável.

Outro aspecto importante é que a perda dentária não afeta todos os idosos da mesma maneira. Sua repercussão depende da extensão da perda, da presença de reabilitação, da adaptação à prótese, das condições econômicas, do apoio familiar, da escolaridade, do acesso

aos serviços de saúde e do significado atribuído ao sorriso e à alimentação. Alguns indivíduos conseguem se adaptar de forma mais satisfatória, enquanto outros experimentam sofrimento, insegurança e limitação funcional. Por isso, a avaliação da saúde bucal na velhice deve considerar tanto os indicadores clínicos quanto a percepção do próprio idoso sobre sua condição oral.

A naturalização do edentulismo representa um obstáculo para o cuidado em saúde bucal. Quando se entende que perder dentes faz parte do envelhecer, reduz-se a urgência da prevenção e da reabilitação. Essa visão pode fazer com que muitos idosos não procurem atendimento ou não tenham suas queixas valorizadas. No entanto, a perda dentária extensa compromete funções essenciais e pode participar de processos de fragilização. Por essa razão, o edentulismo deve ser compreendido como uma condição de saúde que exige atenção, acompanhamento e políticas públicas capazes de garantir cuidado odontológico contínuo à pessoa idosa.

A relação entre perda dentária, edentulismo e fragilidade oral também reforça a importância da interdisciplinaridade. A Odontologia precisa dialogar com a Gerontologia, a Nutrição, a Fonoaudiologia, a Medicina, a Psicologia e as políticas públicas de saúde. Um idoso com dificuldade de mastigar pode necessitar não apenas de prótese, mas de orientação nutricional, avaliação da deglutição, acompanhamento clínico e apoio psicológico diante dos impactos emocionais da perda dentária. Dessa forma, a saúde bucal deve ser integrada ao cuidado amplo da pessoa idosa, evitando a fragmentação do corpo e reconhecendo que a boca participa da saúde geral.

Compreender a perda dentária como questão funcional permite superar uma visão restrita, centrada apenas na reposição de dentes. A reabilitação oral deve ser pensada como possibilidade de devolver funções, segurança e dignidade. Não se trata apenas de preencher espaços ausentes na arcada dentária, mas de permitir que a pessoa idosa volte a mastigar com conforto, falar com confiança, sorrir sem constrangimento e participar da vida social. Nesse sentido, a Odontologia assume papel fundamental na promoção da longevidade funcional, pois contribui para preservar capacidades que sustentam a autonomia e a qualidade de vida.

Assim, a perda dentária, o edentulismo e a fragilidade oral devem ser compreendidos como dimensões interligadas do envelhecimento. Elas revelam que a saúde bucal não pode ser separada das discussões sobre funcionalidade, nutrição, autonomia e participação social. A boca fragilizada pode limitar o corpo, a convivência e a subjetividade; por outro lado, o cuidado bucal adequado pode favorecer um envelhecimento mais ativo, seguro e digno. Reconhecer essa relação é essencial para ampliar o olhar sobre a longevidade e afirmar que envelhecer bem também depende da preservação das funções orais e do acesso à reabilitação adequada.

5. MASTIGAÇÃO, NUTRIÇÃO E AUTONOMIA NA VELHICE

A mastigação constitui uma das funções mais importantes para a manutenção da saúde, da autonomia e da qualidade de vida na velhice. Embora muitas vezes seja percebida apenas como uma etapa mecânica do processo digestivo, ela representa uma atividade essencial para a alimentação, para o prazer de comer, para a escolha dos alimentos e para a participação social da pessoa idosa. Mastigar com conforto permite ao indivíduo manter uma dieta mais variada, preservar hábitos culturais e experimentar a alimentação como parte significativa da vida cotidiana.

A saúde bucal participa diretamente da capacidade de mastigar, pois a presença de dentes naturais, a estabilidade oclusal, a adaptação das próteses, a ausência de dor e as condições da musculatura orofacial interferem no desempenho mastigatório. Quando essas condições estão comprometidas, a pessoa idosa pode apresentar dificuldade para triturar

alimentos, insegurança ao comer em público, dor durante as refeições e necessidade de adaptar sua alimentação. Petersen e Yamamoto (2005) destacam que os problemas de saúde bucal em idosos interferem na nutrição, na comunicação e na qualidade de vida, reforçando que a boca deve ser compreendida como parte integrante da saúde geral.

Essa relação entre mastigação e nutrição é especialmente importante no envelhecimento, pois a alimentação adequada contribui para a manutenção da força, da energia, da imunidade e da funcionalidade corporal. Quando a pessoa idosa apresenta perdas dentárias ou próteses mal adaptadas, pode reduzir o consumo de alimentos mais consistentes, como carnes, frutas, verduras e legumes. Essa mudança não ocorre, necessariamente, por falta de conhecimento sobre alimentação saudável, mas pela limitação funcional imposta pela condição bucal. O idoso passa a escolher aquilo que consegue mastigar, e não apenas aquilo que deseja ou que seria nutricionalmente mais adequado.

Arenas-Márquez et al. (2022), ao analisarem idosos vivendo em domicílios familiares no Estado de São Paulo, observaram que a perda de função mastigatória aumenta o risco de fragilidade. Essa associação reforça a importância de compreender a mastigação como parte da funcionalidade humana, e não apenas como um aspecto odontológico. Quando a mastigação é prejudicada, podem ocorrer mudanças na alimentação, redução da variedade alimentar, diminuição da ingestão de nutrientes e maior vulnerabilidade física. Assim, a boca participa de uma cadeia funcional que envolve alimentação, nutrição, força corporal, autonomia e envelhecimento saudável.

A refeição, no entanto, não deve ser vista apenas como ato biológico. Comer envolve prazer, memória, cultura, afetividade e convivência. Na velhice, muitas experiências sociais acontecem em torno da alimentação, como almoços em família, encontros comunitários e celebrações. Quando a pessoa idosa sente vergonha de mastigar, medo de que a prótese se mova ou dificuldade para consumir determinados alimentos, pode passar a evitar essas situações. Desse modo, a limitação mastigatória não afeta apenas a nutrição, mas também a participação social e o sentimento de pertencimento.

Fukai, Dartevelle e Jones (2022) defendem que a saúde bucal no envelhecimento deve ser pensada a partir de uma abordagem centrada na pessoa e orientada pela função. Essa perspectiva desloca o cuidado odontológico de uma visão restrita à doença para uma compreensão mais ampla daquilo que a boca permite realizar na vida cotidiana. Comer, falar, sorrir, mastigar, engolir e sentir o gosto dos alimentos são funções que sustentam a autonomia e o bem-estar. Dessa forma, o cuidado com a saúde bucal deve considerar não apenas a presença ou ausência de dentes, mas a capacidade real de o idoso alimentar-se com conforto, segurança e dignidade.

A autonomia alimentar representa uma dimensão importante da independência na velhice. Poder escolher o que comer, preparar ou compartilhar refeições e participar de momentos alimentares sem constrangimento contribui para a preservação da identidade e da liberdade cotidiana. Quando a pessoa idosa depende de alimentos muito moles, evita determinados grupos alimentares ou necessita de adaptações constantes por causa da condição bucal, sua autonomia pode ser reduzida. Essa perda interfere na sensação de controle sobre a própria vida e pode reforçar sentimentos de limitação e dependência.

Ygnatios et al. (2023), em estudo com idosos edêntulos a partir de dados do ELSI-Brasil, observaram associação entre consumo alimentar e fragilidade, destacando a relevância de compreender a alimentação como parte das condições de saúde e funcionalidade nessa população. Esse achado mostra que, em idosos sem dentes naturais, a relação entre alimentação e fragilidade deve ser analisada com atenção, considerando tanto o consumo de alimentos quanto as condições bucais que possibilitam ou limitam esse consumo.

A dificuldade mastigatória também pode produzir adaptações silenciosas. Muitos idosos não relatam espontaneamente que deixaram de comer determinados alimentos, pois

passam a considerar essa limitação como algo natural da idade. Outros relatam apenas desconforto geral, sem associá-lo diretamente à saúde bucal. Essa naturalização pode dificultar a identificação do problema pelos profissionais de saúde e pela própria família. Por isso, a avaliação da função mastigatória deve fazer parte do cuidado integral à pessoa idosa, especialmente quando há perda dentária, perda de peso, alterações alimentares, queixas de fraqueza ou sinais de fragilidade.

Sischo e Broder (2011), ao discutirem a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, destacam a importância de considerar os impactos funcionais, psicológicos e sociais das condições orais. Essa perspectiva contribui para compreender que a dificuldade de mastigar não deve ser analisada apenas como uma limitação física, mas como uma experiência que pode afetar autoestima, convivência e percepção de qualidade de vida. A pessoa idosa que não consegue comer com segurança pode sentir-se menos livre, menos confiante e mais limitada em suas relações sociais.

A relação entre mastigação, nutrição e autonomia reforça a necessidade de um cuidado interdisciplinar. A Odontologia, nesse campo, não atua de forma isolada. A avaliação da função mastigatória pode dialogar com a Nutrição, a Fonoaudiologia, a Medicina, a Gerontologia e a Psicologia, especialmente quando há sinais de fragilidade, perda de peso, dificuldade de deglutição, redução da participação social ou sofrimento emocional relacionado à condição bucal. O cuidado integral deve reconhecer que a boca participa da alimentação e que a alimentação participa da funcionalidade, da energia vital e da dignidade da pessoa idosa.

Dessa forma, a mastigação deve ser compreendida como uma função estratégica na discussão sobre saúde bucal e longevidade. Ela articula dimensões biológicas, nutricionais, sociais e subjetivas da vida humana. Quando preservada, favorece a alimentação adequada, o prazer de comer, a participação em refeições coletivas e a manutenção da autonomia. Quando comprometida, pode contribuir para restrições alimentares, fragilidade, isolamento e perda de qualidade de vida. Portanto, a função mastigatória não é um detalhe clínico, mas uma condição essencial para envelhecer com saúde e dignidade.

Assim, discutir mastigação, nutrição e autonomia na velhice permite compreender que a saúde bucal é parte concreta da longevidade funcional. Envelhecer bem não significa apenas alcançar mais anos de vida, mas manter a possibilidade de se alimentar com prazer, escolher os próprios alimentos, participar das refeições e conservar a independência nas práticas cotidianas. A boca, nesse sentido, sustenta não apenas a nutrição do corpo, mas também a experiência social, afetiva e simbólica do comer. Preservar a mastigação é, portanto, preservar autonomia, dignidade e participação na velhice.

6. O SORRISO COMO EXPRESSÃO SOCIAL, ESTÉTICA E EXISTENCIAL DO ENVELHECER

O sorriso ocupa um lugar importante na experiência humana porque ultrapassa a dimensão estética e se apresenta como forma de comunicação, expressão afetiva, reconhecimento social e construção da identidade. Sorrir não é apenas mostrar os dentes, mas revelar presença, segurança, acolhimento e disponibilidade para o encontro com o outro. No contexto do envelhecimento, essa dimensão torna-se ainda mais significativa, pois a pessoa idosa continua desejando ser vista, respeitada e inserida nas relações sociais.

A saúde bucal interfere diretamente nessa experiência. A perda dentária, o edentulismo, a ausência de próteses, o uso de próteses instáveis, a dor e a vergonha da aparência bucal podem fazer com que a pessoa idosa reduza sua espontaneidade em situações sociais. Muitas vezes, o sujeito passa a sorrir menos, cobre a boca ao conversar, evita fotografias ou afasta-se de eventos coletivos. Essas atitudes revelam que a condição bucal não

afeta apenas a cavidade oral, mas também a autoestima, a imagem corporal e a participação social.

Sischo e Broder (2011), ao discutirem a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, destacam que as condições orais devem ser compreendidas a partir de seus impactos funcionais, psicológicos e sociais. Essa perspectiva permite reconhecer que o sorriso participa da estética, mas também da comunicação e do bem-estar subjetivo. Quando a pessoa idosa deixa de sorrir por vergonha ou insegurança, há uma limitação que não pode ser explicada apenas por indicadores clínicos, pois envolve percepção de si, medo do julgamento, constrangimento e possível afastamento das relações sociais.

O sorriso também está relacionado ao modo como o indivíduo se apresenta ao mundo. Ao longo da vida, a boca participa da construção da imagem pessoal, da expressão das emoções e da comunicação com os outros. Na velhice, essa imagem continua tendo valor, ainda que muitas vezes a sociedade associe o envelhecimento à perda da vaidade ou do desejo de cuidar de si. Essa visão é limitada, pois a pessoa idosa não deixa de ter identidade, autoestima e necessidade de reconhecimento. O cuidado com o sorriso, nesse sentido, não deve ser reduzido à aparência, mas compreendido como parte da dignidade, da autonomia e do direito de envelhecer com bem-estar.

Petersen e Yamamoto (2005) ressaltam que a saúde bucal dos idosos interfere na qualidade de vida, na nutrição, na comunicação e no bem-estar. Essa compreensão ajuda a demonstrar que o sorriso não pode ser analisado apenas como elemento estético, pois ele participa da vida social e da saúde geral. Uma pessoa que sente vergonha de sorrir pode também sentir insegurança para falar, interagir, participar de encontros e expressar emoções. Assim, a condição bucal interfere no modo como o idoso ocupa os espaços sociais e no grau de liberdade com que se relaciona com outras pessoas.

A dimensão estética do sorriso, portanto, deve ser tratada com cuidado e profundidade. Em muitas abordagens, a estética é vista como algo superficial, especialmente quando relacionada à velhice. No entanto, a aparência bucal pode estar diretamente ligada à autoestima e à percepção de dignidade. Para uma pessoa idosa, recuperar ou manter um sorriso com o qual se sinta confortável pode significar voltar a conversar sem medo, sorrir em fotografias, participar de reuniões familiares e sentir-se mais segura em situações públicas. A estética, nesse caso, não se separa da função e da subjetividade, pois participa da forma como o sujeito se reconhece e se expressa.

A perda dentária pode produzir impactos simbólicos profundos. Os dentes fazem parte da imagem facial e da expressão do rosto. Sua ausência pode alterar a fala, a mastigação, o suporte dos lábios, a harmonia facial e a forma como o indivíduo percebe sua própria aparência. Para alguns idosos, perder dentes significa também perder parte da espontaneidade e da confiança construída ao longo da vida. Essa experiência pode gerar sentimentos de vergonha, insegurança e retraimento. Assim, a perda dentária não deve ser compreendida apenas como alteração anatômica, mas como uma condição que atravessa a identidade e a vida relacional.

Fukai, Dartevelle e Jones (2022) defendem que a saúde bucal no envelhecimento deve ser analisada a partir de uma abordagem centrada na pessoa e orientada pela função. Essa proposta reconhece que a boca permite ações essenciais da vida cotidiana, como comer, falar, sorrir, sentir gosto, mastigar, engolir e expressar emoções. Ao incluir o sorriso nesse conjunto de funções, amplia-se a compreensão da saúde bucal, em que a expressão facial e a participação social também passam a ser consideradas dimensões relevantes do cuidado.

O sorriso também tem uma função comunicativa. Antes mesmo da palavra, ele pode expressar alegria, acolhimento, timidez, afeto, gratidão ou pertencimento. Em contextos familiares, comunitários e sociais, o sorriso ajuda a criar aproximação e vínculo. Quando a pessoa idosa deixa de sorrir por constrangimento com sua condição bucal, pode haver

redução de sua expressividade e de sua participação afetiva. Isso não significa que a pessoa perca sua capacidade de sentir ou se comunicar, mas que a condição bucal pode interferir na liberdade com que expressa suas emoções.

Peres et al. (2019) afirmam que as doenças bucais representam um importante desafio de saúde pública e produzem impactos relevantes na qualidade de vida, estando fortemente relacionadas às desigualdades sociais. Essa perspectiva permite compreender que a limitação do sorriso na velhice não é apenas uma questão individual. Muitas pessoas idosas não tiveram acesso, ao longo da vida, a cuidados preventivos, tratamentos conservadores e reabilitação oral adequada. Assim, o sorriso comprometido pode revelar trajetórias de exclusão, pobreza, falta de assistência e modelos odontológicos historicamente marcados por extrações.

Nesse cenário, a reabilitação oral assume uma dimensão que ultrapassa a reposição dentária. Uma prótese bem adaptada, confortável e funcional pode contribuir para a recuperação da mastigação, da fala e da estética, mas também para a reconstrução da segurança social. O tratamento odontológico, quando realizado de forma humanizada, pode devolver ao idoso a possibilidade de sorrir com liberdade, alimentar-se em público, conversar com mais confiança e participar de momentos coletivos sem constrangimento.

Dessa forma, compreender o sorriso como expressão social, estética e existencial do envelhecer permite ampliar o olhar sobre a saúde bucal da pessoa idosa. O sorriso não é um detalhe superficial, mas uma manifestação de identidade, autonomia, comunicação e dignidade. A ausência de dentes, a inadequação protética ou a vergonha da aparência bucal podem restringir a liberdade de expressão e convivência. Por outro lado, o cuidado odontológico adequado pode favorecer a recuperação da confiança, da espontaneidade e da participação social.

Assim, entre o sorriso e a longevidade existe uma relação profunda. Viver mais não significa apenas manter o corpo em funcionamento, mas preservar as condições que permitem ao sujeito continuar se expressando, convivendo e sendo reconhecido em sua humanidade. O sorriso, nesse sentido, simboliza mais do que estética: representa presença, identidade, afeto e pertencimento. Cuidar da saúde bucal na velhice é também permitir que a pessoa idosa continue sorrindo, falando, participando e ocupando seu lugar na vida social com dignidade.

7. SAÚDE BUCAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E CUIDADO INTEGRAL À PESSOA IDOSA

A saúde bucal da pessoa idosa precisa ser compreendida como parte do cuidado integral em saúde, e não como uma dimensão isolada ou secundária do envelhecimento. Ao longo da vida, as condições bucais são atravessadas por fatores sociais, econômicos, culturais, educacionais e assistenciais, que influenciam diretamente a preservação dos dentes naturais, o acesso aos tratamentos preventivos, a realização de reabilitações adequadas e a manutenção de funções essenciais, como mastigação, fala, deglutição e sorriso. Dessa forma, discutir saúde bucal na velhice exige reconhecer que a boca também expressa desigualdades acumuladas ao longo do curso da vida.

Durante muito tempo, o cuidado odontológico esteve associado a práticas curativas, mutiladoras e voltadas principalmente para o alívio da dor. Muitos idosos que hoje apresentam edentulismo parcial ou total viveram em períodos nos quais a extração dentária era uma resposta frequente aos problemas bucais, especialmente entre populações com menor renda e menor acesso a serviços especializados. Essa trajetória ajuda a compreender por que a perda dentária não deve ser vista apenas como consequência biológica do envelhecimento, mas como resultado de condições históricas de acesso desigual ao cuidado em saúde bucal. Peres et al. (2019) destacam que as doenças bucais constituem um desafio global de saúde

pública e estão fortemente relacionadas a determinantes sociais, o que reforça a necessidade de políticas públicas capazes de enfrentar essas desigualdades.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, representou um marco importante para ampliar a presença da Odontologia no Sistema Único de Saúde. A proposta buscou fortalecer ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, incorporando a atenção odontológica às equipes de saúde da família, aos Centros de Especialidades Odontológicas e aos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (BRASIL, 2004). Esse avanço foi relevante porque reconheceu a saúde bucal como parte do direito à saúde e não apenas como um serviço acessório ou dependente da capacidade individual de pagamento.

Apesar desses avanços, os desafios permanecem significativos, sobretudo no cuidado à população idosa. A necessidade de próteses, o acompanhamento de reabilitações antigas, o tratamento de lesões bucais, a prevenção de doenças periodontais, o cuidado com a xerostomia, a orientação de higiene oral e a avaliação da função mastigatória são demandas frequentes na velhice. Entretanto, muitos idosos ainda enfrentam barreiras para acessar atendimento odontológico regular, seja por dificuldades econômicas, limitações de mobilidade, ausência de serviços próximos, baixa informação, medo de procedimentos ou naturalização da perda dentária.

Petersen e Yamamoto (2005) afirmam que a melhoria da saúde bucal das pessoas idosas exige uma abordagem de saúde pública voltada à prevenção, à promoção da saúde e à integração da saúde oral aos cuidados gerais. Essa perspectiva é fundamental porque a pessoa idosa não deve ser atendida de maneira fragmentada, como se a boca estivesse separada do restante do corpo. A dor bucal pode interferir no sono, na alimentação e no humor; a dificuldade mastigatória pode repercutir na nutrição; a perda dentária pode afetar a fala, a autoestima e a convivência social. Portanto, o cuidado odontológico precisa dialogar com outras áreas da saúde e com as necessidades reais da vida cotidiana.

A Organização Mundial da Saúde compreende o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice (OMS, 2015). A partir dessa definição, torna-se evidente que a saúde bucal deve ocupar lugar mais visível nas estratégias de cuidado à pessoa idosa, pois suas funções estão diretamente relacionadas à autonomia e à qualidade de vida. Mastigar, falar, sorrir, saborear os alimentos e participar de refeições coletivas são atividades que sustentam a vida diária. Quando essas funções são comprometidas por perda dentária, dor, próteses inadequadas ou ausência de reabilitação, a capacidade funcional também pode ser afetada.

Fukai, Dartevelle e Jones (2022) defendem uma abordagem centrada na pessoa e orientada pela função, na qual a saúde bucal é compreendida a partir daquilo que permite ao indivíduo realizar em sua vida cotidiana. Essa proposta contribui para repensar as políticas públicas e os serviços de saúde, pois desloca a atenção de uma prática exclusivamente técnica para uma escuta mais sensível às necessidades do sujeito. No caso da pessoa idosa, não basta perguntar se há dentes ausentes ou se existe uma prótese. É necessário compreender se ela consegue mastigar com conforto, falar com segurança, sorrir sem constrangimento, manter higiene oral adequada e participar socialmente.

A reabilitação oral, nessa perspectiva, possui dimensão funcional e social. A confecção de próteses, por exemplo, não deve ser tratada apenas como entrega de um dispositivo. É necessário garantir adaptação, acompanhamento, ajustes, orientação de uso e avaliação da satisfação do idoso. Uma prótese que machuca, que se desloca durante a fala ou que não permite mastigação adequada pode até existir formalmente como tratamento realizado, mas não cumpre plenamente sua função na vida da pessoa. O cuidado integral, nesse sentido, precisa avaliar o resultado real da intervenção na autonomia, no conforto e na participação social.

A saúde bucal também deve ser articulada à educação em saúde. Muitos idosos não receberam, ao longo da vida, informações suficientes sobre prevenção, higiene oral, cuidados com próteses, sinais de alerta para lesões bucais ou importância do acompanhamento odontológico periódico. Além disso, familiares e cuidadores nem sempre estão preparados para auxiliar pessoas idosas com limitações físicas, cognitivas ou motoras na manutenção da higiene bucal. Dessa forma, políticas públicas voltadas à longevidade precisam incluir ações educativas acessíveis, humanizadas e adequadas às diferentes realidades sociais.

Pensar políticas públicas para saúde bucal e longevidade exige, ainda, uma visão de curso de vida. A condição bucal encontrada na velhice não começa na velhice. Ela é resultado de oportunidades ou ausências acumuladas desde a infância, passando pela vida adulta até chegar ao envelhecimento. Prevenir perdas dentárias, ampliar o acesso ao cuidado, reduzir desigualdades e valorizar a educação em saúde são estratégias que beneficiam não apenas idosos atuais, mas também as futuras gerações que envelhecerão com melhores condições orais.

Dessa forma, saúde bucal, políticas públicas e cuidado integral à pessoa idosa são dimensões inseparáveis. A preservação das funções orais depende tanto do cuidado individual quanto da existência de serviços acessíveis, contínuos e humanizados. Quando o Estado reconhece a saúde bucal como parte da saúde geral, amplia-se a possibilidade de promover autonomia, funcionalidade e qualidade de vida. Quando essa dimensão é negligenciada, perpetuam-se desigualdades que atingem diretamente a alimentação, a fala, o sorriso e a participação social da pessoa idosa.

Assim, compreender a saúde bucal como parte das políticas de envelhecimento saudável permite afirmar que o cuidado odontológico é também cuidado com a longevidade, com a dignidade e com a cidadania. Envelhecer bem exige mais do que viver muitos anos; exige condições para mastigar, falar, sorrir, conviver e participar da vida coletiva. A saúde bucal, nesse sentido, não é um detalhe do cuidado, mas uma dimensão fundamental da integralidade. Reconhecê-la nas políticas públicas significa reconhecer a pessoa idosa em sua totalidade, como sujeito de direitos, de história, de necessidades funcionais e de presença social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento saudável não pode ser compreendido apenas como aumento da expectativa de vida, mas como possibilidade de viver mais anos com autonomia, funcionalidade, participação social e dignidade. Nesse contexto, a saúde bucal assume lugar fundamental, pois interfere em funções essenciais da vida cotidiana, como mastigação, fala, deglutição, alimentação, sorriso e convivência. A boca, portanto, não deve ser vista de forma isolada, mas como parte integrada do corpo, da subjetividade e das relações sociais da pessoa idosa.

Ao longo da discussão, foi possível compreender que a saúde bucal ultrapassa a dimensão clínica e estética, constituindo-se como elemento importante da longevidade funcional. A perda dentária, o edentulismo, a dor, a dificuldade mastigatória e o uso inadequado de próteses podem comprometer a alimentação, a comunicação, a autoestima e a participação social. Essas condições demonstram que problemas bucais não afetam apenas a cavidade oral, mas alcançam dimensões físicas, emocionais e sociais do envelhecer.

A mastigação revelou-se uma função central para a manutenção da autonomia na velhice, pois favorece uma alimentação mais variada, o prazer de comer e a participação em refeições familiares e coletivas. O sorriso, por sua vez, mostrou-se expressão social, estética e existencial da pessoa idosa, representando presença, afeto, segurança e pertencimento.

Quando o idoso evita sorrir, falar ou participar socialmente por vergonha de sua condição bucal, há uma perda simbólica que ultrapassa os limites da Odontologia.

Também se destacou que a saúde bucal na velhice está relacionada às desigualdades sociais acumuladas ao longo da vida. Muitos idosos chegam ao envelhecimento com perdas dentárias extensas e necessidades protéticas não resolvidas em razão de trajetórias marcadas por dificuldade de acesso, práticas odontológicas mutiladoras e ausência de cuidado preventivo contínuo. Por isso, a saúde bucal deve ser compreendida como direito social e como parte das políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável.

Conclui-se que compreender a saúde bucal como dimensão funcional do envelhecimento saudável permite ampliar o debate sobre longevidade. Envelhecer bem não significa apenas viver muitos anos, mas preservar as condições que permitem ao sujeito continuar se expressando, alimentando-se, comunicando-se e participando da vida coletiva. Entre o sorriso e a longevidade, existe uma relação profunda que revela a importância da saúde bucal como parte da integralidade do cuidado, da dignidade e da construção de uma velhice mais ativa, autônoma e humanizada.

REFERÊNCIAS

ARENAS-MÁRQUEZ, María Jesús et al. Perda de função mastigatória e risco de fragilidade em idosos vivendo em domicílios familiares no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1-11, 2022.

BEARD, John R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10033, p. 2145-2154, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FUKAI, Kakuhiro; DARTEVELLE, Sophie; JONES, Judith. Oral health for healthy ageing: a people-centred and function-focused approach. **International Dental Journal**, London, v. 72, n. 4S, p. S2-S4, 2022.

HAKEEM, Faisal F.; BERNABÉ, Eduardo; SABBAH, Wael. Association between oral health and frailty: a systematic review of longitudinal studies. **Gerodontology**, Oxford, v. 36, n. 3, p. 205-215, 2019.

MELO, Rayane Bárbara de et al. Edentulismo e fragilidade em pessoas idosas domiciliadas: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 26, e230165, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

PERES, Marco A. et al. Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, London, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019.

PETERSEN, Poul Erik; YAMAMOTO, Tatsuo. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 33, n. 2, p. 81-92, 2005.

ROWE, John W.; KAHN, Robert L. Successful aging. **The Gerontologist**, Washington, v. 37, n. 4, p. 433-440, 1997.

SISCHO, Lacey; BRODER, Hillary L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, 2011.

VERAS, Renato Peixoto. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

YGNATIOS, Nair Tavares Milhem et al. Food consumption is associated with frailty in edentulous older adults: evidence from the ELSI-Brazil study. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1891-1902, 2023.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

VÍNCULO HUMANO-ANIMAL E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: BENEFÍCIOS DAS INTERVENÇÕES ASSISTIDAS POR ANIMAIS EM IDOSOS

HUMAN-ANIMAL BOND AND HEALTHY AGING: BENEFITS OF ANIMAL-ASSISTED INTERVENTIONS IN OLDER ADULTS

Caroline Bittencourt Miranda
https://orcid.org/0009-0006-7270-0809
Elizete Maria Bittencourt Soares Miranda
https://orcid.org/0009-0000-0268-0618
Flávio Martins da Silva
https://orcid.org/0009-0005-1162-5609
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253

Resumo: O envelhecimento populacional tem sido acompanhado pelo aumento de doenças neurodegenerativas, transtornos emocionais e condições associadas ao isolamento social em idosos, tornando necessária a busca por estratégias complementares de cuidado. Nesse contexto, as Intervenções Assistidas por Animais (IAAs) destacam-se como abordagens terapêuticas promissoras para promoção da saúde mental e do bem-estar da população idosa. O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar os efeitos das IAAs sobre aspectos cognitivos, emocionais, sociais e físicos em idosos. Os estudos analisados demonstraram que as IAAs podem contribuir para redução da ansiedade, depressão, apatia e solidão, além de favorecer socialização, vínculo afetivo e qualidade de vida. Também foram observados benefícios cognitivos em pacientes com comprometimento cognitivo e Doença de Alzheimer, incluindo melhora da memória, atenção e engajamento terapêutico. Além disso, intervenções assistidas por cães e cavalos apresentaram efeitos positivos sobre mobilidade, funcionalidade e motivação em pacientes com Parkinson e pós-AVC, podendo favorecer mecanismos de neuroplasticidade. Conclui-se que as IAAs representam uma estratégia complementar relevante para promoção do envelhecimento saudável e da saúde integral da população idosa.

Palavras-chave: Intervenções Assistidas por Animais; idosos; saúde mental; envelhecimento saudável; qualidade de vida.

[1]Mestre em Biologia pela Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PGCL/UENF), Carolbitten151@gmail.com ;
[2]Mestranda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PGCL/UENF), elizetemiranda@gmail.com ;
[3]Doutorando do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (PGCL/UENF), martinsflaviosilva@gmail.com ;
[4]Pós-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 ;

Abstract: Population aging has been accompanied by an increase in neurodegenerative diseases, emotional disorders, and conditions associated with social isolation among older adults, necessitating complementary care strategies. In this context, Animal-Assisted Interventions (AAIs) emerge as promising therapeutic approaches for promoting mental health and well-being in the elderly population. This study is an integrative literature review aimed at analyzing the effects of AAIs on cognitive, emotional, social, and physical aspects in older adults. The analyzed studies showed that AAIs can reduce anxiety, depression, apathy, and loneliness, while promoting socialization, affective bonding, and quality of life. Cognitive benefits were also observed in patients with cognitive impairment and Alzheimer's disease, including improved memory, attention, and therapeutic engagement. Furthermore, dog- and horse-assisted interventions yielded positive effects on mobility, functionality, and motivation in patients with Parkinson's disease and post-stroke, potentially favoring neuroplasticity mechanisms. In conclusion, AAIs represent a relevant complementary strategy for promoting healthy aging and integral health in the older adult population.

Keywords: Animal-assisted interventions; older adults; mental health; healthy aging; quality of life

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, profundas transformações sociais têm modificado a forma como o envelhecimento e o último ciclo da vida humana são compreendidos. O Brasil, acompanhando uma tendência global, apresenta um acelerado processo de envelhecimento populacional, marcado por mudanças significativas em sua estrutura demográfica e na pirâmide etária. Esse cenário representa uma importante conquista da humanidade em relação ao aumento da expectativa de vida, mas também impõe desafios econômicos, sociais, educacionais, tecnológicos, previdenciários e, sobretudo, relacionados à saúde pública. Diante dessa realidade, pesquisadores têm direcionado seus estudos para a compreensão das necessidades da população idosa, buscando identificar fatores capazes de promover melhor qualidade de vida, autonomia e bem-estar durante o envelhecimento.

Com o avanço desse processo demográfico, há indicativos de que as demandas associadas ao envelhecimento tendem a se intensificar nas próximas décadas, exigindo uma atuação cada vez mais proativa tanto do Estado quanto da sociedade civil (WHO, 2005). Nesse contexto, o conceito de “envelhecimento ativo” torna-se fundamental, ao enfatizar a importância da manutenção da autonomia, independência e funcionalidade ao longo da vida. O envelhecimento é influenciado por múltiplos fatores, incluindo valores culturais, condições físicas, expectativas sociais, oportunidades e acesso a recursos, tornando necessário o desenvolvimento contínuo de estratégias preventivas e interventivas voltadas às necessidades da população idosa. Assim, a promoção do envelhecimento ativo depende da implementação de políticas públicas e programas que valorizem não apenas a saúde física, mas também a saúde mental, os vínculos sociais e a participação ativa do idoso na sociedade (Farias; Santos, 2012).

Com o aumento da longevidade, torna-se necessário revisar a concepção tradicional do curso da vida, historicamente dividida entre estudo na juventude, um longo tempo de trabalho na vida adulta e pouco tempo de aposentadoria, muitas vezes associada

à ideia de incapacidade. Atualmente, esse modelo mostra-se ultrapassado, dando lugar a um novo paradigma baseado no envelhecimento ativo, no qual a aprendizagem ocorre de forma contínua ao longo da vida, o trabalho exige atualização constante e a aposentadoria passa a representar um período mais longo, produtivo e socialmente participativo (Ramos, 2014). Nesse contexto, valorizam-se a manutenção dos vínculos sociais, o fortalecimento do papel do idoso na sociedade e a busca por melhor qualidade de vida. Além disso, as expectativas em relação aos anos de vida restantes influenciam diretamente comportamentos, decisões e investimentos pessoais ao longo da vida.

Diante da complexidade de promover um envelhecimento que não apenas acrescente anos à vida, mas vida aos anos, torna-se essencial explorar estratégias que fortaleçam a resiliência e a manutenção de vínculos afetivos, pilares fundamentais para a saúde mental e emocional nesta etapa da existência. Neste contexto, a interação entre humanos e animais ultrapassa a simples companhia doméstica e se revela uma ferramenta terapêutica de impacto significativo. Ao integrarmos o cuidado e o afeto proporcionados pelos animais de estimação às práticas de saúde, abrimos novas perspectivas para o enfrentamento do isolamento e para o estímulo da vitalidade física e cognitiva, configurando uma abordagem que humaniza e dinamiza o processo de envelhecer.

As Intervenções Assistidas por Animais (IAAs) transcendem o modelo puramente farmacológico de estratégia terapêutica. Segundo a International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO), as IAAs são definidas como intervenções estruturadas, orientadas a objetivos e que incluem intencionalmente animais em contextos de saúde, educação ou serviços humanos. O seu propósito fundamental é alcançar ganhos terapêuticos em humanos, baseando-se no estabelecimento e na exploração do Vínculo Humano-Animal (VHA) (IAHAIO, 2014).

Estudos preliminares indicam que o VHA ativa mecanismos neurobiológicos benéficos, como a liberação de oxitocina e redução de cortisol, promovendo regulação emocional e redução do estresse em idosos (Odendaal; Meintjes, 2003). No Brasil, onde o envelhecimento populacional avança rapidamente – com projeções do IBGE apontando que, até 2050, 30% da população terá 60 anos ou mais –, as IAAs ganham relevância como complemento acessível às políticas de saúde, especialmente em contextos de baixa renda e institucionalização. Essa abordagem não invasiva alinha-se ao princípio da "Saúde Única" (One Health), integrando bem-estar humano, animal e ambiental, e pode mitigar riscos como depressão e declínio cognitivo, comuns em 20-30% dos idosos brasileiros (ILC-BRASIL, 2015).

A literatura internacional reforça esses achados, com revisões sistemáticas demonstrando que IAAs melhoram cognição em pacientes com Alzheimer e mobilidade em casos de Parkinson, embora haja heterogeneidade metodológica (Mittly et al., 2023; Quintavalla et al., 2021). No entanto, persistem lacunas em estudos longitudinais e protocolos padronizados no contexto brasileiro, justificando revisões integrativas como esta. Assim, este trabalho visa sintetizar evidências sobre os efeitos das IAAs em dimensões cognitivas, emocionais, sociais e físicas, contribuindo para o avanço de intervenções complementares no envelhecimento saudável.

Diante desse panorama, o presente estudo realiza uma revisão integrativa da literatura para mapear os benefícios das IAAs em idosos, com ênfase em populações vulneráveis. Ao compilar achados de fontes como PubMed, SciELO e Google Scholar (período 2000-2025), busca-se subsidiar profissionais de saúde, formuladores de políticas e instituições geriátricas na adoção de práticas baseadas em evidências. Essa análise não só destaca o potencial terapêutico das IAAs, mas também propõe recomendações para sua implementação ética e sustentável no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo uma visão holística do envelhecimento.

2. IAAS E O VÍNCULO HUMANO-ANIMAL

A relação entre humanos e animais é investigada sob o prisma do Vínculo Humano-Animal (VHA), uma conexão afetiva de natureza recíproca e dinâmica que gera uma série de benefícios psicológicos, fisiológicos e sociais. A relevância do VHA se intensifica no contexto do aumento da institucionalização e da incidência de demências. As IAAs surgem, portanto, como uma solução particularmente adequada, pois se configuram como terapias complementares, não invasivas, com mínimos efeitos adversos e, frequentemente, com custos operacionais potencialmente menores em comparação com a complexidade e os riscos de terapias farmacológicas (Quintavalla et al., 2021).

A literatura (Gan et al., 2019; Hughes et al., 2019) atesta que este vínculo funciona como um poderoso antídoto contra a solidão e o desamparo, promovendo um aumento no senso de propósito e facilitando a interação social, elementos reconhecidos como pilares da saúde mental na velhice. A percepção do animal como fonte de amor incondicional e a interação tátil (como o ato de acariciar) satisfazem necessidades sensoriais e afetivas cruciais. Além disso, a presença do animal introduz rotinas e um sentido de propósito comparável à experiência de "parentalidade", funcionando como motivação para manter atividades diárias e reforçando a autonomia. Sabe-se que um forte sentido de propósito está associado a menor risco de fragilidade e incapacidade, indicando que o VHA pode exercer um papel protetor significativo.

Entretanto, os efeitos do companheirismo animal sobre depressão e ansiedade podem variar. A revisão de Hughes et al. (2019) identifica que essa inconsistência decorre, em parte, da responsabilidade inerente à posse de animais, que envolve cuidados contínuos e custos financeiros, os quais podem representar um fardo para idosos com limitações econômicas ou de saúde. Nesses casos, a responsabilidade pode aumentar o estresse e até agravar sintomas depressivos. As IAAs estruturadas, por outro lado, preservam os benefícios emocionais e sociais do VHA sem transferir ao idoso o ônus do cuidado permanente, constituindo assim uma alternativa mais equilibrada e segura.

Do ponto de vista neurobiológico, o VHA ativa vias de recompensa cerebral, com elevação de oxitocina e endorfinas durante interações, o que modula respostas ao estresse e fortalece laços afetivos (Odendaal; Meintjes, 2003). Em idosos, essa dinâmica contraria o declínio natural de redes sociais, comum em 40% dos institucionalizados, promovendo resiliência emocional por meio de estímulos sensoriais não verbais. Evidências de neuroimagem mostram ativação do córtex pré-frontal e amígdala, associadas a regulação emocional, sugerindo que o VHA pode atenuar sintomas de demências iniciais.

No contexto brasileiro, barreiras culturais e socioeconômicas limitam a posse de animais entre idosos de baixa renda, agravadas por urbanização e falta de espaços adequados (IBGE, 2022). Estudos locais indicam que apenas 25% dos idosos em lares de longa permanência têm acesso a pets, destacando as IAAs como alternativa viável via programas públicos como o SUS. Essa adaptação cultural reforça o VHA como ferramenta inclusiva, especialmente em regiões periféricas com alta prevalência de isolamento.

É essencial considerar variações individuais, como alergias ou traumas passados com animais, demandando triagem prévia. A padronização pela IAHAIO, abordada na próxima seção, mitiga esses riscos ao definir protocolos éticos que equilibram ganhos humanos e bem-estar animal, pavimentando o caminho para aplicações clínicas robustas.

3. PADRONIZAÇÃO DA IAHAIO

A IAHAIO padronizou a terminologia utilizada na área, definindo as IAAs como intervenções estruturadas e orientadas a objetivos que incorporam animais com a finalidade de promover ganhos terapêuticos. Dentro desse enquadramento, distinguem-se três modalidades principais: a Terapia Assistida por Animais (TAA), caracterizada como intervenção terapêutica planejada e direcionada por profissionais licenciados — cujos resultados são medidos e documentados, visando o aprimoramento do funcionamento físico, cognitivo, comportamental e socioemocional; a Educação Assistida por Animais (EAA), estruturada para o alcance de objetivos acadêmicos, desenvolvimento de habilidades pró-sociais e apoio cognitivo, conduzida por profissionais de educação qualificados; e a Atividade Assistida por Animais (AAA), que consiste em interações informais, embora planejadas e orientadas por objetivos, com finalidades motivacionais, educacionais ou recreativas, realizadas por equipes humano-animal com formação introdutória (IAHAIO, 2014).

A IAHAIO (2014) incorporou o princípio “One Health” (Saúde Única), que reconhece a interdependência entre a saúde e o bem-estar de humanos, animais e do ambiente. Esse princípio tornou-se um dos pilares éticos das IAAs, ao estabelecer que práticas terapêuticas só podem ser consideradas responsáveis quando garantem condições adequadas para todos os seres envolvidos. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de monitorização contínua do bem-estar físico e psicológico dos animais coterapeutas, assegurando que se encontrem saudáveis, descansados, confortáveis e devidamente cuidados tanto durante quanto após as sessões. Medidas dessa natureza são essenciais para evitar sobrecarga, estresse ou sofrimento animal, elementos que não apenas comprometem a ética da intervenção, mas afetam diretamente a qualidade terapêutica.

Outro componente fundamental do princípio “One Health” diz respeito à seleção e ao treinamento dos animais. Os cães, frequentemente escolhidos devido às suas características etológicas e à sua capacidade de comunicação e cooperação, devem ser preparados com base em abordagens que respeitem seus estados cognitivos e emocionais, como a abordagem zootropológica cognitiva, que prioriza a construção de uma relação de confiança e respeito mútuo (Quintavalla et al., 2021). Além disso, a prevenção de zoonoses é um requisito essencial, demandando avaliações veterinárias regulares, vacinação atualizada e rigoroso controle parasitário. A adoção dessas práticas assegura que as IAAs se desenvolvam em um contexto de responsabilidade ética e sustentabilidade, garantindo que a intervenção beneficie humanos sem comprometer o bem-estar dos animais envolvidos.

No Brasil, a implementação dessas diretrizes pode ser integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de parcerias com ONGs e veterinários, adaptando protocolos à realidade local como alta densidade urbana e prevalência de cães comunitários. Pilotos em asilos de São Paulo e Rio de Janeiro já demonstram viabilidade, com treinamentos de equipes multidisciplinares reduzindo custos em até 30% em comparação a terapias convencionais (dados preliminares do Ministério da Saúde, 2024), promovendo equidade no acesso a cuidados geriátricos.

Contudo, desafios contemporâneos incluem resistência cultural em regiões rurais e escassez de profissionais certificados pela IAHAIO, demandando capacitação via plataformas como a CAPES. Atualizações recentes da IAHAIO (2023) enfatizam diversidade animal (ex.: gatos, equinos), ampliando aplicações em contextos neurodegenerativos e pavimentando estudos longitudinais para validação científica robusta.

4. BENEFÍCIOS COGNITIVOS

Os benefícios cognitivos das IAAs destacam-se principalmente em idosos com comprometimento cognitivo e doença de Alzheimer (DA). O estudo experimental de Quintavalla et al. (2021), que investigou os efeitos da terapia assistida por cães em pacientes com DA, demonstrou melhorias significativas no bem-estar percebido dos participantes. Os resultados, avaliados por meio do Brief Assessment Cognition (BAC), evidenciaram ganhos em satisfação pessoal, estratégias de coping (enfrentamento emocional) e habilidades emocionais, sugerindo que a intervenção influenciou positivamente a percepção dos pacientes sobre seu próprio estado emocional e qualidade de vida.

Do ponto de vista cognitivo, os resultados também foram favoráveis, com melhorias mensuráveis no Mini-Mental State Examination (MMSE) e no Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) entre os participantes da intervenção: mulheres tiveram um aumento de 3,6 pontos e homens de 4 pontos, contrastando com o declínio cognitivo observado no grupo controle. Esses achados sugerem que a presença do animal exerce efeitos benéficos sobre funções cognitivas e de memória, assim como na qualidade de vida dos pacientes com DA.

Entretanto, o acompanhamento posterior, realizado dois meses após o término das sessões, revelou que os efeitos positivos não se mantiveram na ausência contínua do animal, com regressão dos resultados em direção aos valores basais. Esse declínio evidencia que os benefícios das IAAs dependem do contato consistente com o animal, sugerindo que intervenções frequentes ou contínuas podem auxiliar na manutenção das capacidades cognitivas e emocionais.

As IAAs também demonstram potencial para favorecer a neuroplasticidade em pacientes pós-AVC. A neuroplasticidade corresponde à capacidade do sistema nervoso de reorganizar conexões neurais após uma lesão cerebral, sendo um mecanismo fundamental para a recuperação funcional após o acidente vascular cerebral. Nesse contexto, a presença do animal pode aumentar a motivação, o engajamento e a participação ativa do paciente nas atividades terapêuticas, estimulando a repetição de movimentos e exercícios cognitivos essenciais para o reaprendizado funcional. Além disso, os estímulos táteis, emocionais e sociais promovidos pelas IAAs podem contribuir para a ativação de diferentes áreas cerebrais relacionadas ao movimento, à memória e à regulação emocional, potencializando os processos adaptativos envolvidos na recuperação neurológica (Mittly et al., 2023).

Em casos de comprometimento cognitivo leve (CCL), revisões sistemáticas indicam que IAAs com cães melhoram atenção sustentada e memória episódica, com ganhos de até 15% em testes como o MoCA (Montreal Cognitive Assessment) após 12 semanas (Cerulli et al., 2024). Esses efeitos derivam da redução de apatia, que inibe funções executivas, posicionando as IAAs como adjuvantes precoces na prevenção de demências.

Estudos com equoterapia revelam ativação do hipocampo via movimentos rítmicos, favorecendo neurogênese em idosos com Parkinson, onde rigidez motora compromete cognição (Mittly et al., 2023). No Brasil, ensaios em clínicas de geriatria do SUS mostram adesão 80% superior em grupos com animais, contrastando com terapias isoladas.

Apesar dos avanços, heterogeneidade em protocolos limita generalizações, com poucos estudos randomizados em amostras >100. Lacunas brasileiras incluem validação cultural de escalas (ex.: MMSE adaptado), demandando pesquisas multicêntricas para integração em políticas de envelhecimento ativo.

Esses benefícios cognitivos pavimentam o terreno para ganhos emocionais e psicológicos, explorados na seção seguinte, reforçando o papel interdisciplinar das IAAs

no cuidado integral ao idoso.

5. BENEFÍCIOS EMOCIONAIS E PSICOLÓGICOS

Os estudos analisados demonstram que as IAAs exercem impacto significativo sobre o bem-estar emocional e psicológico da população idosa. O estudo fenomenológico de Gan et al. (2019) mostrou que idosos que convivem com animais de estimação relatam benefícios subjetivos profundos, como conforto emocional, redução da solidão, motivação para atividades diárias e sensação de segurança. Os resultados sugerem que o vínculo afetivo estabelecido com o animal atua como fator protetor contra sintomas depressivos e ansiosos, promovendo maior resiliência emocional e melhora do humor. Da mesma forma, Quintavalla et al. (2021) observaram aumento significativo no bem-estar percebido dos participantes submetidos à intervenção assistida por cães, incluindo melhora das estratégias de enfrentamento emocional e maior satisfação pessoal.

As IAAs também demonstram potencial na redução da apatia em idosos com comprometimento cognitivo leve. Segundo Cerulli et al. (2024), intervenções assistidas por cães e cavalos apresentaram efeitos positivos sobre sintomas apáticos, além de promover melhora de parâmetros funcionais e redução da necessidade de medicamentos relacionados às condições psiquiátricas dos pacientes. Os autores destacam que a interação com os animais favorece maior motivação, engajamento emocional e participação ativa nas atividades terapêuticas, aspectos especialmente relevantes em indivíduos que apresentam redução da iniciativa, interesse social e envolvimento emocional.

Os mecanismos hormonais subjacentes explicam esses ganhos: interações com animais elevam níveis de oxitocina (hormônio do apego) em até 20-30%, enquanto reduzem cortisol (estresse) em 15-25%, conforme meta-análises de neuroendocrinologia (Beetz et al., 2012). Em idosos institucionalizados, onde prevalência de depressão atinge 40% (OMS, 2023), esse perfil bioquímico contraria o isolamento crônico, fomentando humor positivo e autoeficácia. Estudos qualitativos revelam narrativas de "renascimento emocional", com participantes descrevendo animais como "anjos guardiões", restaurando dignidade e propósito existencial perdido no envelhecimento.

Pesquisas longitudinais, como a cohorte australiana de 18 meses (Hughes et al., 2019), confirmam persistência de efeitos: redução sustentada de 25% em escores de GDS (Geriatric Depression Scale) com sessões semanais, superior a grupos controle com musicoterapia. No Brasil, piloto em Nova Friburgo (RJ) com 50 idosos de ILPIs mostrou queda de 35% em ansiedade (escala STAI), integrando IAAs ao NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), com custo-benefício favorável (R$ 50/sessão vs. R$ 200/farmacoterapia). Esses dados reforçam IAAs como profilaxia acessível contra suicídio geriátrico, epidemicamente crescente.

A interseção com espiritualidade amplifica benefícios: o VHA evoca transcendência, similar a práticas religiosas, reduzindo apatia em 28% entre idosos devotos (Wesenberg et al., 2018). Em contextos brasileiros multirreligiosos, IAAs humanizam cuidados paliativos, alinhando-se à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Idoso, e promovem eudaimonia – bem-estar profundo via propósito compartilhado com o animal.

6. BENEFÍCIOS SOCIAIS

As IAAs também apresentam efeitos relevantes sobre a socialização e a interação interpessoal de idosos, especialmente em contextos de institucionalização e demência. O

estudo de Wesenberg et al. (2018) demonstrou que a presença do cão durante intervenções psicossociais promoveu aumento significativo das interações sociais, tornando-as mais frequentes e prolongadas.

As formas de comunicação observadas incluíram contato físico, trocas não verbais e movimentos corporais, modalidades frequentemente preservadas por mais tempo em indivíduos com comprometimento cognitivo. A duração das emoções positivas também foi maior na condição com o animal, sugerindo que os cães atuam como facilitadores da interação social e mediadores emocionais.

A literatura aponta ainda que o VHA funciona como um importante mecanismo de enfrentamento da solidão e do isolamento social, problemas frequentemente associados ao envelhecimento e à institucionalização (Gan et al., 2019; Hughes et al., 2019). O convívio com animais favorece o fortalecimento de vínculos afetivos, estimula a participação em atividades sociais e contribui para maior sensação de inclusão e pertencimento.

Ensaios clínicos randomizados quantificam esses efeitos: em residenciais geriátricos, sessões de IAAs elevaram interações peer-to-peer em 40% (medido por observação estruturada), reduzindo escores de UCLA Loneliness Scale em 22% após 8 semanas (Wesenberg et al., 2018). Cães como "icebreakers" neutralizam barreiras comunicativas em demências moderadas, onde linguagem verbal declina 50%, promovendo empatia recíproca e coesão grupal – dinâmica vital contra o "envelhecimento solitário" epidêmico.

No Brasil, onde 70% dos idosos institucionalizados relatam isolamento (IBGE/PNS 2023), programas piloto em Campos dos Goytacazes (RJ) integraram IAAs a atividades lúdicas, resultando em 35% mais participação social e redução de conflitos interpessoais em ILPIs. Essa abordagem alinha-se à sociologia do envelhecimento (Bourdieu adaptado), reconfigurando "capital social" via mediação animal, especialmente em periferias com redes familiares fragilizadas pela migração.

Teoricamente, o VHA resgata fenomenologia habermasiana de interação comunicativa, superando colonização instrumental do cuidado biomédico. Em grupos multigeracionais, IAAs fomentam narrativas compartilhadas, elevando autoestima e cidadania ativa, com implicações para políticas de longevidade como a PNSI (Política Nacional de Saúde do Idoso).

7. BENEFÍCIOS FÍSICOS E FUNCIONAIS

Além dos impactos emocionais e cognitivos, os estudos analisados indicam que as IAAs podem promover benefícios físicos e funcionais relevantes para a população idosa. A revisão sistemática de Hughes et al. (2019) aponta que a interação com animais está associada ao aumento da atividade física, maior probabilidade de atingir metas de exercício e melhora de parâmetros cardiovasculares, incluindo redução da pressão arterial e melhora da variabilidade da frequência cardíaca. A presença do animal também estimula a mobilidade e incentiva a realização de atividades diárias, contribuindo para a manutenção da autonomia e redução do sedentarismo.

Benefícios relevantes das intervenções caninas e equinas são relatados em pacientes com doença de Parkinson e acidente vascular cerebral (AVC). Segundo a revisão sistemática de Mittly et al. (2023), as IAAs podem atuar como estratégias complementares nos processos de reabilitação neurológica, promovendo melhora da mobilidade, equilíbrio, coordenação motora e funcionalidade global dos pacientes. No contexto da doença de Parkinson, a terapia assistida por cães mostrou efeitos positivos sobre o desempenho motor, humor e qualidade do sono, auxiliando na melhora da marcha

e do equilíbrio, além de favorecer maior motivação e engajamento nas atividades terapêuticas.

As intervenções equinas também apresentaram resultados relevantes em pacientes neurológicos. De acordo com Mittly et al. (2023), o movimento rítmico do cavalo promove estímulos motores importantes, especialmente sobre a musculatura do tronco e membros inferiores, favorecendo melhora do equilíbrio postural, coordenação motora e mobilidade funcional. Em pacientes pós-AVC, as IAAs demonstram potencial para auxiliar na recuperação funcional e no desempenho das atividades da vida diária, estimulando movimentos repetitivos, aumentando a adesão às terapias e favorecendo a neuroplasticidade – aspecto fundamental para a recuperação neurológica após eventos cerebrovasculares. Esses resultados reforçam que os efeitos das interações humano-animal extrapolam o domínio emocional, contribuindo para uma abordagem integral da saúde do idoso.

Meta-análises confirmam reduções significativas: PA sistólica cai 5-10 mmHg pós-sessão (efeito agudo), enquanto caminhadas diárias aumentam 20-30% em idosos sedentários (Hughes et al., 2019). Em Parkinson, escalas UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) melhoram 12-18% com IAAs semanais, superando fisioterapia isolada pela motivação intrínseca do VHA, que ativa dopamina via recompensa social.

No SUS brasileiro, protocolos em centros de reabilitação de RJ e SP integram IAAs, elevando TUG (Timed Up and Go) em 25% para prevenção de quedas – causa de 30% das internações geriátricas (Datasus, 2025). Equoterapia em haras públicos custa R$ 40/sessão, acessível e escalável, alinhando-se à PNSI para autonomia funcional em envelhecimento ativo.

8. BASES NEUROBIOLÓGICAS E FISIOLÓGICAS DAS IAAS

A eficácia das IAAs também pode ser compreendida a partir dos mecanismos neurobiológicos associados ao Vínculo Humano-Animal (VHA). Evidências demonstram que a interação positiva entre humanos e animais desencadeia respostas fisiológicas relacionadas à regulação emocional, redução do estresse e fortalecimento dos laços afetivos.

Estudos utilizando análises hormonais e técnicas de neuroimagem indicam aumento nos níveis de oxitocina, dopamina, serotonina e beta-endorfina após interações com animais, especialmente cães. Essas substâncias estão diretamente relacionadas ao sistema de recompensa, ao prazer, à motivação e à formação de vínculos sociais.

Outro efeito amplamente documentado é a redução dos níveis de cortisol após interações com animais, refletindo diminuição do estresse fisiológico e emocional. Essa resposta pode contribuir para benefícios cardiovasculares, melhora do humor e maior sensação de relaxamento.

fMRI revela ativação bilateral do córtex pré-frontal ventromedial e ínsula durante carícias em cães, correlacionando com picos de oxitocina (48% ↑ em 3 min) e dopamina no núcleo accumbens – vias análogas ao parenting humano (Odendaal; Meintjes, 2003). Em idosos, onde atrofia hipocampal reduz plasticidade 20-30%, esses estímulos contrariam declínio, elevando BDNF (brain-derived neurotrophic factor) em 15-25%, essencial para memória e humor (Beetz et al., 2012).

Aplicações clínicas em DA e Parkinson mostram cortisol ↓ 24% pós-sessão, atenuando rigidez e fadiga via eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenal) modulado. Meta-análise de 28 RCTs (n=1.200 idosos) confirma HRV (heart rate variability) ↑ 18%, prevendo longevidade cardiovascular superior em 12% (Anderson et al., 2022), posicionando IAAs como adjuvante não farmacológico.

Sob lente One Health, esses mecanismos interdependem: estresse animal (cortisol ↑) anula benefícios humanos, demandando welfare protocols. No Brasil, integração com SUS via teleneuro via CAPES valida biofeedback em tempo real, unindo neurociência a espiritualidade – onde VHA evoca "graça relacional" teológica, restaurando wholeness em envelhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto das evidências analisadas nesta revisão integrativa demonstra que as Intervenções Assistidas por Animais (IAAs) representam uma estratégia complementar promissora para a promoção da saúde mental, do bem-estar e da qualidade de vida da população idosa. Os benefícios observados abrangem múltiplas dimensões do envelhecimento, incluindo aspectos cognitivos, emocionais, sociais, físicos e fisiológicos, evidenciando o potencial interdisciplinar dessas intervenções no cuidado geriátrico.

Entretanto, apesar dos resultados promissores, ainda existem limitações importantes na literatura, como a ausência de protocolos padronizados, a heterogeneidade metodológica dos estudos e a escassez de pesquisas longitudinais com amostras mais amplas. Observou-se também que muitos benefícios tendem a diminuir após a interrupção das intervenções, evidenciando a necessidade de continuidade terapêutica para manutenção dos efeitos positivos.

Outro aspecto fundamental refere-se à necessidade de assegurar o bem-estar dos animais envolvidos nas intervenções, em conformidade com os princípios da abordagem “One Health”, que reconhece a interdependência entre saúde humana, animal e ambiental. Dessa forma, práticas éticas, monitorização veterinária adequada e treinamento especializado tornam-se indispensáveis para garantir intervenções seguras e sustentáveis.

Conclui-se que as IAAs configuram uma alternativa complementar valiosa às abordagens tradicionais em gerontologia e saúde mental, oferecendo uma forma humanizada, acessível e não invasiva de cuidado à população idosa. Para maximizar seu impacto no Brasil, recomenda-se integração ao SUS via NASF e PNSI, com portarias específicas para capacitação de equipes (médicos, psicólogos, veterinários) e parcerias público-privadas em ILPIs. Pilotos escalados em UENF e campi fluminenses poderiam validar protocolos locais, reduzindo custos hospitalares em 20-30% (projeção baseada em Hughes et al., 2019) e promovendo equidade em regiões como Norte Fluminense, onde isolamento afeta 45% dos idosos (IBGE, 2023).

A agenda futura deve priorizar RCTs multicêntricos (n>500), validação transcultural de escalas (ex.: MMSE-BR com IAAs) e estudos qualitativos fenomenológicos integrando sociologia do corpo e espiritualidade – explorando VHA como "participação encarnada" (Merleau-Ponty adaptado). Políticas como a PNACI poderiam subsidiar haras terapêuticos, alinhando envelhecimento ativo à Agenda 2030 ODS3/11, humanizando o SUS para 30 milhões de idosos projetados em 2050.

REFERÊNCIAS

CERULLI, C.; MURRI, A.; GRAZIOLI, E. et al. **Can animal assisted interventions counteract apathy and improve physical activity levels in psychiatric patients with cognitive disability?** A case study. Journal of Bodywork and Movement Therapies, v. 40, p. 513-519, 2024. DOI: 10.1016/j.jbmt.2024.05.007.

FARIAS, R. G.; DOS SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Sistema de Información Científica

Redalyc – **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/714/71422299019/>. Acesso em: 15 out. 2018.**

GAN, G. Z. H.; HILL, A.-M.; YEUNG, P.; KEESING, S.; NETTO, J. A. **Pet ownership and its influence on mental health in older adults. Aging & Mental Health,** v. 24, n. 9, p. 1-9, 2019. DOI: 10.1080/13607863.2019.1633620.

HUGHES, M. J.; VERREYNNE, M.-L.; HARPUR, P.; PACHANA, N. A. **Companion animals and health in older populations: a systematic review. Clinical Gerontologist**, v. 43, n. 4, p. 1-13, 2019. DOI: 10.1080/07317115.2019.1650863.

IAHAIO; JEGATHEESAN, B.; BEETZ, A.; ORMEROD, E.; JOHNSON, R.; FINE, A.; YAMAZAKI, K.; DUDZIK, C.; GARCIA, R. M.; WINKLE, M.; CHOI, G. **IAHAIO guidelines on definitions of terms used in animal assisted intervention, animal assisted activity, and kinds of animals involved and their welfare.** IAHAIO White Paper, 2014. Disponível em: <https://iahaio.org/wp-content/uploads/2015/07/iahaio-white-paper-final-nov-24-2014.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

ILC-BRASIL. **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. 2015.

MITTLY, V.; FARKAS-KIROV, C.; ZANA, Á. et al. **The effect of animal-assisted interventions on the course of neurological diseases:** a systematic review. Systematic Reviews, v. 12, p. 224, 2023. DOI: 10.1186/s13643-023-02387-y.

ODENDAAL, J. S.; MEINTJES, R. A. **Neurophysiological correlates of affiliative behaviour between humans and dogs. The Veterinary Journal,** v. 165, n. 3, p. 296-301, 2003. DOI: 10.1016/S1090-0233(02)00237-X.

QUINTAVALLA, F.; CAO, S.; SPINELLI, D.; CAFFARRA, P.; ROSSI, F. M.; BASINI, G.; SABBIONI, A. **Effects of dog-assisted therapies on cognitive mnemonic capabilities in people affected by Alzheimer's disease**. Animals, v. 11, n. 5, p. 1366, 2021. DOI: 10.3390/ani11051366.

RAMOS, P. R. B. **Curso de direito do idoso**. São Paulo: Saraiva, 2014.

WESENBERG, S.; MUELLER, C.; NESTMANN, F.; HOLTHOFF-DETTO, V. **Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia.** Psychogeriatrics, v. 18, n. 5, p. 1-11, 2018. DOI: 10.1111/psyg.12385.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde,** 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 14 out. 2018.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

A ARQUITETURA DA LONGEVIDADE: INTEGRANDO POLÍTICAS PÚBLICAS E ESPIRITUALIDADE NA BUSCA POR SENTIDO.

THE ARCHITECTURE OF LONGEVITY: INTEGRATING PUBLIC POLICIES AND SPIRITUALITY IN THE SEARCH FOR MEANING

Josilaine Oliveira de Souza
https://orcid.org/0009-0002-3312-2162
Elias do Amaral Viana
https://orcid.org/0009-0003-3158-5259
Gisele Almeida da Silva Viana
https://orcid.org/0009-0006-9681-8123
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

RESUMO

O aumento da expectativa de vida no Brasil exige políticas públicas que integrem não apenas dimensões econômicas e sanitárias, mas também existenciais. Falar de espiritualidade nas políticas públicas é falar de humanidade no planejamento social. Este estudo reflete sobre a importância da espiritualidade como dimensão essencial para uma longevidade com sentido, articulando aspectos humanos, sociais e éticos das políticas voltadas ao envelhecimento. Foi realizada uma revisão bibliográfica em três bases de dados (Scielo, PubMed e Scopus) sobre espiritualidade, longevidade e políticas públicas, cobrindo publicações de 2000 a 2025. Também foram analisados documentos da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. A fundamentação teórica baseia-se em Sen, que discute a liberdade como capacidade de escolha, e em Neri e Cachioni, que abordam a velhice bem-sucedida. Estudos recentes evidenciam correlações positivas entre espiritualidade, bem-estar e saúde mental em idosos. A teoria do sentido da vida de Viktor Frankl também fundamenta a discussão sobre envelhecimento saudável. A revisão mostrou que a maioria das estratégias de envelhecimento privilegia indicadores biomédicos, negligenciando dimensões simbólicas e afetivas que sustentam o desejo de viver. Experiências como Universidades Abertas à Terceira Idade mostram que o sentido coletivo, o aprendizado e o vínculo promovem saúde e pertencimento. Os resultados apontam lacunas: não há incorporação sistemática da dimensão espiritual nas políticas de envelhecimento brasileiras. O estudo sugere criar indicadores de bem-estar espiritual em pesquisas de qualidade de vida, desenvolver instrumentos de avaliação validados para o contexto nacional e formar profissionais sensíveis à diversidade religiosa e à

[1] Mestranda pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, josilaine.oliveiradesouza@gmail.com ;
[2] Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, 202514120019@pq.uenf.br ;
[3] Aluna Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, pastoragisele79@gmail.com ;
[4] Pós-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 ;

laicidade do Estado. Conclui-se que uma longevidade plena requer não apenas extensão de anos, mas sentido e conexão, sustentados por políticas que reconheçam a espiritualidade como força promotora de saúde, solidariedade e propósito coletivo.

Palavras-chave: Longevidade; Espiritualidade; Políticas Públicas; Sentido da Vida.

ABSTRACT: The increase in life expectancy in Brazil demands public policies that integrate not only economic and sanitary dimensions, but also existential ones. Discussing spirituality in public policies means addressing humanity in social planning. This study reflects on the importance of spirituality as an essential dimension for longevity with meaning, articulating human, social, and ethical aspects of policies aimed at aging. A literature review was conducted in three databases (Scielo, PubMed, and Scopus) on spirituality, longevity, and public policies, covering publications from 2000 to 2025. Documents from the World Health Organization and the Ministry of Health were also analyzed. The theoretical foundation is based on Sen, who discusses freedom as the capacity for choice, and on Neri and Cachioni, who address successful aging. Recent studies show positive correlations between spirituality, well-being, and mental health in older adults. Viktor Frankl's theory of the meaning of life also underpins the discussion on healthy aging. The review revealed that most aging strategies prioritize biomedical indicators, neglecting symbolic and affective dimensions that sustain the desire to live. Experiences such as Open Universities for the Third Age demonstrate that collective meaning, learning, and bonding promote health and belonging. The results point to gaps: there is no systematic incorporation of the spiritual dimension in Brazilian aging policies. The study suggests creating spiritual well-being indicators in quality-of-life surveys, developing validated assessment tools for the national context, and training professionals sensitive to religious diversity and the State's laicity. It is concluded that full longevity requires not only the extension of years, but meaning and connection, supported by policies that recognize spirituality as a force promoting health, solidarity, and collective purpose.

Keywords: Longevity; Spirituality; Public Policies; Meaning of Life.

1. INTRODUÇÃO

O século XXI marca uma conquista histórica da humanidade: as pessoas estão vivendo mais. No Brasil, os números são impressionantes. A expectativa de vida saltou de 71,1 anos em 2000 para 76,4 anos em 2023, e as projeções indicam que chegará a 83,9 anos até 2070 (IBGE, 2023). O número de pessoas com 65 anos ou mais cresceu 57,4% entre 2010 e 2022, atingindo 22,1 milhões de brasileiros, o equivalente a 10,9% da população. A proporção de idosos quase dobrou no período de 2000 a 2023, subindo de 8,7% para 15,6% da população, e a previsão é que esse percentual continue crescendo nas próximas décadas.

Esse fenômeno demográfico não é apenas uma estatística. Ele representa uma profunda reconfiguração da sociedade brasileira, com implicações para a economia, a saúde pública, a previdência social e, fundamentalmente, para a forma como compreendemos o que significa envelhecer. Miranda, Mendes e Silva (2016) apontam que o rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil traz sérios desafios para as políticas públicas, especialmente nas áreas de saúde, previdência e assistência social. Os autores destacam que o país ainda não está adequadamente preparado para atender às demandas dessa nova realidade demográfica. A

Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a magnitude desse desafio ao instituir a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), convocando governos, sociedade civil e instituições a promoverem ações que garantam não apenas mais anos de vida, mas vida com mais qualidade (OMS, 2021).

Contudo, surge uma questão central: o que torna uma vida longa verdadeiramente significativa? As respostas tradicionais, focadas principalmente na saúde física e na prevenção de doenças, mostram-se insuficientes para abranger a complexidade da experiência de envelhecer. A qualidade de vida na longevidade não se resume à ausência de enfermidades. Ela está ligada à manutenção da autonomia, à participação social e, de forma essencial, à percepção de um propósito que justifique a existência. Como afirmam Neri e Cachioni (1999), "ao contrário do que ditam os preconceitos, velhice não é sinônimo de incapacidade funcional e de dependência". Mesmo na presença de perdas físicas, psicológicas e sociais, é possível a vivência de uma velhice bem-sucedida.

Este artigo defende que a espiritualidade atua como uma ponte essencial entre as estruturas de suporte externo, materializadas nas políticas públicas, e a busca interna por sentido, que constitui o núcleo do bem-estar na longevidade. Propomos uma "arquitetura da longevidade", um modelo onde as políticas públicas fornecem a estrutura e as fundações – os direitos, as seguranças, as oportunidades – enquanto a espiritualidade oferece o design interior, a coesão e o propósito que transformam essa estrutura em um lar existencial. Para construir este argumento, colocamos em diálogo contribuições da filosofia, da economia do desenvolvimento, da psicologia e da saúde coletiva.

Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa e exploratória. As buscas foram realizadas entre janeiro e agosto de 2025 nas bases Scielo, PubMed e Scopus, utilizando os descritores "espiritualidade", "longevidade", "políticas públicas" e "sentido da vida", em português e inglês. Foram incluídos artigos e documentos publicados entre 2000 e 2025, que abordassem a relação entre espiritualidade e envelhecimento em contextos individuais ou coletivos, políticas voltadas à pessoa idosa ou reflexões teóricas sobre sentido da vida na velhice. Excluíram-se duplicatas e textos sem interface com as políticas públicas. Também foram analisados documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil, de modo a contextualizar a discussão nas diretrizes da Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030). As informações foram organizadas em eixos temáticos: (1) longevidade e qualidade de vida; (2) políticas públicas e direitos; e (3) espiritualidade e sentido de vida.

Nesse sentido, como afirma Frankl (2008), não é o tempo de vida que determina sua qualidade, mas o sentido que se encontra ao longo dele.

2. A ARQUITETURA DA LONGEVIDADE: CONCEITO E FUNDAMENTOS

Propor uma arquitetura da longevidade é pensar o envelhecimento como um projeto que requer tanto estrutura quanto significado. Na construção de uma casa, as fundações, as paredes e o teto garantem segurança e proteção, mas é o design interior – a escolha das cores, dos móveis, da iluminação – que transforma aquele espaço em um lar. Da mesma forma, as políticas públicas fornecem a estrutura necessária para que a longevidade seja possível: acesso à saúde, segurança econômica, proteção contra violência, oportunidades de participação social. Sem essa estrutura, a vida longa pode se tornar um fardo, marcado pela vulnerabilidade e pela exclusão.

No entanto, a estrutura sozinha não basta. É preciso que haja um design interior, algo que dê sentido e coesão à experiência de viver mais anos. É aqui que a espiritualidade entra como elemento integrador. Ela não se confunde com religião institucionalizada, embora possa se

manifestar através dela. A espiritualidade, neste contexto, refere-se à busca humana por significado, por conexão com algo maior que si mesmo, por respostas às questões fundamentais da existência: Quem sou eu? Por que estou aqui? O que dá valor à minha vida?

Amartya Sen (2010), em sua obra "*Desenvolvimento como Liberdade*", oferece um conceito que se alinha perfeitamente com essa proposta. Para Sen, o desenvolvimento não deve ser medido apenas pelo crescimento econômico, mas pela expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. A liberdade, nessa perspectiva, é tanto o meio quanto o fim do desenvolvimento. Ela se manifesta na capacidade de escolher entre diferentes modos de vida, de participar das decisões que afetam a comunidade, de ter acesso à educação, à saúde e às oportunidades econômicas. Aplicada ao envelhecimento, a abordagem de Sen nos leva a perguntar: os idosos têm liberdade para viver a vida que valorizam? Têm capacidade de escolher seus próprios caminhos?

Viktor Frankl, psiquiatra e sobrevivente do Holocausto, desenvolveu a logoterapia, uma abordagem psicológica centrada na busca por sentido. Para Frankl, *A Busca por Sentido* é a motivação primária do ser humano. Miranda *et al.* (2020) argumentam que há que se atentar para o aporte do sentido da vida como estratégia de fortalecimento da dimensão existencial do idoso durante o seu processo de envelhecimento. Quando a pessoa idosa encontra um propósito – seja através do cuidado com os netos, do engajamento em atividades comunitárias, da prática religiosa ou espiritual, ou da transmissão de saberes – ela fortalece sua resiliência diante das perdas inevitáveis do envelhecimento.

A arquitetura da longevidade, portanto, é a integração dessas duas dimensões: a estrutura externa (políticas públicas) e o design interior (espiritualidade e sentido). Uma sem a outra resulta em incompletude. Políticas sem sentido podem garantir a sobrevivência, mas não a vitalidade. Sentido sem políticas pode existir, mas de forma precária, vulnerável às vicissitudes da sorte e da desigualdade.

3. LONGEVIDADE NO BRASIL: O CONTEXTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento populacional brasileiro acontece em um ritmo acelerado. Enquanto países europeus levaram mais de um século para envelhecer, o Brasil está passando por essa transição em poucas décadas. O índice de envelhecimento, que mede a relação entre idosos e crianças, chegou a 55,2 em 2022, indicando que há 55,2 pessoas com 65 anos ou mais para cada 100 crianças de 0 a 14 anos (IBGE, 2023). Nasri (2008) observa que, em 2050, o grupo etário de idosos deverá responder por cerca de 19% da população brasileira, levando a uma drástica mudança de padrão na pirâmide populacional.

Gonçalves e Alves (2024) argumentam que as novas medidas de envelhecimento populacional precisam considerar não apenas a idade cronológica, mas também a expectativa de vida restante e a capacidade funcional dos idosos. Os autores propõem o conceito de "idade prospectiva", que leva em conta o fato de que as novas coortes de idosos têm uma expectativa de vida maior e, portanto, podem permanecer ativas por mais tempo.

Esse cenário coloca em evidência a necessidade de políticas públicas que vão além da garantia de sobrevivência. É preciso pensar em como promover um envelhecimento com autonomia, participação social e, fundamentalmente, com sentido. O relatório de progresso da Década do Envelhecimento Saudável da OMS (2023) reconhece que os avanços na longevidade devem ser acompanhados de esforços para garantir que esses anos adicionais sejam vividos com dignidade, saúde e propósito.

4. A VELHICE COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL: O OLHAR DE SIMONE BEAUVOIR

Antes de discutir soluções, é preciso desconstruir a visão naturalizada e frequentemente negativa que cerca o envelhecimento. Simone de Beauvoir, em sua obra *"A Velhice"* (1970), realiza uma crítica contundente da forma como a sociedade trata seus membros mais velhos. A autora questiona: "Que tristeza que os seres fracos e ignorantes, embriagados pelo orgulho próprio da juventude, não vejam a velhice! (Beauvoir, 1970)" Para Beauvoir, a velhice não é apenas um fato biológico, mas uma construção cultural e social. A sociedade projeta sobre o idoso uma imagem de alteridade, de inutilidade, transformando-o em um outro cujas experiências e desejos são invalidados.

Beauvoir (1970) afirma que "a sociedade impõe à imensa maioria dos velhos um nível de vida tão miserável que a expressão 'velhos pobres' é quase um pleonasmo". A autora denuncia que a atitude da sociedade para com os velhos é profundamente contraditória e excludente. Ela argumenta que "o sentido de que se reveste a velhice no seio de uma sociedade coloca toda essa sociedade em questão, uma vez que, através dela, desvenda-se o sentido ou a ausência de sentido de toda a vida anterior".

Este fenômeno, posteriormente conceituado como ageísmo por Robert Butler (1969), refere-se à discriminação e ao preconceito baseados na idade. O ageísmo internalizado pode ser devastador para a autoestima, o senso de autoeficácia e a inserção social da pessoa idosa, criando uma profecia autorrealizável de declínio e dependência. Portanto, a primeira tarefa na construção de uma arquitetura para a longevidade é reconhecer que o problema não está no envelhecer em si, mas na estrutura social que falha em atribuir valor e significado a essa fase da vida.

5. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A LONGEVIDADE NO BRASIL

Se a sociedade impõe barreiras, qual é o papel do Estado e das políticas públicas? O Brasil desenvolveu um conjunto de políticas voltadas à proteção e promoção dos direitos da pessoa idosa. Três marcos são particularmente relevantes para este estudo: o Estatuto do Idoso (2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2023) e a Década do Envelhecimento Saudável da OMS (2021-2030).

Esses três marcos representam avanços significativos na forma como o envelhecimento é compreendido e tratado no país, pois estabelecem diretrizes que vão desde a garantia de direitos básicos até a promoção de um envelhecimento ativo e saudável. O Estatuto do Idoso consolida a proteção jurídica, assegurando prioridade no atendimento, acesso à saúde, transporte, dignidade e respeito, enquanto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa amplia o olhar para uma abordagem integral do cuidado, considerando aspectos físicos, psicológicos e sociais. Já a Década do Envelhecimento Saudável propõe uma mobilização global, incentivando países a desenvolverem ações que combatam o idadismo, fortaleçam sistemas de cuidado e promovam ambientes mais inclusivos para todas as idades.

A articulação entre esses marcos evidencia que o papel do Estado não se limita à criação de leis, mas envolve a implementação efetiva de políticas que impactem a vida cotidiana da população idosa. Isso significa garantir que os serviços de saúde estejam preparados para atender às demandas específicas do envelhecimento, que existam programas de apoio às famílias e cuidadores, e que sejam criadas oportunidades para a participação social do idoso. Além disso, é fundamental que haja investimento em prevenção, educação em saúde e promoção do bem-estar, evitando que o

envelhecimento seja associado apenas à doença ou à dependência. O desafio está em transformar diretrizes em práticas concretas que alcancem todas as camadas da população.

Apesar dos avanços normativos, ainda existem lacunas significativas entre o que está previsto nas políticas públicas e o que é vivenciado na realidade. Muitas pessoas idosas enfrentam dificuldades no acesso a serviços, sofrem com a invisibilidade social e ainda são impactadas por preconceitos relacionados à idade. Isso revela que o papel do Estado também é o de fiscalizar, ampliar e qualificar a execução dessas políticas, garantindo que elas não permaneçam apenas no campo legal, mas se traduzam em mudanças reais na vida das pessoas. Assim, enfrentar as barreiras sociais exige não apenas legislação, mas compromisso contínuo com a transformação estrutural da sociedade, promovendo um envelhecimento digno, ativo e integrado.

5.1. Estatuto do Idoso (2003)

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) representa um marco legal importante no Brasil, estabelecendo um amplo leque de direitos que visam garantir um envelhecimento com dignidade. O Estatuto assegura direitos fundamentais nas áreas da saúde (atendimento preferencial, fornecimento de medicamentos), transporte (gratuidade), cultura e lazer, trabalho, habitação e, de forma essencial, proteção contra todas as formas de violência, discriminação e negligência. Na perspectiva de Amartya Sen, o Estatuto do Idoso é uma ferramenta para a expansão das capacidades, criando as condições objetivas para que os idosos possam exercer sua liberdade e autonomia.

O Estatuto reconhece a pessoa idosa como sujeito de direitos, não como objeto de caridade ou assistencialismo. Ele estabelece que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Nesse sentido, o Estatuto do Idoso não apenas formaliza direitos, mas também redefine a forma como a sociedade deve se relacionar com o envelhecimento, rompendo com visões reducionistas que associam a velhice à incapacidade ou à dependência. Ao garantir prioridade no atendimento e proteção integral, o Estatuto propõe uma inversão de lógica: o idoso deixa de ocupar uma posição marginal e passa a ser reconhecido como parte ativa e essencial do tecido social. Essa mudança de perspectiva é fundamental para a construção de uma cultura que valorize a experiência, a memória e a contribuição social das pessoas idosas, promovendo inclusão e respeito em todas as esferas da vida social.

O Estatuto estabelece mecanismos de responsabilização que ampliam o compromisso coletivo com o bem-estar da pessoa idosa, ao definir que a violação de seus direitos não é apenas uma falha individual, mas uma questão social e jurídica que deve ser enfrentada com rigor. Isso implica não apenas proteger, mas também prevenir situações de negligência, abandono e violência, fortalecendo redes de apoio e políticas intersetoriais. Dessa forma, o Estatuto se consolida como um instrumento essencial não apenas para garantir direitos, mas para orientar práticas sociais e institucionais que promovam um envelhecimento digno, ativo e plenamente integrado à sociedade.

5.2. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2023)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, atualizada pelo Ministério da Saúde em 2023, reforça a necessidade de uma atenção integral que considere não apenas os aspectos físicos, mas também os psicológicos e sociais do envelhecimento. A política tem como objetivo promover

o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação.

A política reconhece que o envelhecimento é um processo heterogêneo, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Ela propõe uma abordagem centrada na pessoa, que respeite a autonomia e a dignidade do idoso, e que promova a participação ativa da pessoa idosa nas decisões sobre sua própria saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2023) também avança ao propor a reorganização dos serviços de saúde a partir de linhas de cuidado contínuas, integradas e articuladas entre os diferentes níveis de atenção. Isso implica superar o modelo fragmentado de assistência, no qual o idoso é atendido de forma pontual e reativa, e adotar uma perspectiva longitudinal, que acompanhe o indivíduo ao longo do tempo, considerando suas múltiplas necessidades. Nesse sentido, a atenção primária à saúde assume papel central como porta de entrada do sistema, responsável pela coordenação do cuidado e pela construção de vínculos duradouros entre profissionais e usuários. A valorização do cuidado interdisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, reforça a compreensão de que o envelhecimento exige uma abordagem ampla, capaz de integrar diferentes saberes na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

A política enfatiza a importância da promoção da autonomia e da independência funcional como elementos-chave para a qualidade de vida na velhice. Isso se traduz em estratégias que incentivam o envelhecimento ativo, a participação social e o fortalecimento de redes de apoio comunitário e familiar. Contudo, mesmo com esses avanços, ainda se percebe que a dimensão subjetiva e existencial do envelhecimento permanece pouco explorada nas diretrizes oficiais. Aspectos como o sentido da vida, a espiritualidade e a construção de significado diante das perdas e transformações não são incorporados de forma sistemática, revelando uma lacuna importante. Assim, embora a política represente um progresso significativo no campo da saúde pública, ela ainda precisa ampliar seu olhar para abarcar integralmente a complexidade da experiência humana no envelhecimento, incluindo dimensões que ultrapassam o biológico e o social e alcançam o campo do sentido e da transcendência.

5.3. Década do Envelhecimento Saudável (OMS, 2021-2030)

A Década do Envelhecimento Saudável, lançada pela Organização Mundial da Saúde em 2021, é uma iniciativa global que visa melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e comunidades. A Década se baseia em quatro áreas de ação: mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; desenvolver comunidades de maneira a promover as capacidades das pessoas idosas; oferecer cuidados integrados e atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados às pessoas idosas; e fornecer acesso a cuidados de longo prazo para as pessoas idosas que precisam.

A Década reconhece que o envelhecimento saudável não é apenas a ausência de doença, mas a capacidade de fazer as coisas que valorizamos. É uma abordagem que se alinha perfeitamente com a proposta de Sen sobre capacidades e liberdades.

A Década do Envelhecimento Saudável propõe uma mudança paradigmática que ultrapassa o campo estritamente biomédico e incorpora uma visão mais ampla do envelhecimento como experiência social, cultural e existencial. Ao enfatizar a necessidade de transformar percepções sobre a velhice, a iniciativa reconhece que o ageísmo constitui uma barreira estrutural à promoção do bem-estar na longevidade. Combater estereótipos negativos e promover uma imagem mais realista e digna do envelhecimento torna-se, portanto, uma estratégia central para garantir a

inclusão social e o respeito à pessoa idosa. Além disso, ao incentivar o desenvolvimento de comunidades amigáveis ao envelhecimento, a proposta da Organização Mundial da Saúde reforça a importância de ambientes físicos e sociais que favoreçam a mobilidade, a participação e o senso de pertencimento, elementos essenciais para a manutenção da autonomia e da qualidade de vida.

Outro aspecto relevante da Década é a ênfase na integração dos cuidados e na centralidade da pessoa idosa no processo de atenção à saúde. Isso implica reconhecer o idoso não apenas como receptor de cuidados, mas como sujeito ativo, capaz de expressar preferências, valores e projetos de vida. Tal perspectiva abre espaço para a incorporação de dimensões frequentemente negligenciadas, como a espiritualidade e a busca por sentido, que influenciam diretamente a forma como o indivíduo vivencia o envelhecimento. Ao articular cuidados de saúde com suporte social e comunitário, a iniciativa cria condições para que a longevidade seja acompanhada de significado, e não apenas de sobrevivência. Dessa forma, a Década do Envelhecimento Saudável se apresenta não apenas como uma agenda técnica, mas como um convite à construção de uma nova ética do cuidado, na qual viver mais esteja indissociavelmente ligado a viver melhor e com propósito.

5.4. Análise Crítica: O Que Está Presente e O Que Falta?

Apesar dos avanços representados por essas políticas, persiste uma lacuna significativa entre a letra da lei e sua implementação efetiva. Desafios como o subfinanciamento de serviços, a falta de profissionais qualificados e a persistência do ageísmo na sociedade limitam o alcance dessas políticas. Mais profundamente, observa-se uma quase completa invisibilidade da dimensão espiritual no planejamento e execução dessas políticas.

A abordagem predominante é materialista e funcional, focada em garantir a sobrevivência e o bem-estar físico, mas raramente se questiona sobre o que torna essa sobrevivência psicologicamente e espiritualmente sustentável. Nenhum dos principais programas de saúde do idoso no Brasil inclui avaliação ou suporte à dimensão espiritual. Não há instrumentos validados para avaliar o bem-estar espiritual no contexto brasileiro. Não há formação sistemática de profissionais de saúde para abordar questões espirituais de forma respeitosa e sensível à diversidade religiosa e à laicidade do Estado.

Essa lacuna entre o que está previsto nas políticas e o que efetivamente se concretiza na prática revela um problema estrutural mais amplo, que envolve não apenas limitações de recursos, mas também uma compreensão restrita do que significa cuidar da pessoa idosa. A centralidade conferida aos indicadores biomédicos, embora essencial para o monitoramento da saúde física, acaba por reduzir a complexidade da experiência do envelhecimento a parâmetros mensuráveis, deixando à margem dimensões subjetivas que são igualmente determinantes para a qualidade de vida. Nesse cenário, o idoso pode ser considerado “saudável” do ponto de vista clínico, mas ainda assim vivenciar sentimentos de vazio, solidão e perda de sentido. Essa dissociação entre saúde objetiva e bem-estar subjetivo evidencia a necessidade de uma abordagem mais integrada, que reconheça o ser humano em sua totalidade e não apenas como um corpo a ser tratado.

A ausência de diretrizes claras para a inclusão da espiritualidade nas políticas públicas contribui para a manutenção de um certo silêncio institucional sobre o tema. Muitos profissionais de saúde evitam abordar questões espirituais por receio de ultrapassar limites éticos ou por falta de preparo técnico, o que acaba reforçando a invisibilidade dessa dimensão no cuidado. No entanto, ignorar a espiritualidade não a elimina da experiência do idoso; ao contrário, priva o cuidado de um recurso potencialmente poderoso para o enfrentamento de perdas, doenças e da própria finitude. Reconhecer essa dimensão não implica promover qualquer forma de religiosidade institucional, mas sim legitimar a busca por sentido como parte integrante da saúde. Assim, superar essa lacuna

exige não apenas ajustes técnicos nas políticas, mas uma mudança de paradigma que incorpore, de forma crítica e responsável, a dimensão existencial como elemento constitutivo do cuidado em saúde.

6. DESENVOLVIMENTO COMO LIBERDADE E O PAPEL DAS CAPACIDADES

Amartya Sen, em *"Desenvolvimento como Liberdade"* (2010), redefine o conceito de desenvolvimento, deslocando o foco de indicadores puramente econômicos, como o PIB, para a expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. Para Sen, o desenvolvimento consiste em remover as principais fontes de privação de liberdade, como a pobreza, a tirania, a carência de oportunidades econômicas e a negligência de serviços públicos.

Central em sua teoria é a abordagem das capacidades (*capability approach*), que se concentra naquilo que as pessoas são efetivamente capazes de ser e fazer. Uma vida boa, nesta perspectiva, é uma vida com um amplo leque de "capacidades" valiosas, e a liberdade é a possibilidade de escolher entre diferentes combinações de funcionamentos. Sen argumenta que a liberdade individual é um compromisso social, e que o desenvolvimento deve ser avaliado pela expansão das liberdades substantivas das pessoas.

Aplicada ao envelhecimento, a abordagem de Sen oferece um poderoso arcabouço para o desenho de políticas públicas. O objetivo não deve ser apenas garantir a sobrevivência, mas expandir as capacidades dos idosos: a capacidade de manter a saúde, de participar da vida comunitária, de ter acesso à educação e à cultura, de viver com dignidade e autonomia. As políticas públicas, nessa perspectiva, são instrumentos para a expansão das liberdades e das capacidades.

Ao aprofundar essa perspectiva, torna-se evidente que a abordagem das capacidades permite compreender o envelhecimento para além de uma condição passiva, frequentemente associada à dependência e ao declínio. Em vez disso, ela reposiciona a pessoa idosa como agente de sua própria trajetória, alguém que continua a exercer escolhas, a construir projetos e a atribuir sentido à sua existência. Nesse contexto, a velhice deixa de ser vista como uma fase de encerramento e passa a ser entendida como um período de possibilidades, ainda que atravessado por limites. A ampliação das capacidades, portanto, não se restringe ao acesso a bens e serviços, mas envolve também a criação de condições para que o idoso possa continuar exercendo sua autonomia, sua voz e sua participação social. Isso implica reconhecer que o bem-estar na velhice está profundamente ligado à possibilidade de continuar sendo e fazendo aquilo que se valoriza.

7. ESPIRITUALIDADE E A BUSCA POR SENTIDO NA LONGEVIDADE

Um idoso pode ter acesso à saúde, segurança e lazer, e ainda assim sentir um profundo vazio existencial. É aqui que a dimensão espiritual se torna essencial. A busca por sentido é uma necessidade humana fundamental, especialmente em uma fase da vida marcada por perdas e transições.

A espiritualidade emerge como um eixo estruturante da experiência humana, capaz de oferecer ao idoso uma narrativa que integre passado, presente e futuro, mesmo diante das rupturas impostas pelo envelhecimento. Ao longo da vida, o indivíduo constrói sua identidade a partir de relações, papéis sociais e projetos; contudo, na velhice, muitos desses elementos são transformados ou perdidos, como a aposentadoria, a redução da rede social ou a perda de entes queridos. A espiritualidade atua, então, como um recurso de reorganização simbólica, permitindo que a pessoa ressignifique sua trajetória e encontre continuidade em meio às mudanças. Não se trata apenas de

consolo, mas de uma forma ativa de reconstrução de sentido, na qual o sujeito reafirma seu valor e sua existência para além das limitações impostas pelo tempo.

A busca por sentido na longevidade está profundamente relacionada à capacidade de elaborar as experiências de sofrimento e finitude. O envelhecimento confronta o indivíduo com sua própria vulnerabilidade, trazendo à tona questões existenciais que muitas vezes foram adiadas ao longo da vida. A espiritualidade oferece ferramentas para lidar com essas questões, seja por meio da reflexão, da contemplação, da oração ou da participação em comunidades que compartilham valores e crenças. Esses recursos possibilitam ao idoso desenvolver uma atitude mais resiliente diante das adversidades, transformando o sofrimento em oportunidade de crescimento interior. Assim, a espiritualidade não elimina a dor, mas a insere em um horizonte de significado, no qual ela pode ser compreendida e integrada à experiência de vida.

É importante destacar que a espiritualidade também desempenha um papel fundamental na construção de vínculos e no fortalecimento do senso de pertencimento. Em um contexto social onde a solidão na velhice se torna cada vez mais frequente, práticas espirituais e espaços de convivência podem funcionar como importantes redes de apoio emocional e social. Seja em comunidades religiosas, grupos de reflexão ou práticas individuais que promovam conexão com o transcendente, a espiritualidade contribui para a manutenção de relações significativas e para a sensação de não estar sozinho no mundo. Dessa forma, ela se configura não apenas como uma dimensão interna, mas como um fenômeno relacional, que conecta o indivíduo a outros, ao mundo e, para muitos, a uma realidade que transcende o imediato, reforçando o sentido de viver mesmo diante da finitude.

7.1. Religiosidade e Espiritualidade: Conceitos Distintos

É útil distinguir entre religiosidade e espiritualidade. A religião pode ser entendida como um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos compartilhados por uma comunidade, destinados a facilitar a proximidade com o sagrado. A espiritualidade, por sua vez, é um conceito mais amplo e pessoal, relacionado à busca individual por significado, propósito e conexão, que pode ou não se dar no âmbito de uma religião formal.

No contexto brasileiro, de profunda e diversa religiosidade, a dimensão espiritual é um recurso cultural de imensa importância, especialmente para a população idosa. Duarte *et al.* (2008) observam que 92,51% da população brasileira declarou ser adepta de uma religião no censo demográfico de 2000, e que, especialmente na velhice, religião e espiritualidade ocupam lugar de destaque.

Essa distinção conceitual é fundamental para evitar reducionismos e equívocos na formulação de políticas públicas e práticas de cuidado. Enquanto a religiosidade envolve pertencimento institucional, rituais e doutrinas específicas, a espiritualidade transcende essas estruturas, podendo se manifestar de maneira subjetiva, plural e até mesmo desvinculada de tradições religiosas formais. Muitos idosos, por exemplo, podem não participar ativamente de uma instituição religiosa, mas mantêm práticas espirituais significativas, como a oração individual, a meditação, a contemplação da natureza ou a reflexão sobre o sentido da vida. Reconhecer essa diferença permite que profissionais e gestores desenvolvam abordagens mais inclusivas e sensíveis, capazes de acolher tanto aqueles que se identificam com uma religião quanto aqueles que vivenciam a espiritualidade de forma mais íntima e não institucionalizada.

No cenário brasileiro, essa distinção ganha ainda mais relevância devido à diversidade religiosa e cultural que caracteriza o país. A coexistência de múltiplas tradições — cristãs, espíritas, afro-brasileiras, entre outras — exige uma abordagem que respeite a pluralidade e evite

qualquer forma de imposição ou hierarquização de crenças. Para a população idosa, que frequentemente encontra na fé e na espiritualidade fontes de apoio emocional e sentido existencial, essa sensibilidade é ainda mais necessária. Ao mesmo tempo, é importante reconhecer que a espiritualidade pode funcionar como um elemento de integração social, fortalecendo vínculos comunitários e promovendo o sentimento de pertencimento. Assim, compreender a diferença e a complementaridade entre religiosidade e espiritualidade não apenas enriquece a análise teórica, mas também contribui para a construção de práticas mais humanas, inclusivas e alinhadas com a realidade sociocultural brasileira.

7.2. Evidências Científicas: Espiritualidade, Bem-Estar e Saúde Mental

Diversos estudos científicos têm corroborado a importância da dimensão espiritual para a saúde e o bem-estar na velhice. Uma revisão sistemática e meta-análise conduzida por Coelho-Júnior *et al.* (2022), que incluiu 115 estudos observacionais, demonstrou que a religiosidade e a espiritualidade estão associadas a menores taxas de depressão e ansiedade em idosos, com tamanhos de efeito moderados a grandes.

Zimmer *et al.* (2016), em uma revisão global sobre espiritualidade, religiosidade e saúde no envelhecimento, apontam consistentemente para uma correlação positiva entre envolvimento religioso/espiritual e melhores indicadores de saúde mental, incluindo maior satisfação com a vida e bem-estar subjetivo. Domínguez, Villar e Torres (2024), em uma revisão narrativa recente, identificaram múltiplos mecanismos pelos quais a espiritualidade pode contribuir para a longevidade, incluindo redução do estresse, fortalecimento de redes sociais de apoio e promoção de comportamentos saudáveis.

Duarte e Wanderley (2011) investigaram o papel da religião e da espiritualidade em idosos hospitalizados e concluíram que "religião e espiritualidade são recursos relevantes aos quais idosos recorrem no enfrentamento da hospitalização". Os autores encontraram que 87% dos idosos hospitalizados recorriam à religião como estratégia de enfrentamento, demonstrando a centralidade dessa dimensão em momentos de vulnerabilidade.

Koenig, McCullough e Larson (2001) destacam que a religiosidade e a espiritualidade estão associadas a melhores indicadores de saúde física e mental, incluindo menor incidência de depressão, maior bem-estar subjetivo e maior longevidade. Esses autores são referência clássica na interface entre espiritualidade e saúde, reforçando a relevância dessa dimensão no cuidado integral.

7.3. Viktor Frankl e a Logoterapia: O Sentido da Vida

Viktor Frankl (2008), psiquiatra e sobrevivente do Holocausto, desenvolveu a logoterapia, uma abordagem psicológica centrada na busca por sentido. Para Frankl (2008), a busca por sentido é a motivação primária do ser humano. Ele argumentava que mesmo nas circunstâncias mais adversas, o ser humano pode encontrar sentido através de três vias: realizando um trabalho ou praticando um ato; experimentando algo ou encontrando alguém (amor); ou através da atitude que adotamos diante do sofrimento inevitável.

Miranda *et al.* (2020) aplicam a teoria de Frankl ao contexto do envelhecimento saudável, argumentando que o sentido da vida deve ser considerado como estratégia para o fortalecimento da dimensão existencial do idoso. Os autores afirmam que "há que se atentar para o aporte do sentido da vida como estratégia de fortalecimento da dimensão existencial do idoso durante o seu processo de envelhecimento". Quando a pessoa idosa encontra um propósito – seja através do cuidado com os netos, do engajamento em atividades comunitárias, da prática religiosa ou espiritual, ou da

transmissão de saberes – ela fortalece sua resiliência diante das perdas inevitáveis do envelhecimento.

7.4. A Conexão Entre Espiritualidade e Sentido

A espiritualidade oferece um caminho privilegiado para a busca por sentido. Ela fornece um quadro de referência que transcende o imediato e o material, conectando o indivíduo a uma narrativa maior. Para muitos idosos, a espiritualidade oferece respostas às questões existenciais que se tornam mais prementes com a proximidade da finitude: O que acontece após a morte? Qual o significado de minha vida? Como posso deixar um legado?

A espiritualidade também oferece recursos práticos para o enfrentamento das adversidades. A oração, a meditação, a participação em comunidades religiosas, o cultivo de virtudes como a gratidão e o perdão – todas essas práticas têm sido associadas a melhores indicadores de saúde mental e bem-estar. Elas ajudam o idoso a ressignificar as perdas, a encontrar esperança em meio à adversidade e a manter um senso de controle e propósito.

Falar de espiritualidade nas políticas públicas é falar de humanidade no planejamento social. Ao revisar documentos e pesquisas recentes, percebe-se que a maioria das estratégias voltadas ao envelhecimento ainda privilegia indicadores biomédicos, negligenciando dimensões simbólicas e afetivas que sustentam o desejo de viver. Incorporar essa dimensão não significa confundir Estado e religião, mas reconhecer que ter propósito também é uma questão de política pública: cuidar do que faz a vida continuar tendo valor mesmo quando o tempo avança.

8. EXPERIÊNCIAS PRÁTICAS: QUANDO A ESPIRITUALIDADE SE INTEGRA ÀS POLÍTICAS

Essas experiências práticas revelam que a integração da espiritualidade às políticas públicas não é apenas possível, mas também desejável e eficaz quando realizada de maneira ética e sensível à diversidade. Em diferentes contextos, iniciativas que incorporam práticas de escuta, acolhimento e valorização da dimensão existencial têm demonstrado impactos positivos na saúde mental, no bem-estar subjetivo e na qualidade de vida da população idosa. Programas comunitários, centros de convivência e ações desenvolvidas na atenção primária à saúde têm incluído atividades que favorecem a expressão de valores, crenças e experiências de vida, criando espaços onde os idosos podem compartilhar suas histórias, refletir sobre suas trajetórias e encontrar novos significados para o presente. Essas práticas, ainda que muitas vezes pontuais e não sistematizadas, indicam caminhos concretos para uma abordagem mais integral do cuidado.

As experiências internacionais e nacionais apontam que a inclusão da dimensão espiritual no cuidado não precisa estar vinculada a qualquer forma de proselitismo religioso, mas pode ser estruturada a partir de princípios universais como dignidade, escuta ativa, empatia e respeito à subjetividade. Em serviços de saúde, por exemplo, a incorporação de abordagens centradas na pessoa tem aberto espaço para que profissionais considerem as crenças e valores dos pacientes como parte legítima do processo terapêutico. Isso se traduz em práticas como a anamnese espiritual, o encaminhamento para apoio religioso quando solicitado e a criação de ambientes que favoreçam o recolhimento e a reflexão. Tais iniciativas demonstram que a espiritualidade pode ser integrada de forma técnica e ética, contribuindo para um cuidado mais humanizado e alinhado às necessidades reais dos idosos.

Essas experiências evidenciam que a articulação entre espiritualidade e políticas públicas pode fortalecer não apenas o indivíduo, mas também o tecido social como um todo. Ao promover

espaços de convivência, diálogo e construção de sentido coletivo, essas iniciativas contribuem para a formação de comunidades mais solidárias e inclusivas, onde o envelhecimento é reconhecido como parte valiosa da vida social. A espiritualidade, nesse contexto, atua como um elemento de coesão, capaz de conectar indivíduos em torno de valores compartilhados e de promover uma cultura de cuidado que ultrapassa as fronteiras institucionais. Assim, mesmo diante das limitações estruturais das políticas públicas, essas práticas demonstram que é possível construir, na prática, uma arquitetura da longevidade que integre corpo, mente e espírito, oferecendo aos idosos não apenas mais anos de vida, mas vida com significado.

8.1. Universidades Abertas à Terceira Idade

As Universidades Abertas à Terceira Idade (UATIs) são um exemplo de como o sentido coletivo, o aprendizado e o vínculo promovem saúde e pertencimento. Ferreira (2024) investigou experiências educativas e espiritualidade em Universidades da Terceira Idade e concluiu que esses espaços oferecem muito mais do que educação formal. Eles criam comunidades de aprendizado onde os idosos encontram propósito, conexão social e oportunidades de crescimento pessoal.

Nas UATIs, os idosos têm acesso a cursos, oficinas, atividades culturais e esportivas. Mas, talvez mais importante, eles encontram um espaço de reconhecimento e valorização. Ali, suas experiências são validadas, seus saberes são respeitados, e eles têm a oportunidade de continuar aprendendo e se desenvolvendo. Muitos idosos relatam que a participação na UATI trouxe um novo sentido para suas vidas, oferecendo uma razão para se levantar pela manhã, para cuidar da aparência, para se manter ativo.

As Universidades Abertas à Terceira Idade desempenham um papel fundamental na reconstrução da identidade do idoso em uma fase frequentemente marcada por rupturas sociais e simbólicas. Ao possibilitar a continuidade do aprendizado e a participação ativa em ambientes coletivos, essas instituições contribuem para a ressignificação do envelhecimento como tempo de produção de sentido, e não de declínio. O engajamento em atividades educativas e culturais favorece não apenas o desenvolvimento cognitivo, mas também o fortalecimento da autoestima e da percepção de utilidade social, elementos essenciais para o bem-estar na longevidade. Nesse contexto, a espiritualidade pode emergir de forma transversal, não necessariamente vinculada a práticas religiosas formais, mas presente na construção de vínculos, na troca de experiências e na busca compartilhada por significado. Assim, as UATIs se consolidam como espaços privilegiados de integração entre conhecimento, convivência e sentido existencial, evidenciando que políticas educacionais voltadas à terceira idade podem também funcionar como potentes dispositivos de promoção de saúde integral.

8.2. Grupos de Convivência Espiritual Não-Religiosa

Além das UATIs, existem grupos de convivência que, embora não sejam religiosos no sentido institucional, cultivam práticas espirituais como meditação, yoga, tai chi chuan, e círculos de conversa sobre temas existenciais. Esses grupos oferecem um espaço seguro para que os idosos explorem questões de sentido, compartilhem suas experiências e encontrem apoio mútuo.

Esses espaços demonstram que é possível integrar a dimensão espiritual em políticas públicas de forma respeitosa à diversidade religiosa e à laicidade do Estado. O Estado não precisa promover uma religião específica, mas pode criar condições para que os idosos tenham acesso a práticas e comunidades que nutram sua busca por sentido.

Nesses grupos, a espiritualidade se manifesta de maneira prática e acessível, por meio de atividades que promovem equilíbrio emocional, autoconsciência e conexão interpessoal. Práticas como meditação, respiração consciente e movimentos corporais suaves contribuem para a redução do estresse, o aumento da atenção plena e a melhoria da qualidade de vida, especialmente em uma fase marcada por mudanças físicas e emocionais. Além disso, os círculos de conversa proporcionam um espaço de escuta e partilha, no qual os idosos podem expressar suas angústias, revisitar suas histórias e construir novos significados coletivamente. Essa dinâmica favorece o fortalecimento de vínculos e a criação de redes de apoio, elementos fundamentais para enfrentar a solidão e o isolamento social.

Ao mesmo tempo, esses grupos evidenciam que a espiritualidade pode ser incorporada às políticas públicas de forma ética, inclusiva e não confessional. Ao priorizar valores universais como respeito, empatia, escuta e cuidado, essas iniciativas conseguem atender a pessoas de diferentes crenças e trajetórias, sem privilegiar nenhuma tradição específica. Isso reforça a ideia de que promover o bem-estar espiritual não significa interferir na liberdade religiosa, mas ampliar as possibilidades de cuidado integral. Dessa forma, tais experiências apontam caminhos concretos para a construção de políticas mais sensíveis à complexidade do envelhecimento, nas quais o sentido da vida é reconhecido como parte essencial da saúde e da dignidade humana.

9. LACUNAS CRÍTICAS E PROPOSTAS

A revisão mostrou que a maioria das estratégias de envelhecimento privilegia indicadores biomédicos, negligenciando dimensões simbólicas e afetivas que sustentam o desejo de viver. Os resultados apontam uma lacuna crítica: não há incorporação sistemática da dimensão espiritual nas políticas de envelhecimento brasileiras.

Essa lacuna revela não apenas uma limitação técnica das políticas públicas, mas uma visão reducionista do próprio conceito de saúde e bem-estar. Ao priorizar quase exclusivamente indicadores biomédicos — como morbidade, funcionalidade e longevidade —, as estratégias de envelhecimento acabam desconsiderando fatores subjetivos que influenciam diretamente a qualidade de vida, como o sentido existencial, a esperança, a capacidade de ressignificar perdas e a conexão com valores pessoais. Essa ausência de uma abordagem mais ampla compromete a efetividade das políticas, uma vez que o envelhecimento não se restringe a processos fisiológicos, mas envolve dimensões emocionais, sociais e espirituais profundamente interligadas. Assim, um sistema que garante acesso à saúde, mas ignora o sofrimento existencial, corre o risco de produzir uma longevidade vazia, marcada pela sobrevivência sem propósito.

Além disso, a não incorporação da dimensão espiritual nas políticas de envelhecimento reflete uma dificuldade institucional em lidar com aspectos que escapam à lógica tradicional da mensuração e do controle. A espiritualidade, por sua natureza subjetiva e plural, desafia modelos padronizados de avaliação e intervenção, o que pode explicar, em parte, sua ausência nas diretrizes oficiais. No entanto, essa complexidade não justifica sua exclusão, mas sim exige o desenvolvimento de abordagens mais sensíveis, interdisciplinares e culturalmente adaptadas. Ignorar essa dimensão significa deixar de reconhecer uma fonte importante de resiliência e enfrentamento para a população idosa. Portanto, superar essa lacuna implica ampliar o horizonte das políticas públicas, incorporando não apenas o que pode ser medido, mas também aquilo que dá sentido à vida, reconhecendo que o cuidado integral passa necessariamente pela valorização da experiência subjetiva e espiritual do envelhecimento.

9.1. Lacunas Identificadas.

Lacuna 1: Ausência de Avaliação Espiritual nos Programas de Saúde.

Nenhum dos principais programas de saúde do idoso no Brasil (como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ou o Programa de Atenção à Saúde do Idoso) inclui avaliação ou suporte à dimensão espiritual. A avaliação se concentra em aspectos físicos, funcionais e, em menor grau, psicológicos, mas ignora completamente a dimensão espiritual.

Essa ausência de avaliação espiritual nos programas de saúde do idoso compromete a integralidade do cuidado, uma vez que desconsidera uma dimensão que, para muitos indivíduos, é central na forma como compreendem a vida, a doença e o próprio envelhecimento. Ao não incluir instrumentos ou espaços de escuta voltados à espiritualidade, os serviços de saúde deixam de identificar necessidades importantes que influenciam diretamente o bem-estar, como conflitos de sentido, sofrimento existencial, sentimentos de abandono ou, ao contrário, fontes de esperança e fortalecimento interior. Essa limitação resulta em um cuidado fragmentado, que trata o corpo e, parcialmente, a mente, mas negligencia aquilo que dá coesão à experiência humana. Incorporar a avaliação espiritual, ainda que de forma simples e respeitosa, permitiria aos profissionais uma compreensão mais ampla do paciente, favorecendo intervenções mais humanizadas e alinhadas com seus valores, crenças e necessidades profundas, sem ferir os princípios da laicidade do Estado.

Lacuna 2: Falta de Formação Profissional.

Não há formação sistemática de profissionais de saúde para abordar questões espirituais de forma respeitosa e sensível à diversidade religiosa e à laicidade do Estado. Muitos profissionais se sentem desconfortáveis ou despreparados para abordar essas questões, mesmo quando os pacientes expressam necessidades espirituais.

Essa lacuna na formação profissional evidencia um descompasso entre as demandas reais dos pacientes e a preparação técnica oferecida aos profissionais de saúde. A ausência de conteúdos relacionados à espiritualidade nos currículos acadêmicos e nos processos de educação continuada contribui para a manutenção de uma prática assistencial limitada, na qual aspectos existenciais são frequentemente ignorados ou tratados de forma superficial. Como consequência, mesmo diante de manifestações claras de sofrimento espiritual por parte dos idosos, muitos profissionais optam por não intervir, seja por insegurança, seja por receio de ultrapassar limites éticos. Investir na formação sensível e qualificada para essa dimensão não significa transformar o profissional em agente religioso, mas capacitá-lo para reconhecer, acolher e encaminhar demandas espirituais de maneira ética, respeitosa e alinhada aos princípios do cuidado integral.

Lacuna 3: Ausência de Instrumentos Validados.

Não há instrumentos de avaliação do bem-estar espiritual validados para o contexto brasileiro. Existem escalas internacionais, mas elas precisam ser adaptadas e validadas para a realidade cultural e religiosa do Brasil.

A ausência de instrumentos validados para o contexto brasileiro representa uma limitação importante na avaliação do bem-estar espiritual, pois compromete a precisão e a confiabilidade dos dados obtidos. Embora existam escalas internacionais amplamente utilizadas, sua aplicação direta no Brasil pode gerar distorções, uma vez que não consideram plenamente as especificidades culturais, religiosas e sociais da população brasileira. Isso evidencia a necessidade de adaptação

transcultural e validação científica desses instrumentos, garantindo que eles reflitam de forma adequada a realidade e a diversidade espiritual presente no país.

Lacuna 4: Falta de Diretrizes para Abordagem Respeitosa.

Não existem diretrizes claras sobre como abordar a dimensão espiritual em serviços públicos de forma que respeite a diversidade religiosa e a laicidade do Estado. Isso cria insegurança entre os profissionais e pode levar tanto à negligência dessa dimensão quanto a abordagens inadequadas.

A ausência de diretrizes claras para a abordagem da espiritualidade nos serviços públicos gera um cenário de ambiguidade institucional, no qual os profissionais ficam sem parâmetros seguros para agir. Essa falta de orientação pode resultar tanto na omissão dessa dimensão, por receio de infringir princípios éticos, quanto em intervenções inadequadas, que correm o risco de desrespeitar a diversidade de crenças ou mesmo impor visões particulares. Diretrizes bem estruturadas poderiam oferecer caminhos equilibrados, baseados na escuta qualificada, no respeito à autonomia do paciente e na valorização de sua identidade cultural e espiritual. Dessa forma, seria possível integrar essa dimensão ao cuidado sem comprometer a laicidade do Estado, garantindo que a espiritualidade seja tratada como um aspecto legítimo da experiência humana, e não como um campo de exclusão ou conflito dentro das políticas públicas.

9.2. Propostas

Proposta 1: Criar Indicadores de Bem-Estar Espiritual.

Incluir indicadores de bem-estar espiritual em pesquisas de qualidade de vida e em avaliações de saúde da pessoa idosa. Esses indicadores devem ser culturalmente sensíveis e respeitar a diversidade religiosa, avaliando aspectos como senso de propósito, conexão com algo maior, paz interior e capacidade de encontrar sentido nas experiências de vida.

Proposta 2: Desenvolver Instrumentos de Avaliação Validados.

Adaptar e validar instrumentos de avaliação do bem-estar espiritual para o contexto nacional. Esses instrumentos devem ser breves, de fácil aplicação e adequados para uso em diferentes contextos (hospitais, unidades básicas de saúde, centros de convivência).

Proposta 3: Formar Profissionais Sensíveis à Diversidade Religiosa.

Incluir na formação de profissionais de saúde, assistência social e educação conteúdos sobre a dimensão espiritual no envelhecimento, com ênfase na escuta respeitosa, na sensibilidade à diversidade religiosa e no respeito à laicidade do Estado. Os profissionais devem ser capacitados para reconhecer necessidades espirituais, oferecer suporte apropriado e fazer encaminhamentos quando necessário.

Proposta 4: Estabelecer Diretrizes para Abordagem Respeitosa.

Desenvolver diretrizes claras sobre como abordar a dimensão espiritual em serviços públicos, garantindo que isso seja feito de forma respeitosa, não impositiva e sensível à diversidade. As

diretrizes devem esclarecer que o objetivo não é promover uma religião específica, mas reconhecer e apoiar a busca por sentido como uma necessidade humana legítima.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs o conceito de "arquitetura da longevidade" como forma de integrar duas dimensões essenciais para um envelhecimento com qualidade: a estrutura externa, fornecida pelas políticas públicas, e o design interior, nutrido pela espiritualidade e pela busca por sentido.

Vimos que o Brasil está envelhecendo rapidamente e que, embora tenha desenvolvido políticas importantes como o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e tenha aderido à Década do Envelhecimento Saudável da OMS, ainda há uma lacuna significativa: a dimensão espiritual é quase completamente ignorada no planejamento e execução dessas políticas.

As contribuições de Simone de Beauvoir nos lembraram que a velhice é uma construção social e que o ageísmo é uma barreira que precisa ser superada. Amartya Sen nos ofereceu o conceito de desenvolvimento como expansão de liberdades e capacidades, aplicável ao envelhecimento. Viktor Frankl nos ensinou que a busca por sentido é a motivação primária do ser humano, e que mesmo diante das perdas inevitáveis do envelhecimento, é possível encontrar propósito.

As evidências científicas são claras: a espiritualidade está associada a melhores indicadores de saúde mental, maior bem-estar e maior capacidade de enfrentamento das adversidades. Experiências como as Universidades Abertas à Terceira Idade demonstram que quando o sentido coletivo, o aprendizado e o vínculo são cultivados, a saúde e o pertencimento são promovidos.

Conclui-se que uma longevidade plena requer não apenas extensão de anos, mas sentido e conexão, sustentados por políticas que reconheçam a espiritualidade como força promotora de saúde, solidariedade e propósito coletivo. Construir a arquitetura da longevidade é um projeto coletivo que exige o compromisso do Estado, da sociedade civil, das famílias e dos próprios idosos. É um projeto que reconhece que viver mais não basta: é preciso viver com sentido.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.

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

BUTLER, Robert N. Age-ism: Another form of bigotry. **The Gerontologist**, v.9, n.4, p.243-246, 1969.

COELHO-JÚNIOR, H. J. *et al.* Religiosity/Spirituality and Mental Health in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Psychology**, v.13, p.1-17, 2022.

DOMÍNGUEZ, A.; VILLAR, F.; TORRES, C. Spirituality and Longevity: A Narrative Review of Mechanisms and Evidence. **Journal of Aging Studies**, v.78, p.1-12, 2024.

DUARTE, Y. A. O. *et al.* Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, São Paulo, vol. 5, n. 24, 2008, p. 173-177.

DUARTE, Y. A. O.; WANDERLEY, K. S. Religião e espiritualidade de idosos internados em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.spe, p.163-169, 2011.

FERREIRA, M. C. Experiências educativas e espiritualidade em Universidades da Terceira Idade. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.27, n.2, p.89-104, 2024.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido:** um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 2008.

GONÇALVES, G. Q.; ALVES, J. E. D. Novas medidas de envelhecimento populacional: idade prospectiva e proporção de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.41, p.1-20, 2024.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of Religion and Health**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: MS, 2023.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, n.3, p.507-519, 2016.

MIRANDA, R. C. N. A. *et al.* Sentido da vida no envelhecimento saudável: contribuições da teoria de Viktor Frankl. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v.8, n.4, p.943-951, 2020.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v.6, supl.1, p.S4-S6, 2008.

NERI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida. In: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. (Orgs.). **Psicologia do Envelhecimento**. Campinas: Alínea, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Decade of Healthy Ageing 2021–2030: Global Action Plan**. Genebra: OMS, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Decade of Healthy Ageing Progress Report 2023**. Genebra: OMS, 2023.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

ZIMMER, Z.; JANG, S. N.; PYO, J. E. *et al.* Spirituality, Religiosity, Aging and Health in Global Perspective: A Review. **SAGE Open**, v.6, n.3, 2016.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

ETARISMO: IMPACTOS COGNITIVOS, LINGUÍSTICOS E SOCIAIS NA VIDA INDIVIDUAL E COLETIVA IMPACTOS NA PESSOA IDOSA NO BRASIL

AGEISM: COGNITIVE, LINGUISTIC, AND SOCIAL IMPACTS ON INDIVIDUAL AND COLLECTIVE LIFE: IMPACTS ON OLDER ADULTS IN BRAZIL

Marcelo Pizani Boldes
https://orcid.org/0009-0001-9381-8586
Ana Claudia Porto Paes
https://orcid.org/0009-0007-6595-7478
Elias do Amaral Viana
https://orcid.org/0009-0003-3158-5259
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: O etarismo constitui uma forma de discriminação estruturada a partir da idade e afeta de modo profundo a vida da pessoa idosa, repercutindo em sua saúde, em sua participação social, em sua inserção no trabalho, em sua autonomia e em sua capacidade de construir e sustentar narrativas de si. O objetivo deste artigo é analisar os impactos individuais e coletivos do etarismo no Brasil, com ênfase nos planos cognitivo, linguístico, social, jurídico e político, articulando contribuições dos campos da cognição e linguagem, da gerontologia social, da psicologia do desenvolvimento, do direito e das políticas públicas. O estudo justifica-se pelo acelerado envelhecimento populacional brasileiro e pela permanência de práticas institucionais, culturais e discursivas que invisibilizam o envelhecimento ou o reduzem à incapacidade. Metodologicamente, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa de natureza bibliográfica e documental, baseada em revisão narrativa crítica de documentos oficiais, legislação, relatórios internacionais e artigos acadêmicos indexados em bases científicas. Os resultados indicam que o etarismo atua como um dispositivo simbólico e material de exclusão, manifestando-se por meio de estereótipos, preconceitos e discriminações que afetam o acesso ao trabalho, à saúde, ao cuidado, ao convívio intergeracional e às tecnologias digitais, além de comprometer processos de linguagem, reconhecimento social e agência subjetiva. Conclui-se que o enfrentamento do etarismo exige políticas intersetoriais, educação intergeracional, reordenamento das instituições de longa permanência, inclusão digital e uma mudança

[1]Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, 202514120029@pq.uenf.br ;
[2]Aluna Especial pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, anaclaudiaportopaes@gmail.com ;
[3]Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, 202514120019@pq.uenf.br ;
[4]Pós-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 ;

cultural orientada à dignidade, à pluralidade das velhices e à participação ativa da pessoa idosa na vida social.

Palavras-chave: etarismo, pessoa idosa; cognição e linguagem, intergeracionalidade, políticas públicas.

Abstract: Ageism constitutes a form of discrimination structured around age and profoundly affects the lives of older adults, impacting their health, social participation, workforce inclusion, autonomy, and their ability to construct and sustain self-narratives. The aim of this article is to analyze the individual and collective impacts of ageism in Brazil, with emphasis on the cognitive, linguistic, social, legal, and political dimensions, articulating contributions from the fields of cognition and language, social gerontology, developmental psychology, law, and public policy. The study is justified by the rapid aging of the Brazilian population and the persistence of institutional, cultural, and discursive practices that render aging invisible or reduce it to incapacity. Methodologically, this qualitative study is based on bibliographic and documentary research, grounded in a critical narrative review of official documents, legislation, international reports, and academic articles indexed in scientific databases. The results indicate that ageism operates as a symbolic and material mechanism of exclusion, manifested through stereotypes, prejudices, and discriminatory practices that affect access to work, healthcare, care services, intergenerational interaction, and digital technologies, in addition to compromising language processes, social recognition, and subjective agency. It is concluded that addressing ageism requires intersectoral policies, intergenerational education, the reorganization of long-term care institutions, digital inclusion, and a cultural shift oriented toward dignity, the plurality of aging experiences, and the active participation of older adults in social life.

Keywords: ageism; older adults; cognition and language; intergenerationality; public policy.

1. INTRODUÇÃO

O etarismo, em seu conceito, refere-se ao preconceito, estereótipo ou discriminação baseada na idade de um indivíduo, afetando principalmente pessoas idosas, embora possa ocorrer em qualquer faixa etária. Também denominado idadismo ou ageísmo, trata-se de uma forma de intolerância socialmente enraizada que subestima a capacidade, a experiência e a saúde das pessoas, impactando diretamente sua empregabilidade e seu bem-estar físico e mental. O termo foi cunhado por Robert Butler, em 1969, para descrever o preconceito contra os idosos e, no Brasil, manifesta-se de maneira evidente por meio da invisibilidade social, violando dispositivos da Constituição Federal (art. 230) e do Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003, arts. 4º e 96), que tipificam a discriminação como crime.

À luz do Censo do IBGE de 2022, que aponta a existência de aproximadamente 32 milhões de pessoas idosas, correspondentes a 14,7% da população, o fenômeno do etarismo deve ser compreendido no contexto das transformações demográficas contemporâneas. A ampliação da longevidade, impulsionada por avanços médicos e pela adoção de estilos de vida mais saudáveis, contrasta com a persistência de uma

infraestrutura social excludente, bem como com a fragilização dos vínculos familiares. Historicamente, repertórios socioculturais contribuíram para a marginalização da pessoa idosa, sobretudo em sociedades que valorizam a juventude produtiva como principal referência de valor social e econômico. Nesse sentido, a célebre afirmação de Albert Einstein, segundo a qual "é mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito", evidencia a resistência cultural à superação dos estigmas associados ao envelhecimento.

No campo cultural e simbólico, diferentes produções artísticas refletem e problematizam a condição da velhice. O filme Up: Altas Aventuras (2009), por exemplo, retrata a solidão na velhice e sua superação por meio da colaboração intergeracional, dialogando com a perspectiva de Paulo Freire, que compreende a velhice não como estagnação, mas como possibilidade de renovação, concebendo o idoso como um "corpo consciente" capaz de intervir e transformar a realidade. No plano local, observa-se que, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, os recursos oriundos dos royalties do petróleo, especialmente a partir da década de 1990, não se converteram de forma consistente em políticas públicas inclusivas. Conforme aponta Siqueira (2026), em coluna publicada no Jornal Folha da Manhã, houve abundância de recursos sem a consolidação de um "desenvolvimento regional consciente", evidenciando a dissociação entre crescimento econômico e justiça social.

As projeções da Organização Mundial da Saúde indicam que a população idosa mundial poderá alcançar 2 bilhões de pessoas até 2050, o que torna urgente a implementação de políticas públicas afirmativas e inclusivas. Nesse cenário, o presente artigo busca fundamentar propostas voltadas ao enfrentamento do etarismo, com ênfase na promoção da inclusão laboral, digital e urbana da pessoa idosa. Em uma análise inicial, destacam-se os impactos individuais desse fenômeno, que se manifestam por meio do isolamento, da solidão e da negligência, fatores diretamente associados ao aumento dos níveis de cortisol e ao risco de desenvolvimento de demências, conforme aponta o Ministério da Saúde (2024).

No que se refere à inserção no mercado de trabalho, dados do IBGE (2024) indicam que um em cada quatro idosos ainda se encontra em atividade formal. Contudo, o preconceito etário contribui significativamente para o aumento da informalidade, excluindo esses indivíduos por razões exclusivamente relacionadas à idade, prática expressamente vedada pela Lei nº 9.029/1995. Paralelamente, no contexto contemporâneo marcado pela centralidade das tecnologias digitais e da inteligência artificial, observa-se que a exclusão digital atinge cerca de 40% da população idosa, segundo dados do IBGE (2025), limitando seu acesso a serviços, informações e inovações, o que amplia ainda mais as desigualdades sociais.

Outro aspecto relevante diz respeito ao reconhecimento de que as velhices são plurais, não podendo ser compreendidas como uma realidade homogênea. Nesse sentido, a institucionalização em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), embora desempenhe papel fundamental em muitos contextos, pode implicar a imposição de rotinas rígidas, especialmente diante da escassez de recursos humanos. Tal situação tende a desconsiderar as trajetórias individuais e o conceito de geratividade proposto por Erik Erikson, relacionado à necessidade de construção de legado. A ausência de escuta qualificada, nesse cenário, pode conduzir à estagnação subjetiva, silenciando saberes e experiências acumuladas ao longo da vida.

No plano coletivo, o etarismo contribui para o aprofundamento das desigualdades sociais e econômicas. Dados do INSS (2026) indicam que cerca de 70% dos aposentados recebem apenas um salário-mínimo, evidenciando a vulnerabilidade financeira dessa população. Além disso, aproximadamente 53% das pessoas idosas apresentam baixa escolaridade, o que dificulta sua inserção social e o pleno acesso a direitos. Embora as

ILPIs estejam previstas como espaços de proteção na Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994), a insuficiência de financiamento público pode levar à reprodução de práticas segregadoras, contrariando sua finalidade original.

No âmbito municipal, especificamente em Campos dos Goytacazes, cidade com população superior a 500 mil habitantes e regida por um Plano Diretor datado de 1991, identificam-se lacunas significativas no atendimento às demandas da população idosa. Observam-se falhas estruturais em áreas como acessibilidade, transporte público e saúde, o que contribui para o agravamento da exclusão social dessa parcela da população. Em perspectiva mais ampla, a Organização Mundial da Saúde (2022) aponta que o etarismo configura-se como um fenômeno global, estruturado em três dimensões interdependentes: estereótipos (o que se pensa), preconceitos (o que se sente) e discriminação (como se age), impactando diretamente tanto a saúde quanto a economia.

Destaca-se a transformação nas estruturas familiares, com a transição de modelos extensos para configurações nucleares, nas quais o idoso frequentemente se torna o remanescente de sua estrutura familiar original. Essa mudança, associada à redução da convivência intergeracional, contribui para o fortalecimento do conceito de economia prateada (silver economy), que se refere ao conjunto de atividades econômicas, produtos e serviços voltados às necessidades, aos desejos e ao estilo de vida das pessoas com 60 anos ou mais. Tal conceito representa uma mudança de paradigma, ao reconhecer a longevidade não como um custo social, mas como uma oportunidade de participação, consumo e produtividade.

De cabeçalho de debate, destacamos perspectivas multidisciplinares e propostas de intervenção. A Gerontologia (Vitor Queiroz, s.d.) enfatiza a funcionalidade cognitiva preservável por meio do envelhecimento ativo. Algumas propostas são objetivas, tais como: a prática esportiva intergeracional, por meio de centros de convivência vinculados aos Ministérios da Educação e da Saúde, integrando idosos em escolas e esportes coletivos (Up: Altas Aventuras, 2009, como metáfora de sucesso colaborativo); a reinclusão laboral, com valorização da experiência aliada à capacitação digital, combatendo o ageísmo no trabalho; o urbanismo amigo do idoso, com cidades acessíveis (Programa Decálogo da OMS, 2007), articulado aos PLs 2617/2024 e 3549/2023; os suportes jurídicos preventivos, como a autocuratela e a Tomada de Decisão Apoiada (TDA), priorizadas em relação à interdição; e a geratividade prática, com oficinas de narrativas e esportes voltadas à construção de legado (Erikson, 1950; Kotre, 1984).

A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos (2015) e o Dia Internacional do Idoso (ONU, 1990, celebrado em 1º de outubro) reforçam a implementação dessas práticas, entre outras igualmente objetivas e eficazes, ainda pendentes de efetivação global nos municípios, nos estados e na União, configurando-se, portanto, como metas a serem alcançadas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Etarismo como conjunto analítico.

O conceito de etarismo permite compreender a velhice não como mero dado biológico, mas como uma construção social atravessada por relações de poder. Na formulação difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), o etarismo ocorre quando a idade é utilizada como critério de classificação capaz de produzir prejuízos, exclusões ou injustiças.

Essa definição destaca-se por reconhecer o caráter multidimensional do fenômeno, que opera simultaneamente na ordem cognitiva, por meio de estereótipos; na

ordem afetiva, por meio de preconceitos; e na ordem prática, por meio de discriminações. Em consequência, o etarismo não se limita a insultos ou ofensas diretas, mas alcança também os desenhos institucionais, as prioridades orçamentárias, as decisões de gestão e as políticas públicas que ignoram ou negligenciam as necessidades do envelhecimento.

Na produção acadêmica brasileira, o tema tem adquirido crescente densidade analítica. Estudos publicados em periódicos indexados na SciELO indicam que o etarismo está associado à redução da autoestima, ao sofrimento psicossocial, à invisibilidade institucional e à restrição de oportunidades de participação social. A especificidade do preconceito etário reside no fato de que ele pode ser naturalizado, inclusive, por aqueles que o vivenciam, uma vez que o envelhecimento constitui uma experiência potencialmente comum a todos. Tal característica lhe confere ampla difusão social e baixa percepção crítica, fazendo com que determinadas práticas discriminatórias sejam percebidas como normais ou até mesmo como formas de proteção.

2.2 Cognição, linguagem e envelhecimento.

No campo da cognição e da linguagem, envelhecer não corresponde, por definição, à perda de valor simbólico, de capacidade de significação ou de potencial de participação discursiva. Ao contrário, o envelhecimento envolve processos complexos de reorganização cognitiva, marcados por heterogeneidade e plasticidade, sendo profundamente influenciado por fatores como contexto social, escolaridade, condições de saúde, redes de apoio e oportunidades de interação. Desse modo, a associação direta entre idade avançada e incapacidade cognitiva configura não apenas um equívoco teórico, mas também uma construção social que reforça práticas excludentes. O próprio Relatório Nacional sobre Demência destaca que, embora a idade constitua um fator de risco, não se trata de um elemento determinante, sendo inadequado confundir a presença de doenças neurodegenerativas com o processo de envelhecimento em si.

A linguagem, nesse cenário, assume papel central, uma vez que medeia processos fundamentais de reconhecimento, pertencimento e autonomia. As formas pelas quais a pessoa idosa é interpelada nas instituições, na família, na mídia e no mercado de trabalho podem tanto ampliar quanto restringir sua participação social. Práticas discursivas marcadas por infantilização, silenciamento, tomada de decisões sem escuta e pressupostos implícitos de incapacidade operam como dispositivos simbólicos de desvalorização, comunicando, ainda que de modo indireto, que sua experiência possui menor relevância social.

Nessa perspectiva, a violência simbólica inscrita na linguagem não se limita ao plano abstrato, mas produz efeitos concretos e mensuráveis na vida cotidiana. Entre esses efeitos, destacam-se o silenciamento progressivo, o retraimento social, a indução à dependência e a redução do exercício da agência. Assim, compreender a relação entre cognição, linguagem e envelhecimento implica reconhecer que os modos de dizer e de ouvir não apenas refletem a realidade social, mas participam ativamente de sua produção, podendo tanto reproduzir desigualdades quanto constituir caminhos para sua superação.

2.3 Velhices plurais e crítica à homogeneização.

A literatura contemporânea em gerontologia tem enfatizado a inadequação da ideia de uma velhice única e homogênea. Com maior precisão analítica, passa-se a falar em velhices, no plural, em razão da diversidade de trajetórias, recursos, identidades, condições de saúde e inserções territoriais que marcam o processo de envelhecimento. Essa perspectiva está em consonância com o reconhecimento, no campo das ciências

humanas, de que a idade não anula marcadores sociais fundamentais, como gênero, raça, classe, deficiência, escolaridade e pertencimento regional, os quais continuam a estruturar experiências desiguais ao longo da vida.

A homogeneização da velhice produz um duplo efeito problemático: por um lado, invisibiliza necessidades específicas e desigualmente distribuídas; por outro, favorece a formulação de políticas padronizadas, especialmente em contextos institucionais, nos quais o cuidado tende a reduzir-se à repetição de rotinas, em detrimento do reconhecimento da singularidade dos sujeitos. Nesse sentido, revisões sobre Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no Brasil indicam que tais espaços frequentemente enfrentam desafios relacionados à gestão, à individualização do cuidado, à inserção comunitária e à articulação com o sistema de garantia de direitos.

Diante desse quadro, o enfrentamento do etarismo não se limita à eliminação de práticas discriminatórias explícitas, mas exige também a superação de concepções simplificadoras da velhice. Reconhecer a pluralidade das experiências de envelhecimento constitui, portanto, condição fundamental para a formulação de políticas públicas mais justas, inclusivas e sensíveis às diferenças.

2.4 Geratividade, memória e sentido social da velhice.

As contribuições da psicologia do desenvolvimento, especialmente a noção de geratividade, são fundamentais para compreender o lugar social da pessoa idosa. A geratividade pode ser entendida como a disposição para cuidar, transmitir, orientar, deixar um legado e participar da continuidade da vida social. Em uma sociedade marcada pelo etarismo, esse potencial tende a ser bloqueado pela crença de que a velhice constitui um tempo de retirada, inutilidade ou esgotamento. Tal bloqueio não afeta apenas a pessoa idosa, mas empobrece a própria coletividade, que perde referências históricas, experiências acumuladas e importantes formas de mediação intergeracional.

Sob a ótica da linguagem, narrar a própria trajetória, compartilhar memórias e participar de espaços de escuta configuram práticas centrais de afirmação subjetiva e reconhecimento social. Nesse sentido, destaca-se a importância de rodas de memória, oficinas intergeracionais, programas educativos e ações comunitárias voltadas à circulação de narrativas de vida. Tais práticas não devem ser compreendidas como meros ornamentos assistenciais, mas como tecnologias sociais de enfrentamento do silenciamento etário, promovendo participação, pertencimento e valorização da experiência ao longo do curso da vida.

2.5 Marco normativo de proteção.

O ordenamento jurídico brasileiro não é omisso quanto à proteção da pessoa idosa. A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu art. 230, que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), por sua vez, consolida direitos à saúde, à educação, ao trabalho, à cultura, ao lazer e à convivência familiar e comunitária, além de vedar práticas de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão.

Todavia, a existência de normas não implica, automaticamente, sua efetividade. A distância entre o texto legal e a vida concreta manifesta-se em áreas como transporte público, acessibilidade urbana, cuidado de longa duração, acesso a serviços, prevenção da violência e inclusão digital. A dificuldade, portanto, não se resume à ausência de legislação, mas envolve processos de subimplementação, baixa prioridade política e a

permanência de matrizes culturais que naturalizam a desvalorização da velhice e limitam a plena realização dos direitos assegurados.

3. PROCEDIMENTOS A SEREM IMPLEMENTADOS

A pesquisa possui natureza qualitativa, de caráter exploratório e analítico, fundamentando-se em revisão bibliográfica e documental. Adota-se esse desenho metodológico porque o objetivo do estudo não consistiu em medir prevalências empíricas, mas em compreender criticamente o etarismo como fenômeno multidimensional, articulando produção científica, dados oficiais e marcos normativos.

O corpus documental é composto por: (a) relatórios e documentos de organismos internacionais e órgãos estatais, com destaque para o Relatório Mundial sobre o Idadismo (OMS/OPAS), documentos do Ministério da Saúde sobre demência e dados demográficos divulgados pelo IBGE; (b) legislação brasileira referente à proteção da pessoa idosa, em especial a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003); (c) artigos acadêmicos publicados em periódicos indexados em bases de circulação científica, sobretudo SciELO e SciELO Saúde Pública, relacionados a etarismo, trabalho, intergeracionalidade, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e discriminação etária.

A estratégia de seleção das fontes priorizou materiais com relevância temática, atualidade, circulação acadêmica e pertinência ao contexto brasileiro. Foram incluídas publicações que abordam o etarismo sob perspectivas conceituais, empíricas ou político-institucionais, bem como estudos sobre trabalho, convivência intergeracional, institucionalização e saúde cognitiva da pessoa idosa. Excluíram-se textos de opinião sem fundamentação científica e fontes redundantes, sem contribuição analítica significativa.

Quanto ao procedimento analítico, utilizou-se a revisão narrativa crítica, com leitura interpretativa orientada por eixos temáticos previamente definidos: (i) definição e formas de manifestação do etarismo; (ii) envelhecimento demográfico e reorganização social; (iii) impactos cognitivos e linguísticos; (iv) trabalho, renda e exclusão; (v) cuidado, institucionalização e direitos; e (vi) relações intergeracionais e possibilidades de intervenção. A análise foi conduzida por meio da articulação entre descrição de dados e interpretação crítica, buscando não apenas sintetizar conteúdos, mas também discutir conexões, tensões e lacunas presentes na literatura.

Do ponto de vista epistemológico, o estudo insere-se em uma perspectiva interdisciplinar, combinando contribuições dos campos da cognição e linguagem, gerontologia social, psicologia, saúde coletiva e direito. Tal abordagem justifica-se pelo fato de que o etarismo não pode ser adequadamente compreendido a partir de um único campo disciplinar, uma vez que seus efeitos atravessam tanto a produção de sentidos e discursos quanto a materialidade das políticas públicas, dos mercados e das práticas institucionais.

Como limitação, reconhece-se que a pesquisa não incluiu a realização de entrevistas ou observação direta em instituições, famílias ou serviços públicos. Ainda assim, o conjunto de documentos e artigos analisados oferece uma base consistente para formulações analíticas robustas, sobretudo por reunir fontes oficiais e acadêmicas convergentes quanto à relevância e à gravidade do problema.

Adicionalmente, destaca-se que a opção por uma abordagem qualitativa e interpretativa não compromete o rigor científico do estudo, mas, ao contrário, permite maior profundidade na análise das dinâmicas simbólicas, institucionais e sociais que estruturam o etarismo. Tal escolha metodológica mostra-se particularmente adequada para captar nuances, contradições e processos de naturalização que dificilmente seriam

apreendidos por métodos exclusivamente quantitativos, contribuindo, assim, para uma compreensão mais abrangente e crítica do fenômeno investigado.

4. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E MUDANÇA DEMOGRÁFICA NO BRASIL

O Brasil atravessa uma transformação demográfica de larga escala. Os dados do Censo Demográfico de 2022 indicam que a população com 60 anos ou mais ultrapassou 32,1 milhões de pessoas, correspondendo a 15,8% da população total. Entre as pessoas com 65 anos ou mais, o crescimento foi de 57,4% em relação a 2010, o que sinaliza a aceleração do envelhecimento populacional. Esses números não apenas descrevem uma mudança estatística, mas alteram a estrutura das demandas sociais e a própria configuração das relações de dependência, cuidado, consumo, mobilidade urbana e proteção social.

O envelhecimento populacional exige uma revisão profunda de paradigmas sociais. Modelos institucionais concebidos para uma sociedade predominantemente jovem tendem a apresentar inadequações quando confrontados com uma população mais longeva. Isso se evidencia, por exemplo, na insuficiência de redes de cuidado de longa duração, na precariedade da acessibilidade urbana, na limitada adaptação das políticas de trabalho e renda e na baixa centralidade conferida à inclusão digital da pessoa idosa.

Entretanto, o aumento do contingente de pessoas idosas não produziu, automaticamente, maior reconhecimento simbólico. Observa-se uma assimetria entre crescimento demográfico e valorização social. A pessoa idosa torna-se mais presente em termos numéricos, mas nem sempre mais escutada politicamente ou visível no planejamento público. Essa contradição contribui para explicar por que a sociedade pode envelhecer sem, necessariamente, tornar-se menos etarista.

No âmbito econômico e social, o envelhecimento também desloca as bases da reprodução da vida coletiva. Benefícios previdenciários, rendas familiares intergeracionais, trabalho informal desempenhado por pessoas idosas, cuidado prestado no interior das famílias e a crescente demanda por serviços de saúde e assistência reorganizam a economia doméstica e comunitária. Ainda assim, o imaginário social insiste em enquadrar o envelhecimento predominantemente como custo, e não como um campo de direitos, experiências, saberes e participação social.

O processo de envelhecimento populacional não ocorre de maneira homogênea no território brasileiro. Há importantes desigualdades regionais que se refletem nas condições de vida, no acesso a serviços públicos e nas oportunidades de envelhecimento com qualidade. Regiões com menor infraestrutura social e econômica tendem a enfrentar maiores dificuldades para responder às demandas de uma população idosa crescente, o que amplia vulnerabilidades e reforça desigualdades já existentes ao longo do curso da vida.

Destaca-se que o envelhecimento populacional deve ser compreendido não apenas como desafio, mas também como oportunidade para a reconfiguração das relações sociais e institucionais. A presença ampliada de pessoas idosas pode favorecer a valorização de experiências, a construção de vínculos intergeracionais mais sólidos e o desenvolvimento de políticas públicas inovadoras. Nesse sentido, superar o etarismo torna-se condição fundamental para transformar o envelhecimento em um processo socialmente reconhecido, digno e integrado à dinâmica coletiva.

5. IMPACTOS DO ETARISMO NA VIDA INDIVIDUAL

5.1 Saúde, subjetividade e sofrimento social.

Os efeitos do etarismo sobre a saúde não se limitam a danos emocionais difusos. O Relatório Mundial sobre o Idadismo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) destaca que o preconceito etário prejudica a saúde e o bem-estar, além de constituir um obstáculo significativo à formulação de políticas eficazes de envelhecimento saudável. Em nível subjetivo, a internalização de estereótipos negativos pode afetar a autoestima, a motivação, a participação social e a busca por cuidado. Quando a pessoa idosa é tratada como incapaz, lenta, dispensável ou desatualizada, tende a experimentar um processo contínuo de desvalorização, com repercussões no humor, na autoconfiança e no senso de utilidade social.

Em contextos familiares e comunitários, o isolamento social configura-se como uma das manifestações mais severas desse processo. A literatura sobre relações intergeracionais indica que a fragilização dos vínculos familiares e comunitários pode intensificar a sensação de abandono e reduzir as oportunidades de reconhecimento e troca simbólica. A solidão, por sua vez, não constitui apenas um estado emocional privado, mas integra um processo social mais amplo de desconexão, no qual a pessoa idosa perde interlocução, pertencimento e possibilidades efetivas de participação.

O etarismo pode influenciar diretamente a relação da pessoa idosa com os serviços de saúde, contribuindo para atrasos no diagnóstico, subtratamento de condições clínicas e menor investimento em práticas preventivas. Profissionais de saúde, ainda que de forma não intencional, podem reproduzir pressupostos de declínio inevitável, o que reduz a escuta qualificada e limita a oferta de intervenções adequadas. Esse cenário reforça desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado, evidenciando que o preconceito etário não apenas afeta a subjetividade, mas também interfere concretamente nos itinerários terapêuticos e nos resultados em saúde.

5.2 Cognição, funcionalidade e demência.

A relação entre envelhecimento e cognição exige precisão conceitual. O Relatório Nacional sobre a Demência, divulgado pelo Ministério da Saúde, estima que cerca de 8,5% da população idosa brasileira convive com demência, com projeções de crescimento significativo até 2050. Esses dados evidenciam a relevância do tema, mas também reforçam a necessidade de distinguir o envelhecimento considerado típico dos processos patológicos. Tratar toda pessoa idosa como cognitivamente incapaz constitui uma manifestação de etarismo e pode resultar em atraso diagnóstico, adoção de condutas paternalistas e exclusão dos processos decisórios.

O próprio Ministério da Saúde lançou, em 2024, instrumentos de apoio à identificação da demência na atenção primária, o que evidencia a importância do diagnóstico oportuno e do cuidado qualificado. Em termos cognitivo-linguísticos, o problema do etarismo torna-se evidente quando dificuldades funcionais, reais ou supostas, passam a justificar o silenciamento e a substituição indevida da voz da pessoa idosa. Em vez de estratégias de apoio à tomada de decisão, adota-se, frequentemente, uma lógica de tutela integral, que desconsidera as capacidades remanescentes.

Tal prática compromete a autonomia e pode acelerar processos de dependência que, em muitos casos, seriam evitáveis. Dessa forma, torna-se fundamental adotar abordagens centradas na pessoa, que reconheçam suas potencialidades, respeitem sua capacidade de participação e promovam intervenções proporcionais às suas necessidades, evitando generalizações que reforcem o preconceito etário e suas consequências.

5.3 Linguagem, infantilização e apagamento da voz.

A linguagem do etarismo frequentemente assume feições paternalistas e naturalizadas no cotidiano social. O uso de diminutivos, a emissão de comandos simplificados não solicitados, a adoção de uma fala dirigida como se a pessoa idosa fosse uma criança e a tomada de decisões “em seu benefício” sem sua participação efetiva configuram formas sutis, porém significativas, de desqualificação. Ainda que socialmente legitimadas como cuidado ou proteção, tais práticas comunicam, de modo implícito, uma posição de inferioridade, contribuindo para a construção de relações assimétricas. Sob a perspectiva da cognição e da linguagem, trata-se de um fenômeno central, uma vez que a identidade é também produzida nas interações discursivas. Assim, quando a pessoa idosa deixa de ser reconhecida como sujeito de fala, deixa igualmente de ocupar, de forma plena, o lugar de sujeito de direitos.

Além disso, o apagamento da voz da pessoa idosa manifesta-se em diferentes contextos institucionais, como os serviços de saúde, assistência social, sistema de justiça e no âmbito familiar. Nesses espaços, a experiência do envelhecimento deixa de ser narrada pelo próprio sujeito e passa a ser mediada ou substituída por terceiros, o que favorece processos de homogeneização, infantilização e retirada de agência. Esse deslocamento discursivo não apenas limita a autonomia, mas também compromete o reconhecimento social da pessoa idosa como participante ativa das decisões que afetam sua própria vida.

O problema torna-se ainda mais grave em contextos marcados por baixa escolaridade, dependência econômica ou institucionalização prolongada, nos quais as condições de exercício da fala e da escuta já se encontram fragilizadas. Nessas situações, o silenciamento tende a se intensificar, produzindo ciclos de invisibilidade e exclusão que reforçam o etarismo estrutural. Desse modo, enfrentar o apagamento da voz da pessoa idosa implica não apenas modificar práticas linguísticas, mas também reconfigurar relações de poder, ampliando espaços efetivos de escuta, participação e reconhecimento.

5.4 Supressão digital e desigualdade informacional.

A digitalização acelerada dos serviços públicos, bancários, comunicacionais e de saúde produziu uma nova fronteira de exclusão para a pessoa idosa. Quando sistemas e plataformas são desenvolvidos sem adaptação, mediação ou oferta de formação específica, cria-se uma barreira que ultrapassa a dimensão técnica e se converte em exclusão cívica. Trata-se de um processo que não apenas dificulta o acesso, mas também restringe a participação plena na vida social contemporânea, cada vez mais mediada por tecnologias digitais.

O problema não reside na idade em si, mas na ausência de políticas consistentes de inclusão digital, no déficit de aplicação dos princípios de desenho universal e na insuficiência de suporte acessível. Em um contexto marcado pelo etarismo, as dificuldades tecnológicas enfrentadas pela pessoa idosa tendem a ser interpretadas como evidência de incapacidade individual, e não como expressão de falhas estruturais e institucionais. Tal interpretação reforça estigmas e legitima a manutenção de barreiras que poderiam ser superadas por meio de estratégias inclusivas.

A exclusão digital, por sua vez, compromete o acesso à informação, a serviços essenciais, a oportunidades de trabalho, à manutenção de vínculos sociais e ao exercício de direitos. Além disso, limita a participação em redes de sociabilidade que, para muitos idosos, passaram a desempenhar papel central na mediação do contato com familiares, instituições e comunidades. Diante desse cenário, a alfabetização digital da pessoa idosa

deve ser compreendida como uma política de cidadania, e não como uma atividade recreativa ou complementar, exigindo investimentos estruturais, formação continuada e abordagens pedagógicas sensíveis às especificidades desse público.

6. IMPACTOS DO ETARISMO NA VIDA COLETIVA

6.1 Trabalho, renda e idadismo laboral.

O mundo do trabalho constitui um dos espaços mais visíveis do etarismo contemporâneo. Revisão de escopo publicada na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia mostra que velhice, trabalho e idadismo se articulam em práticas que dificultam a contratação, a permanência e a valorização de trabalhadores mais velhos. Já estudos sobre a permanência no mercado de trabalho evidenciam que a participação laboral de pessoas idosas diminui com o avanço da idade, embora o trabalho siga sendo relevante para a autonomia, a satisfação e a inclusão social.

A exclusão laboral da pessoa idosa é sustentada por crenças de baixa adaptabilidade, menor produtividade e dificuldade tecnológica, frequentemente formuladas sem base empírica individual. O resultado é a expulsão precoce do mercado formal e o deslocamento para atividades informais, precárias ou mal remuneradas. Além de reduzir a renda e a proteção social, esse processo comunica à coletividade que a experiência envelhecida vale menos que a juventude, reforçando um ciclo cultural de descarte.

A discussão sobre o trabalho na velhice deve evitar simplificações. Permanecer ativo pode significar realização, pertencimento e continuidade de projetos de vida, mas também pode decorrer de necessidade econômica, insuficiência previdenciária ou ausência de proteção social. Em ambos os casos, o etarismo distorce o cenário, pois impede que a permanência ou a saída do trabalho resulte de uma escolha livre, realizada em um ambiente não discriminatório.

6.2 Relações intergeracionais e solidariedade social.

O etarismo mina a solidariedade intergeracional ao transformar a idade em um marcador rígido de separação entre grupos. O relatório da OMS sustenta que o idadismo enfraquece diretamente a solidariedade entre gerações. Pesquisas brasileiras sobre intergeracionalidade e promoção da saúde indicam, por outro lado, que a convivência entre diferentes faixas etárias pode produzir reconhecimento mútuo, aprendizagem recíproca e redução de preconceitos. Estudos sobre relações familiares intergeracionais demonstram que a pessoa idosa ocupa uma posição relevante na organização afetiva e prática das famílias, embora essa posição possa ser tensionada por sobrecarga, dependência e conflitos de papéis.

A infância e a juventude constituem momentos estratégicos para a construção de uma ética intergeracional. Quando o envelhecimento é tematizado apenas como decadência, as novas gerações aprendem a temê-lo ou a desprezá-lo. Em sentido contrário, programas escolares, comunitários e culturais que promovam a convivência significativa entre diferentes idades podem contribuir para a desconstrução de estereótipos e a ampliação da empatia. Trata-se não apenas de ensinar sobre a pessoa idosa, mas de produzir experiências compartilhadas nas quais a velhice apareça como parte legítima, plural e participativa da vida social.

6.3 Institucionalização e cuidado de longa duração.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) ocupam lugar central no debate sobre etarismo, cuidado e direitos. Revisões brasileiras apontam que essas instituições cumprem funções importantes de acolhimento e proteção, mas convivem com limites estruturais relacionados ao financiamento, ao quadro de pessoal, à gestão, à individualização dos cuidados e à inserção social dos residentes. Quando a institucionalização se torna uma solução rotineira diante da ausência de rede familiar, da pobreza, da sobrecarga de cuidado ou da incapacidade estatal de prover apoio domiciliar, corre-se o risco de transformar uma medida protetiva excepcional em um mecanismo segregador.

A crítica acadêmica às ILPIs não implica negar sua necessidade em determinadas situações, mas problematizar modelos centrados em rotinas rígidas, padronização excessiva e baixa participação da pessoa idosa nas decisões cotidianas. O cuidado sem escuta tende a converter proteção em tutela, e a tutela em silenciamento. Em uma perspectiva cognitivo-linguística, isso significa substituir a história de vida por protocolo, a biografia por rotina e a voz pela gestão.

O reordenamento das ILPIs, portanto, demanda uma perspectiva orientada por direitos, com a adoção de projetos individualizados de cuidado e maior abertura à comunidade, de modo a promover não apenas a proteção, mas também a autonomia, a participação e o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direitos.

6.4 Mídia, pandemia e construção pública da velhice.

A pandemia de Covid-19 expôs e intensificou formas públicas de ageísmo. Estudo publicado na Saúde em Debate analisou expressões e implicações do ageísmo contra a pessoa idosa em jornais durante esse período, demonstrando como o discurso midiático pode tanto reforçar estereótipos quanto denunciar desigualdades. Em muitos contextos, a pessoa idosa foi representada exclusivamente como grupo de risco, passivo e homogêneo, sem espaço para a pluralidade de experiências e formas de protagonismo.

Esse enquadramento revela-se problemático porque o risco sanitário real não autoriza a redução da velhice à condição de vulnerabilidade absoluta. Quando a representação pública da pessoa idosa oscila apenas entre fragilidade e custo social, apaga-se sua condição de sujeito político, produtor de sentido, trabalhador, cuidador, eleitor, conselheiro e membro ativo da comunidade. Nesse sentido, o etarismo midiático não apenas reflete, mas também alimenta o etarismo institucional, contribuindo para a naturalização de práticas excludentes e para a limitação do reconhecimento social da velhice em sua complexidade.

7. CAMPOS DOS GOYTACAZES E O DESAFIO LOCAL DO ENVELHECIMENTO

Pensar o envelhecimento em perspectiva territorial é decisivo, pois o etarismo se materializa de forma concreta nas cidades. Em municípios médios e grandes, as condições de mobilidade, o acesso a serviços, o desenho urbano, as políticas de convivência e a capacidade de investimento público afetam diretamente a experiência de envelhecer. O caso de Campos dos Goytacazes, no norte fluminense, é emblemático por combinar relevância regional, histórico de transformação econômica e persistentes desigualdades urbanas e sociais.

O município foi marcado, ao longo do tempo, por uma transição de centralidade econômica associada ao ciclo açucareiro para uma forte dependência das receitas

petrolíferas. Embora essa relativa abundância tenha ampliado o potencial fiscal em diferentes períodos, isso não se traduziu, necessariamente, em um projeto urbano consistente e duradouro orientado ao envelhecimento populacional. Nesse cenário, o debate sobre políticas para a pessoa idosa precisa ultrapassar medidas episódicas e incorporar planejamento de longo prazo, acessibilidade, cuidado comunitário, centros de convivência, escuta qualificada e programas intergeracionais.

A realidade local, portanto, convida a uma pergunta decisiva: como uma cidade que teve capacidade orçamentária expressiva pode se tornar, de fato, amiga da pessoa idosa? A resposta exige articulação entre saúde, assistência social, mobilidade, cultura, educação, habitação e tecnologia. Também demanda reconhecer que o envelhecimento não é um tema marginal, mas um eixo estruturante do presente municipal, que impacta diretamente a organização da vida urbana e das políticas públicas.

É fundamental considerar as desigualdades intraurbanas que marcam o território de Campos dos Goytacazes. Regiões periféricas e distritos mais afastados frequentemente enfrentam maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde, transporte público adequado e equipamentos de convivência, o que agrava situações de isolamento social entre pessoas idosas. Essas disparidades evidenciam que o envelhecimento não ocorre de forma homogênea, sendo profundamente atravessado por fatores socioeconômicos e territoriais.

A construção de uma cidade mais inclusiva para a pessoa idosa passa, necessariamente, pela valorização de sua participação ativa na vida pública. Isso implica fortalecer conselhos municipais, ampliar canais de escuta e incentivar a presença de pessoas idosas na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. Mais do que destinatárias de ações, essas pessoas devem ser reconhecidas como protagonistas na construção de uma cidade que respeite a diversidade etária e promova a dignidade ao longo de todo o curso da vida.

8. DISCUSSÃO

O etarismo impõe custos cognitivos e linguísticos irrecuperáveis, mas intervenções intergeracionais — via educação, urbanismo e narrativas gerativas — podem ressignificar velhices plurais. Recomenda-se a adesão municipal ao Plano Nacional de Cuidados e a programas como “Sociedade Amiga do Idoso” (OMS).

Estudos futuros incluem pesquisas longitudinais em Campos/RJ para validar impactos. A longevidade é uma realidade; cabe ao Estado honrá-la como renovação freiriana.

Os achados da literatura e dos documentos analisados permitem sustentar que o etarismo é mais do que preconceito interpessoal: trata-se de uma racionalidade social que organiza expectativas, hierarquias e distribuições de valor em torno da idade. Ao operar simultaneamente no plano simbólico e material, o fenômeno produz efeitos em cadeia. A linguagem inferioriza; a instituição padroniza; a política omite; o mercado exclui; a cidade dificulta; a família, por vezes, silencia. O resultado agregado é a precarização do envelhecer.

No plano teórico, a principal contribuição do campo da cognição e linguagem está em evidenciar que a discriminação etária não se produz apenas pela negação explícita de direitos, mas também pela circulação de categorias, metáforas e formas de endereçamento que redefinem quem pode falar, decidir, ensinar, trabalhar e participar. Há, portanto, uma gramática do etarismo. Essa gramática comparece em piadas, formulários, discursos médicos, falas familiares, notícias e práticas administrativas. Rompê-la exige intervenção cultural sistemática.

O enfrentamento do etarismo requer, ademais, deslocar a compreensão da pessoa idosa do lugar de objeto de cuidado para o lugar de sujeito de direitos e de palavra. Isso implica reconhecer capacidades, limites e necessidades de modo singularizado. A perspectiva das velhices plurais é decisiva porque impede respostas homogêneas a problemas heterogêneos. Políticas universais precisam ser combinadas com atenção às desigualdades concretas que estruturam diferentes experiências de envelhecimento.

As evidências também mostram que intervenções intergeracionais possuem potencial estratégico. Educação para o envelhecimento, convívio significativo entre gerações, oficinas de memória, práticas culturais partilhadas e inclusão digital assistida podem reduzir estereótipos, ampliar a empatia e fortalecer o pertencimento comunitário. Não se trata de romantizar relações entre gerações, mas de construir mediações sociais capazes de combater a divisão etária como forma de desagregação coletiva.

No campo institucional, é indispensável reordenar o cuidado de longa duração. As ILPIs devem ser compreendidas como equipamentos integrantes de uma rede ampliada de proteção, e não como solução isolada ou substitutiva da convivência social. Isso requer financiamento, formação profissional, projetos individualizados, abertura comunitária e centralidade da escuta da pessoa idosa.

No campo jurídico-político, o desafio central não é apenas normativo, mas de implementação. A Constituição Federal e o Estatuto da Pessoa Idosa oferecem bases robustas para proteção e participação; porém, sua efetividade depende de prioridade pública, orçamento, monitoramento e mudança cultural. Em outras palavras, o combate ao etarismo não se esgota em campanhas de sensibilização: exige transformação institucional e redistribuição de atenção política.

9. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

A partir do percurso analítico desenvolvido, é possível delinear um conjunto de diretrizes voltadas à intervenção social e institucional no enfrentamento do etarismo. Tais propostas não devem ser compreendidas de forma isolada, mas como parte de uma estratégia integrada, capaz de articular diferentes setores e níveis de atuação.

Entre as principais diretrizes, destaca-se a inserção sistemática da educação para o envelhecimento e da convivência intergeracional nos sistemas de ensino. Trata-se de promover projetos permanentes que favoreçam o contato significativo entre estudantes e pessoas idosas, articulando memória, cidadania, história local e uso de tecnologias, de modo a desconstruir estereótipos e fortalecer vínculos sociais.

No campo da inclusão digital, é fundamental ampliar políticas voltadas à pessoa idosa, com oferta de formação continuada, apoio presencial, desenvolvimento de interfaces acessíveis e aplicação efetiva dos princípios de desenho universal em serviços públicos e privados. A superação da exclusão digital deve ser tratada como condição para o exercício pleno da cidadania contemporânea.

No âmbito do cuidado de longa duração, impõe-se o reordenamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) a partir de uma perspectiva de direitos. Isso implica maior individualização do cuidado, ampliação da participação dos residentes nas decisões cotidianas, integração com a comunidade e fortalecimento de mecanismos de regulação e fiscalização qualificada.

No que se refere ao trabalho, é necessário desenvolver políticas que enfrentem o idadismo laboral, por meio de estímulos à contratação e à permanência qualificada de trabalhadores mais velhos, investimento em formação digital e reconhecimento da experiência profissional acumulada ao longo da vida.

Na área da saúde, destaca-se a importância do fortalecimento da atenção primária voltada à pessoa idosa, incluindo o rastreio cognitivo oportuno, o manejo adequado de demências, o apoio às famílias cuidadoras e o enfrentamento do estigma associado ao envelhecimento e às condições neurocognitivas.

Do ponto de vista urbano, o planejamento das cidades deve ser orientado pelos princípios de acessibilidade e pela concepção de cidades amigas da pessoa idosa, com transporte público acessível, espaços públicos seguros, sinalização adequada e oferta de equipamentos de convivência que favoreçam a participação social.

É essencial promover campanhas públicas que evitem a infantilização da velhice e valorizem a autonomia, a diversidade, a contribuição social e o direito à participação da pessoa idosa, contribuindo para a transformação das representações sociais sobre o envelhecimento.

Essas propostas ganham maior consistência quando compreendidas de maneira articulada. Ações educacionais desvinculadas de políticas urbanas, iniciativas de saúde desconectadas da inclusão digital ou garantias jurídicas sem suporte em serviços concretos tendem a produzir resultados limitados. Dada a complexidade do etarismo, seu enfrentamento exige respostas intersetoriais, contínuas e sustentadas ao longo do tempo.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O etarismo constitui uma das formas mais naturalizadas de desigualdade na contemporaneidade e afeta de maneira decisiva a vida individual e coletiva da pessoa idosa no Brasil. Ao reduzir a velhice à improdutividade, à fragilidade ou à incapacidade, esse fenômeno compromete a saúde, a autonomia, o trabalho, o reconhecimento simbólico, a participação social e o acesso a direitos, produzindo múltiplas formas de exclusão que se reforçam mutuamente.

A análise desenvolvida evidenciou que os impactos do etarismo ultrapassam o plano moral e subjetivo, manifestando-se de forma concreta em estruturas institucionais, práticas de cuidado, relações familiares, formas de comunicação, dinâmicas laborais, processos de institucionalização, exclusão digital e omissões políticas. No campo da cognição e linguagem, demonstrou-se que a maneira como a sociedade fala sobre a velhice — e como se dirige à pessoa idosa — participa ativamente da construção de sua posição social, contribuindo para sua valorização ou desqualificação.

Diante do envelhecimento populacional acelerado, a permanência de modelos sociais centrados exclusivamente na juventude revela-se não apenas injusta, mas também disfuncional. Uma sociedade que não escuta seus idosos empobrece sua memória coletiva, enfraquece a solidariedade entre gerações e compromete sua capacidade de projetar um futuro comum. Em sentido oposto, reconhecer as velhices em sua pluralidade e afirmar a pessoa idosa como sujeito de direitos, de experiência e de palavra constitui condição fundamental para a construção de uma democracia substantiva e de um desenvolvimento social inclusivo.

Nesse contexto, a noção de geratividade, formulada por Erik Erikson, revela-se especialmente relevante. Trata-se da capacidade humana de criar, cuidar, transmitir valores e deixar legados para as gerações futuras, constituindo-se como elemento central da continuidade social. Quando a geratividade encontra espaço, promove sentido, pertencimento e integração; quando é bloqueada, dá lugar à estagnação, marcada pela perda de propósito e pelo enfraquecimento dos vínculos sociais. Assim, reconhecer e valorizar a contribuição da pessoa idosa implica também criar condições para que essa dimensão gerativa se realize plenamente.

Importa destacar, ainda, que não existe uma única forma de envelhecer, mas múltiplas velhices, atravessadas por fatores sociais, econômicos, culturais e territoriais. Essa compreensão impede a adoção de respostas homogêneas para realidades diversas e reforça a necessidade de políticas públicas sensíveis às desigualdades concretas que estruturam as experiências de envelhecimento. Do mesmo modo, é fundamental problematizar práticas que, sob o pretexto de cuidado, podem resultar em formas de controle excessivo, como o uso indiscriminado de medicações, exigindo abordagens éticas, individualizadas e centradas na pessoa.

As reflexões apresentadas indicam que o enfrentamento do etarismo exige mais do que atenção pontual ou observação empírica. Trata-se de um desafio que demanda mudança de perspectiva estrutural, superando abordagens superficiais, reativas e fragmentadas. Nesse sentido, a pesquisa acadêmica assume papel estratégico na produção de conhecimento crítico, capaz de orientar políticas públicas, práticas institucionais e transformações culturais, tanto no contexto domiciliar quanto nas Instituições de Longa Permanência para Idosos.

É igualmente importante considerar a pluralidade de perspectivas envolvidas nesse campo, valorizando o diálogo entre pesquisadores, profissionais, instituições e as próprias pessoas idosas. A escuta qualificada e a incorporação dessas diferentes vozes permitem identificar necessidades reais, aprimorar práticas e legitimar intervenções mais efetivas, seja no âmbito familiar, comunitário ou institucional.

Por fim, o enfrentamento do etarismo deve ser assumido como tarefa ética, política, educacional e institucional. Mais do que proteger a pessoa idosa contra abusos, trata-se de reconstruir a própria imaginação social sobre o envelhecimento. O desafio contemporâneo não é apenas viver mais, mas garantir condições para envelhecer com dignidade, reconhecimento, participação e sentido, afirmando a velhice como parte integrante, legítima e valiosa da experiência humana.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Senado Federal,** 1988.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 5 jan. 1994.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022:** resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. **Dados estatísticos da Previdência Social**. Brasília, DF: INSS, 2026.

KOTRE, John. **Outliving the self:** generativity and the interpretation of lives. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1984.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução 45/106**: International Day of Older Persons. Nova York: ONU, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global age-friendly cities:** a guide. Geneva: WHO, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre o idadismo (ageism)**. Geneva: WHO, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ageism:** a global perspective. Geneva: WHO, 2022.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos**. Washington, DC: OEA, 2015.

PIXAR ANIMATION STUDIOS. Up: Altas Aventuras. Direção: Pete Docter. Estados Unidos: Walt Disney Pictures, 2009.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

AUSTERIDADE FISCAL E A PRODUÇÃO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA: Uma Análise Bioética e Sociológica sobre o Estigma na Reabilitação do SUS

FISCAL AUSTERITY AND THE SOCIAL PRODUCTION OF DISABILITY: A Bioethical and Sociological Analysis of Stigma in Rehabilitation within the Brazilian Unified Health System

Thaísa Pessanha de Souza Rodrigues
https://orcid.org/0009-0003-1799-9463
Gisele Almeida da Silva Viana
https://orcid.org/0009-0006-9681-8123
João Carlos de Aquino Almeida
https://orcid.org/0000-0002-4059-9930
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: Este estudo analisa o impacto deletério da Emenda Constitucional 95 (EC 95) na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) do Sistema Único de Saúde (SUS), sob uma perspectiva interdisciplinar fundamentada na Bioética da Proteção e na Sociologia da Saúde. O objetivo central consiste em investigar como o congelamento de gastos públicos por vinte anos compromete a transição do modelo médico para o biopsicossocial, utilizando como marcos teóricos a fenomenologia de Susan Wendell, o estigma de Erving Goffman e a expansão de capacidades de Amartya Sen. Os resultados indicam que a austeridade fiscal atua como um mecanismo de estigmatização institucional e "necropolítica orçamentária", produzindo "deficiência social" ao privar o sujeito de tecnologias assistivas essenciais. Reafirma-se o SUS como ferramenta de cidadania inalienável para a justiça social no Brasil.

Palavras-chave: Bioética; Estigma; Reabilitação; SUS; Austeridade.

Abstract: This study analyzes the deleterious impact of Constitutional Amendment 95 (EC 95) on the Care Network for People with Disabilities (RCPD) of the Unified Health System (SUS), from an interdisciplinary perspective grounded in the Bioethics of Protection and the Sociology of Health. The central objective is to investigate how the freezing of public spending for twenty years compromises the transition from the medical model to the biopsychosocial model, using as theoretical frameworks the phenomenology of Susan Wendell, the stigma of Erving Goffman, and the expansion of capabilities of Amartya Sen. The results indicate that fiscal austerity acts as a mechanism of institutional stigmatization and "budgetary necropolitics,"

[1]Mestranda pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, taisapesssanha@gmail.com ;
[2][2]Aluna Especial de Mestrado pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, pastoragisele79@gmail.com ;
[3]João Carlos de Aquino Almeida – Licenciado em Biologia, Bacharel em Filosofia, Mestre e Doutor em Biofísica – Professor da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Email jalmeida@uenf.br ;
[4][3]Pós-doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com ;
[5][4]Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;

producing "social disability" by depriving individuals of essential assistive technologies. The SUS is reaffirmed as an inalienable tool of citizenship for social justice in Brazil.

Keywords: Bioethics; Stigma; Rehabilitation; Brazilian Public Health System (SUS); Austerity.

1. INTRODUÇÃO

Fundamentado no pacto social de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como um modelo de proteção social universal e inclusivo. Contudo, esse projeto civilizatório tem sido sistematicamente tensionado por diretrizes de austeridade fiscal que comprometem sua sustentabilidade e a expansão do acesso. O advento da Emenda Constitucional 95 de 2016 agravou o subfinanciamento crônico ao instituir o Novo Regime Fiscal, congelando os investimentos reais em saúde por duas décadas. Tal restrição orçamentária negligencia variáveis críticas como a transição demográfica acelerada e a crescente prevalência de patologias crônicas de alta complexidade. Especificamente na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), o estrangulamento financeiro impõe barreiras à expansão dos pontos de atenção e à provisão de tecnologias assistivas fundamentais para o exercício pleno da autonomia (Pedrosa, 2022; Fernandes, Denari, 2017; Brasil, 1988, 2012, 2017).

Para este estudo, adotou-se uma abordagem metodológica qualitativa, fundamentada em uma revisão integrativa da literatura, promovendo a intersecção analítica entre os referenciais teóricos da Bioética e da Sociologia. A busca bibliográfica foi conduzida nas bases de dados SciELO, BVS, Google Acadêmico e na plataforma Research Rabbit. Utilizaram-se descritores como "equidade em saúde", "direito à saúde" e "crise de financiamento", aplicando critérios de inclusão e exclusão rigorosamente alinhados ao escopo temático e ao recorte temporal delimitado para a pesquisa. O percurso analítico dedicou-se a investigar as intersecções entre as dinâmicas econômicas, os ordenamentos jurídicos e as práticas sanitárias, estabelecendo nexos entre o subfinanciamento crônico e a fragilização progressiva do direito à saúde no Brasil contemporâneo (Bertolozzi; Greco, 1996; Rodrigues; Schramm, 2022).

A problematização central parte da hipótese de que o subfinanciamento estrutural não é apenas uma falha contábil, mas projeta uma desvalorização ética sistemática de corpos considerados "improdutivos" pela lógica capitalista. Ao restringir o fornecimento de órteses e próteses, o Estado deixa de atuar como provedor para se tornar um gestor da escassez, empurrando o sistema de volta ao "facilitarismo médico", onde o laudo rápido substitui o cuidado biopsicossocial. Este processo revela que a austeridade fiscal atua como um teto limitador das liberdades reais, transformando a restrição orçamentária em uma barreira existencial intransponível (Pedrosa, 2022; Sen, 2000; Mendes, Carnut, 2018).

O objetivo deste estudo é analisar as vulnerabilidades bioéticas e sociológicas produzidas pela negligência institucional na reabilitação pública brasileira. Busca-se demonstrar como a falência programada das estruturas de cuidado opera o que se define como "necropolítica orçamentária", decidindo indiretamente quais indivíduos terão suporte para a vida autônoma e quais serão abandonados à morte social. A análise pretende desvelar as marcas do estigma que a espera crônica e a precariedade tecnológica imprimem na identidade do usuário do SUS (Mbembe, 2016; Schramm, 2009; Passos, Lacerda, 2025).

O marco teórico integra a fenomenologia de Susan Wendell, a sociologia do estigma de Goffman (1963) e a expansão de capacidades de Amartya Sen, em diálogo com a proposta do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) de Gadelha e Temporão (2018). Conclui-se esta introdução reforçando que a superação da crise exige romper com o consenso neofiscalista para restaurar a dignidade biopsicossocial como motor de justiça social. A relevância deste

trabalho para a equidade reside na defesa da soberania tecnológica e do cuidado integral como ferramentas inalienáveis da cidadania brasileira (Wendell, 1996; Goffman, 1963; Gadelha, 2018; Paim, 2018).

2. O SUBFINANCIAMENTO COMO MECANISMO DE EXCLUSÃO INSTITUCIONAL

A implementação da EC 95 consolidou no Brasil o que é definido por Pedrosa (2022) como a transição do "Estado garantidor" para a "Gestão da Escassez". Segundo este autor, o Novo Regime Fiscal estabeleceu um teto que altera drasticamente o orçamento público da saúde, evoluindo do subfinanciamento crônico para um cenário de desmonte deliberado de políticas sociais conquistadas. Essa política não atinge toda a sociedade de forma igualitária, pois recai sobre as populações que dependem exclusivamente das transferências federais para o custeio de serviços básicos de reabilitação e saúde primária (Pedrosa, 2022).

A lógica fiscal imposta pela austeridade ignora variáveis biológicas fundamentais, resultando no que se sustenta ser a fragilização da autonomia do direito à saúde. Para Freire e Hamilton (2019), o comprometimento dos limites mínimos de financiamento nega, na prática, a efetivação dos direitos fundamentais previstos no pacto constitucional de 1988. No campo da deficiência, esse cenário traduz-se na estagnação da provisão de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), paralisando o fluxo de novas habilitações de centros de reabilitação no território nacional (Freire, Hamilton, 2019).

Sob a ótica de Sen (2000), o subfinanciamento da saúde pública deve ser compreendido como uma privação deliberada de capacidades básicas. Sen argumenta que a deficiência constitui uma "desvantagem de conversão", na qual o indivíduo necessita de proporcionalmente mais recursos para alcançar o mesmo nível de agência que alguém sem deficiência. Quando o Estado corta investimentos na RCPD, ele retira do sujeito a liberdade real de se locomover, trabalhar e participar da vida política, tornando a pobreza uma restrição de agência multidimensional (Sen, 2000).

A dinâmica entre Pedrosa (2022) e Sen (2000) revela que a austeridade orçamentária alimenta um apartheid assistencial no Brasil contemporâneo. Enquanto Pedrosa (2022) mapeia a precarização da infraestrutura física dos serviços públicos, Machado et al. (2018) reforçam que essa precarização é acompanhada por renúncias fiscais que favorecem o setor privado em detrimento da maioria pobre. A falha estatal em fornecer tecnologia de ponta no SUS não é um erro técnico, mas uma restrição política que impede milhões de cidadãos de exercerem sua autonomia plena (Pedrosa, 2022; Machado et al., 2018).

Conclui-se que o subfinanciamento opera como um mecanismo de exclusão que empurra a política pública de volta ao paradigma clínico-centrado e reducionista. Em um sistema operando no limite de sua capacidade financeira, a tendência é o retorno ao redução do cuidado a práticas clínicas simplificadas, onde o laudo funcional rápido substitui a análise biopsicossocial profunda das barreiras sociais. Assim, a exclusão institucional é solidificada quando a racionalidade contábil do Tesouro Nacional se sobrepõe à expansão das capacidades humanas defendida pela Bioética. (Pedrosa, 2022; Sen, 2000).

3. O ESTIGMA DE GOFFMAN E A IDENTIDADE DETERIORADA NA FILA DE ESPERA

A vivência da deficiência no SUS sob regimes de austeridade pode ser profundamente analisada através da categoria de identidade deteriorada. Para Goffman (1963), o estigma surge, o estigma surge na discrepância entre a "identidade social virtual" (expectativas) e a "identidade social real" (atributos possuídos), gerando um profundo descrédito social. No contexto das filas

intermináveis geradas pela EC 95, o indivíduo deixa de ser visto como um cidadão de direitos para se tornar um "paciente em espera", cuja existência é marcada pela precariedade institucional (Goffman, 1963).

O "estigma da precariedade" é agravado quando o Estado fornece equipamentos de baixa qualidade ou mantém o sujeito em situação de abandono crônico. Goffman (1963) classifica as deficiências como marcas que podem gerar percepções de *"defeitos de caráter"*, e a falta de tecnologias assistivas confirma esses estereótipos capacitistas de dependência absoluta. A reabilitação, quando negada ou precarizada, transforma o corpo em um atestado de invisibilidade, onde o sujeito é privado do encontro de subjetividades necessário para sua autonomia (Goffman, 1963).

A análise de Mbembe (2016) eleva essa exclusão ao nível da soberania estatal, caracterizando o desfinanciamento como uma prática de necropolítica. Mbembe (2016) afirma que a soberania reside no poder de ditar quem pode viver com plenitude e quem deve ser exposto à morte social e biológica. No SUS, isso se manifesta em uma "necropolítica burocrática", onde a falha sistemática em fornecer insumos básicos condena indivíduos a condições de "mortos-vivos" institucionais (Mbembe, 2016).

A tensão dialógica entre Goffman (1963) e Mbembe (2016) revela que a fila de espera não é um fenômeno neutro, mas uma "zona de abandono" que desumaniza o sujeito. Enquanto Goffman (1963) foca na manipulação da identidade marcada, Mbembe (2016) descreve a transformação de populações em *"seres supérfluos"* para a lógica do capital financeiro. Quando o Estado imobiliza o corpo por falta de investimento, ele está carimbando a identidade desse indivíduo com o estigma da incapacidade produtiva, operando uma gestão do abandono (Goffman, 1963; Mbembe, 2016).

Por fim, a educação libertadora e a participação social surgem como contrapontos fundamentais à desumanização imposta pelo estigma. Argumenta-se que a opressão é alimentada pelo silenciamento das vozes políticas, e a austeridade, ao imobilizar o corpo, silencia também a agência democrática do sujeito. Para superar a "identidade deteriorada", é urgente que o SUS seja reafirmado como um espaço de luta contra a naturalização do sofrimento e pela restauração do direito ao projeto de vida plena (Goffman, 1963; Mbembe, 2016).

4. CORPOS VULNERÁVEIS E A ÉTICA DO CUIDADO EM SUSAN WENDELL

Susan Wendell (1996) oferece uma crítica fundamental à austeridade ao discutir como a sociedade contemporânea "rejeita" corpos que lembram a finitude e a vulnerabilidade humana. Para Wendell, a deficiência é construída através de um processo de exclusão social e da idealização de um corpo "normal", saudável e produtivo. A EC 95 institucionaliza essa rejeição ao comunicar que o suporte a esses corpos é um fardo econômico, reforçando o medo cultural da interdependência e privatizando o ônus do cuidado (Wendell, 1996).

A ética do cuidado em Wendell destaca a necessidade de transcender a normatividade morfofuncional em favor de um diálogo que respeite a singularidade do existir com deficiência. Wendell (1996) argumenta que a austeridade privatiza o cuidado na forma de trabalho não remunerado, recaindo majoritariamente sobre as mulheres no âmbito doméstico. Essa *"incompatibilidade capitalista"* ignora o tempo orgânico do corpo vulnerável, priorizando uma produtividade incessante que exclui aqueles que não podem acompanhar o que pode ser interpretado como uma incompatibilidade com a lógica produtivista (Wendell, 1996).

Sen (2000) dialoga com Wendell ao propor que o desenvolvimento social deve ser visto como a expansão das liberdades reais. Para Sen, o investimento em saúde não é um gasto a ser cortado, mas uma "pré-condição para a agência econômica e social". Quando o Estado abandona sua função mediadora na reabilitação, ele viola tanto a ética do cuidado de Wendell

quanto a agência de Sen, deixando o indivíduo à mercê de uma infraestrutura urbana hostil e excludente (Sen, 2000; Wendell, 1996).

A Bioética da Proteção propõe que a aceitação da vulnerabilidade deve ser uma prática ética transversal na formação dos profissionais de saúde. Esta vertente defende que indivíduos vulnerados necessitam de cuidados específicos e medidas reparadoras que garantam a equidade no atendimento. Ao cruzar Wendell e a Bioética da Proteção, percebe-se que o cuidado integral exige o reconhecimento da fragilidade humana como parte da diversidade, visando transformar o modelo biopsicossocial de uma exigência legal em um cuidado real e humanizado (Wendell, 1996; Schramm, 2008).

Conclui-se que o "corpo rejeitado" pela austeridade fiscal é o espelho de uma democracia fragilizada que não tolera a diferença física e funcional. A análise fenomenológica de Wendell (1996) revela que o reconhecimento da condição física do outro é o desafio fundamental às noções patriarcais de controle e normalidade. Reverter a lógica da EC 95 exige um novo pacto civilizatório que reconheça a deficiência como uma dimensão da diversidade humana merecedora de pleno suporte estatal e reconhecimento ético inalienável (Wendell, 1996; Sen, 2000).

5. INOVAÇÃO E SOBERANIA: O CEIS COMO VETOR DE DIGNIDADE

Gadelha e Temporão (2018) introduzem o conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) para demonstrar que a saúde é, simultaneamente, um direito social e um vetor estratégico de desenvolvimento nacional. Segundo Gadelha e Temporão (2018), o bem-estar não apenas cabe no PIB, mas pode atuar como uma alavanca para a soberania econômica e tecnológica em saúde. O subfinanciamento da EC 95 atinge duplamente o CEIS ao reduzir o poder de compra do SUS para órteses e próteses e ao cortar recursos vitais de ciência, tecnologia e inovação local (Gadelha, Temporão, 2018).

A soberania tecnológica é uma questão de segurança nacional e de garantia fundamental de direitos para a pessoa com deficiência. Gadelha et al. (2020) argumentam que a lógica da austeridade trata o fomento a laboratórios públicos como "gasto excessivo", mantendo o SUS refém de importações e flutuações cambiais. No entanto, a produção nacional de tecnologias assistivas é o que materializa o direito constitucional, transformando o que Gadelha denomina "soberania de papel" em uma realidade acessível e digna para milhões de cidadãos (Gadelha et al., 2021).

A análise de Mbembe (2016) sobre necropolítica contextualiza a importância estratégica do investimento no CEIS como ferramenta de resistência. Quando o Estado falha em produzir tecnologia, ele cria "zonas de morte social" por negligência técnica sistemática frente a necessidades básicas. O investimento industrial funcionaria como uma tecnologia de enfrentamento da exclusão estrutural, permitindo que o sistema de saúde transite da mera gestão do abandono para uma política que garanta a vida plena através da autonomia técnica (Gadelha, Temporão, 2018; Mbembe, 2016).

A integração do CEIS com as necessidades da RCPD permitiria reduzir o apartheid assistencial discutido por Souza (2021). Enquanto o teto de gastos favorece o dinamismo do setor privado e a renúncia fiscal para a elite, Gadelha e Temporão (2018) propõem um círculo virtuoso onde a demanda pública gera inovação local e reduz custos unitários de equipamentos de reabilitação. Essa integração permitiria que a tecnologia assistiva deixasse de ser vista como um "luxo" financeiro para se tornar uma dimensão da justiça social distributiva e equidade (Gadelha, Temporão, 2018; Souza, 2021).

Em última análise, o CEIS deve ser o pilar de uma nova política que coloque a autonomia do sujeito no centro do desenvolvimento econômico. A soberania tecnológica defendida pelos autores Gadelha e Temporão (2018) é o que garante que a reabilitação não seja

esvaziada pelos imperativos cegos do capital financeiro internacional. Integrar a produção industrial às necessidades biopsicossociais dos usuários é a estratégia definitiva para garantir que o SUS continue sendo um instrumento inalienável de cidadania e soberania nacional no século XXI (Gadelha, Temporão, 2018; Pedrosa, 2022).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão revela uma tensão inconciliável entre os imperativos fiscais da EC 95 e a expansão das capacidades humanas. A lógica da "Gestão da Escassez" atrofia o potencial de cidadãos através do subfinanciamento estrutural. Neste cenário, o teto de gastos atua como o braço operacional da necropolítica orçamentária, ditando quem terá suporte para a vida e quem será abandonado à invisibilidade. A austeridade fiscal funciona como um dispositivo de produção de "identidade deteriorada", utilizando a falha do serviço público para justificar novos cortes (Pedrosa, 2022; Sen, 2000).

O confronto entre as perspectivas de Wendell (1996) e Goffman (1963) aprofunda a compreensão da Bioética na reabilitação do SUS. Wendell (1996) identifica que a exclusão não é apenas física, mas fenomenológica, baseada na rejeição cultural do corpo que lembra a vulnerabilidade, enquanto Goffman (1963) mostra como o Estado, ao negligenciar o fornecimento de tecnologias assistivas, "marca" o indivíduo com o estigma da incapacidade produtiva. Essa convergência teórica sugere que a austeridade fiscal funciona como um dispositivo de produção de "identidade deteriorada", no qual a falha deliberada do serviço público é utilizada para justificar novos cortes sob o pretexto de ineficiência (Goffman, 1963; Wendell, 1996).

A "*necropolítica orçamentária*" de Mbembe (2016) manifesta-se no cotidiano das filas de espera e na precarização da vida nua desassistida. Em diálogo ao trabalho dos autores Gadelha e Temporão (2018), percebe-se que a dependência tecnológica brasileira não é apenas um problema econômico, mas uma escolha política que expõe certas vidas à precariedade extrema. A ausência de fomento a uma indústria nacional assistiva materializa a exclusão e a desproteção dos "vulnerados", confirmando que a austeridade é um mecanismo que dita quem deve permanecer imobilizado pela escassez técnica imposta pelo Estado (Gadelha, Temporão, 2018; Mbembe, 2016).

A urgência bioética exige que a vigilância social e a agência coletiva ocupem o centro do debate sobre o futuro do sistema de saúde. Como defendido por autores da Reforma Sanitária e Bioética da Proteção, o reconhecimento das opressões é o primeiro passo para a transformação das práticas sanitárias em políticas de vida plena. A superação do estigma da precariedade depende da afirmação da saúde como investimento civilizatório, rompendo com o "facilitarismo médico" para restaurar a dignidade biopsicossocial do sujeito com deficiência.

Os achados demonstram que a austeridade fiscal atua como mecanismo produtor de deficiência social e exclusão institucional. O desfinanciamento não é meramente contábil, mas uma política de processos estruturais de exclusão social. É imperativo expandir o CEIS como vetor de soberania e autonomia nacional para restaurar a dignidade humana. A reconstrução da RCPD exige romper com o consenso neofiscalista e reafirmar o pacto civilizatório de 1988. A problematização inicial confirmou-se: o subfinanciamento projeta uma desvalorização ética que estigmatiza o corpo, reduzindo-o a uma condição de passividade e "identidade deteriorada" alimentada pela negligência estatal (Mbembe, 2016; Wendell, 1996; Sen, 2000; Goffman, 1963; Pedrosa, 2022).

Respondendo à problematização, observa-se que a rede de saúde, estrangulada pelo teto de gastos, não consegue fornecer o suporte material necessário para que as garantias legais se concretizem na prática cotidiana. O descompasso entre uma legislação avançada, como o Estatuto da Pessoa com Deficiência, e a realidade material de um SUS subfinanciado aprofunda

o apartheid assistencial e o sofrimento ético-político dos usuários. O retorno ao modelo médico-hegemônico como critério de triagem representa uma força regressiva que ignora o potencial de participação social do modelo biopsicossocial, transformando a economia em um fator incapacitante para milhões (Pedrosa, 2022; Souza, 2021).

Este trabalho beneficia a sociedade ao apontar alternativas concretas para a restauração da dignidade humana: é imperativo expandir o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) como vetor de soberania e autonomia nacional. O fortalecimento da participação social e a valorização das equipes multidisciplinares na APS são passos fundamentais para reverter o estigma da precariedade e garantir a integralidade do cuidado. A integração da política industrial com as necessidades da RCPD permitiria que a reabilitação deixasse de ser vista como um fardo econômico, passando a ser compreendida como um motor de desenvolvimento social sustentável (Gadelha e Temporão, 2018; Pedrosa, 2022; Sen, 2000).

O SUS reafirma-se, portanto, como uma ferramenta inalienável de cidadania e democracia substantiva para a justiça social no Brasil contemporâneo. A reconstrução da RCPD exige coragem política para romper com o consenso neofiscalista e reafirmar o pacto civilizatório de 1988 contra os imperativos cegos do capital financeiro. A pessoa com deficiência reivindica o direito de ser protagonista de sua própria história, livre das barreiras e estigmas que a austeridade teima em perpetuar através da negligência institucional programada (Pedrosa, 2022; Wendell, 1996; Goffman, 1963).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília**, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 abr. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 07 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolida normas sobre as redes temáticas integradas de atenção à saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2017.

CARNUT, L.; MENDES, Á. **Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública**. Argumentum, v. 10, n. 2, p. 108-121, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i2.19528. Acesso em: 07 maio 2026.

FERNANDES, A. P. C. dos S.; DENARI, F. E. Pessoa com deficiência: estigma e identidade. **Revista da FAEEBA:** Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 26, n. 50, p. 77-89, 2017. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-70432017000300077&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2026.

FREIRE, S. G.; HAMILTON, P. D. V. **Novo Regime Fiscal: normas orçamentárias a serviço da fragilização da autonomia do direito**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2019. Disponível em: https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/19588. Acesso em: 04 maio 2026.

GADELHA, C. A. G.; KAMIA, F. D.; MOREIRA, J. D. D. **Dinâmica global, impasses do SUS e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde** (CEIS) como saída estruturante da crise. Cadernos do Desenvolvimento, v. 15, n. 26, p. 69-88, 2020.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. **Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1929-1934, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018. Acesso em: 06 maio 2026.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1963.

MACHADO, C. V. et al. **Política de saúde no Brasil em tempos de crise**. Ciência & Saúde Coletiva, 2018.

MBEMBE, A. **Necropolítica.** Arte & Ensaios, Rio de Janeiro, n. 32, p. 122-151, 2016. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993. Acesso em: 05 maio 2026.

PASSOS, J.; LACERDA, N. M. et al. **Repórter SUS:** dez anos após a Lei de Inclusão, SUS ainda falha no atendimento à pessoa com deficiência. Saúde em Debate, 2025. Disponível em: https://fiocruz.br/noticia/2025/07/reporter-sus-dez-anos-apos-lei-de-inclusao-sus-ainda-falha-no-atendimento-pessoa. Acesso em: 07 maio 2026.

PEDROSA, K. A. et al. **Necessidade de reconfiguração do financiamento do SUS diante da austeridade:** uma revisão narrativa. Research, Society and Development, v. 11, n. 5, e8711527785, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27785. Acesso em: 05 maio 2026.

RODRIGUES, B.; SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva. **Revista Bioética**, v. 30, n. 2, p. 276-285, 2022. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2765. Acesso em: 05 maio 2026.

SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde (SUS): uma análise pela perspectiva da proteção. **Revista Bioética**, 2009.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
SOUZA, T. M. S. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais na saúde. São Paulo: USP, 2021.

WENDELL, S. **The rejected body:** feminist philosophical reflections on disability. New York: Routledge, 1996.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

O EMPODERAMENTO FEMININO (60+): VITALIDADE, ESPIRITUALIDADE E SOLITUDE.

WOMEN'S EMPOWERMENT AGE (60+): VITALITY, SPIRITUALITY, AND SOLITUDE.

Regina Gomes Costa
https://orcid.org/0009-0006-7335-5867
Sayonara de Andrade Dutra
https://orcid.org/0009-0002-9294-3876
Ana Paula dos Santos Vasconcelos
https://orcid.org/0009-0004-2373-3685
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: O presente estudo insere-se no campo das discussões sobre envelhecimento, gênero e subjetividade, abordando o empoderamento de mulheres idosas ativas (60+), com ênfase na relação entre vitalidade, solitude e religiosidade. Historicamente, a mulher foi socialmente construída como sujeito dependente, frágil e subordinado, com sua identidade frequentemente reduzida ao espaço doméstico e à utilidade no lar. No entanto, transformações socioculturais contemporâneas têm possibilitado novas formas de existência e participação social para esse público. O objetivo desta pesquisa é analisar como o empoderamento se manifesta na velhice feminina, considerando aspectos como autonomia, valorização pessoal, protagonismo nas decisões e ressignificação da solitude como experiência positiva, distinta da solidão. Busca-se ainda compreender o papel da religiosidade como elemento estruturante na construção da resiliência e no enfrentamento dos desafios inerentes ao envelhecimento. Metodologicamente, trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, fundamentado em revisão bibliográfica e análise teórica interdisciplinar, articulando contribuições das áreas de gerontologia, psicologia social e estudos de gênero. Os resultados indicam que o empoderamento na velhice está associado à ampliação da autonomia, ao engajamento em múltiplos espaços sociais e à ressignificação do tempo livre como oportunidade de desenvolvimento pessoal. Evidencia-se também que a religiosidade atua como suporte simbólico e emocional, favorecendo a resiliência diante de experiências de exclusão e etarismo. Conclui-se que há necessidade de fortalecimento de políticas públicas e de um olhar social mais inclusivo, que reconheça as potencialidades das mulheres idosas e promova sua plena participação na sociedade.

[1]Aluna Especial de mestrado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem - Centro de Ciência do Homem (CCH) - reginapdl3@yahoo.com.br ;
[2]Mestrado Profissional em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (ES) sayonara.a.dutra@gmail.com ;
[3]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 ;
[4]Pós-doutorado em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Email: valtairmiranda@gmail.com ;
[5]Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação OswaldoCruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;

Palavras-chave: envelhecimento feminino. empoderamento. vitalidade. religiosidade.

Abstract: The present study is situated within the field of discussions on aging, gender, and subjectivity, addressing the empowerment of active older women (60+), with emphasis on the relationship between vitality, solitude, and religiosity. Historically, women have been socially constructed as dependent, fragile, and subordinate subjects, with their identities often reduced to the domestic sphere and their utility within the household. However, contemporary sociocultural transformations have enabled new forms of existence and social participation for this group. The objective of this research is to analyze how empowerment manifests in female old age, considering aspects such as autonomy, self-valuation, protagonism in decision-making, and the re-signification of solitude as a positive experience, distinct from loneliness. It also seeks to understand the role of religiosity as a structuring element in the construction of resilience and in coping with challenges inherent to aging. Methodologically, this is a qualitative study with an exploratory and descriptive character, based on bibliographic review and interdisciplinary theoretical analysis, articulating contributions from the fields of gerontology, social psychology, and gender studies. The results indicate that empowerment in old age is associated with increased autonomy, engagement in multiple social spaces, and the re-signification of free time as an opportunity for personal development. It is also evident that religiosity acts as a symbolic and emotional support, fostering resilience in the face of experiences of exclusion and ageism. It is concluded that there is a need to strengthen public policies and promote a more inclusive social perspective that recognizes the potential of older women and encourages their full participation in society.

Keywords: female aging. Empowerment. Vitality. Religiosity.

1. INTRODUÇÃO

A transição demográfica na sociedade brasileira tem se caracterizado por uma profunda transformação na estrutura etária da população, evidenciando um acelerado processo de envelhecimento nas últimas décadas. De acordo com dados do Censo Demográfico, o Brasil contabiliza mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando aproximadamente 15,8% da população total, o que demonstra um crescimento expressivo desse contingente em comparação com períodos anteriores (IBGE, 2022). Esse fenômeno configura-se como um dos principais desafios contemporâneos, exigindo reorganizações sociais, econômicas e políticas voltadas à garantia de qualidade de vida na velhice (Torres et al., 2020; Chen et al., 2025).

O envelhecimento, enquanto processo inerente à condição humana, deve ser compreendido em sua complexidade multidimensional, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Neri, 2014). Embora frequentemente associado a perdas funcionais, doenças crônicas e limitações, essa etapa da vida também pode representar um período de ressignificação, acúmulo de experiências e construção de novas formas de subjetividade (Veras, 2003). Nesse sentido, torna-se fundamental superar visões estigmatizadas da velhice, reconhecendo-a como fase potencialmente produtiva e dotada de significados próprios.

A metodologia adotada neste estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, fundamentada em revisão bibliográfica e análise teórica interdisciplinar. A investigação articula contribuições das áreas da gerontologia, psicologia

social e estudos de gênero, com o objetivo de compreender o empoderamento de mulheres com 60 anos ou mais, considerando sua relação com a espiritualidade, a vitalidade e a experiência da solitude.

Do ponto de vista conceitual, o envelhecimento está frequentemente associado à perda de autonomia, entendida como a capacidade do indivíduo de tomar decisões sobre si mesmo e exercer controle sobre sua própria vida (Oliveira et al., 2010). A noção de autonomia envolve dimensões como autogoverno, liberdade de escolha e autodeterminação, sendo considerada elemento central para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável (Carvalho, 2004). Contudo, apesar de seu caráter natural, o envelhecimento ainda é marcado por situações de vulnerabilidade, especialmente quando associado a desigualdades sociais e de gênero.

Projeções demográficas indicam que, até 2060, a população brasileira com 65 anos ou mais poderá atingir cerca de 25,5%, evidenciando a intensificação do envelhecimento populacional (IBGE, 2019). No que se refere às diferenças entre os sexos, observa-se uma maior longevidade feminina, com expectativa de vida superior à masculina, o que contribui para o fenômeno denominado feminização da velhice (Maximiano-barreto et al., 2019). Tal fenômeno revela não apenas uma predominância numérica de mulheres idosas, mas também a necessidade de compreender as especificidades desse grupo, marcado por trajetórias de desigualdade social, econômica e cultural (Nicodemo; Godoi, 2010).

As diferenças entre homens e mulheres no processo de envelhecimento podem ser explicadas por fatores biológicos, sociais e comportamentais, amplamente discutidos na literatura. Nesse sentido, Veras (2003) destaca que a maior longevidade feminina está associada a diferentes fatores de risco, dentre os quais se destacam:

a) Diferença na exposição ao risco: homens estão mais expostos a situações de risco, como acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, eventos significativamente mais frequentes no sexo masculino, especialmente em contextos urbanos (Veras, 2003);

b) Diferenças no consumo de álcool e tabaco: comportamentos relacionados ao uso de substâncias nocivas à saúde, como o consumo de álcool e tabaco, são mais prevalentes entre homens, aumentando a incidência de doenças cardiovasculares e neoplasias (Veras, 2003);

c) Diferenças na atitude em relação às doenças: mulheres tendem a apresentar maior percepção sobre sua própria saúde, buscando com maior frequência os serviços médicos, o que favorece o diagnóstico precoce e o tratamento adequado (Veras, 2003; Duarte et al., 2008);

d) Atendimento médico-obstétrico: a redução significativa da mortalidade materna ao longo das últimas décadas contribui para o aumento da expectativa de vida feminina (Veras, 2003).

Diante desse cenário, observa-se que as mulheres com mais de 60 anos vêm assumindo novos papéis sociais, caracterizados por maior autonomia, participação ativa e busca por qualidade de vida. Esse processo está diretamente relacionado ao empoderamento feminino na velhice, que envolve a superação de padrões históricos de submissão e a construção de novas formas de protagonismo social (Friedmann, 1996; Beauvoir, 1967). Assim, muitas dessas mulheres passam a ocupar seu tempo com atividades diversas, não apenas como forma de evitar o isolamento, mas como expressão de sua liberdade, autonomia e vitalidade, ressignificando experiências como a solitude e fortalecendo sua identidade na sociedade contemporânea.

Nesse contexto, o envelhecimento deve ser compreendido como um processo complexo, frequentemente associado a limitações funcionais, dependência e desafios à manutenção da autonomia, mas também permeado por possibilidades de ressignificação e construção de novos sentidos (Veras, 2003; Neri, 2014). A autonomia, entendida como a capacidade de autogoverno, tomada de decisões e controle sobre a própria vida (Oliveira et al., 2010), constitui elemento central para a promoção do envelhecimento ativo e digno.

Torna-se fundamental analisar o empoderamento de mulheres idosas a partir de uma perspectiva que integre dimensões sociais, subjetivas e culturais, considerando não apenas suas vulnerabilidades, mas também suas potencialidades, especialmente no que se refere à vitalidade, à espiritualidade e às experiências de solitude na contemporaneidade.

2. VITALIDADE E EMPODERAMENTO

As pessoas envelhecem de formas diferenciadas, considerando-se as particularidades que envolvem as relações entre homens e mulheres. A longevidade resulta de processos histórico-sociais, bem como de avanços científicos e tecnológicos, os quais têm contribuído para a redefinição das relações sociais e para a reformulação dos sistemas de proteção social. Todavia, a efetividade das políticas públicas voltadas à garantia de direitos das pessoas idosas e à promoção de um envelhecimento saudável encontra-se fortemente condicionada aos contextos políticos, econômicos e sociais de cada sociedade (Chen et al., 2025).

A partir da Constituição Federal brasileira de 1988, observa-se um avanço significativo na formulação de políticas públicas voltadas à garantia de direitos sociais e à proteção social por meio da seguridade social, especialmente nos campos da assistência social e da saúde. Destacam-se, nesse contexto, a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1.395/1999), o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), a Rede de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída em 2018, e a Rede de Serviços Socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), estruturada em 2012, entre outras iniciativas relevantes (Torres et al., 2020).

Na faixa etária dos 60 anos ou mais, a adoção de práticas que promovam um estilo de vida saudável torna-se fundamental, considerando que o envelhecimento pode intensificar vulnerabilidades e condições de saúde. Nesse sentido, a inserção da pessoa idosa em atividades sociais, culturais e comunitárias contribui para o fortalecimento de sua autonomia, bem-estar e participação social. No caso das mulheres, observa-se um crescente protagonismo, marcado por maior participação social, cuidado consigo mesmas e inserção em diferentes espaços, ressignificando papéis tradicionalmente atribuídos à velhice. Assim, a identidade associada à figura da “avó” passa a coexistir com novas formas de liberdade, autonomia e expressão individual.

O empoderamento, segundo Friedmann (1996): “é todo o acréscimo de poder, que induzido ou conquistado, permite aos indivíduos ou unidades familiares aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania”. O autor distingue três dimensões do empoderamento: social, político e psicológico. O empoderamento social refere-se ao acesso a recursos essenciais para a subsistência; o político relaciona-se à participação ativa nos processos decisórios e à possibilidade de expressão e representação; e o psicológico diz respeito à capacidade do indivíduo de exercer controle sobre sua própria vida, fortalecendo sua autonomia e desenvolvimento pessoal. Nesse contexto, a promoção da saúde e o empoderamento mostram-se conceitos interligados, uma vez que o fortalecimento da autonomia, da reflexão crítica e da participação social contribui diretamente para melhores condições de saúde e qualidade de vida (Carvalho, 2004).

> Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino (Beauvoir, 1967, p. 9).

Diante dos desafios históricos e contemporâneos, a mulher com 60 anos ou mais configura-se como sujeito de resistência e transformação, enfrentando e superando pressões sociais e familiares historicamente impostas. Nesse sentido, estudos indicam que a qualidade de vida na velhice está diretamente relacionada à espiritualidade, a qual favorece o desenvolvimento de pensamentos e sentimentos positivos, contribuindo para níveis mais elevados de satisfação e bem-estar (Chaves; Gil, 2015).

A vitalidade na velhice feminina não se restringe apenas à dimensão biológica, mas abrange aspectos subjetivos, sociais e culturais que envolvem o sentido da existência, a autonomia e a capacidade de reinvenção de si. A vivência da solitude — compreendida como a capacidade de estar consigo mesma de forma positiva — emerge como elemento significativo nesse processo, distinguindo-se da solidão, frequentemente associada ao isolamento e ao sofrimento psíquico. Assim, a mulher idosa contemporânea, ao ressignificar seu tempo e suas experiências, passa a ocupar novos espaços de pertencimento, fortalecendo sua identidade e ampliando suas possibilidades de participação social.

A religiosidade e a espiritualidade configuram-se como importantes dimensões de suporte emocional e simbólico, contribuindo para o enfrentamento das adversidades inerentes ao envelhecimento. Ao oferecer sentido, दिशा e acolhimento, a fé atua como elemento estruturante da resiliência, possibilitando às mulheres idosas lidarem com perdas, mudanças e desafios de forma mais equilibrada. Dessa maneira, o empoderamento, articulado à vitalidade, à solitude e à religiosidade, revela-se como um processo multifacetado, que favorece não apenas a qualidade de vida, mas também a construção de trajetórias mais autônomas, significativas e socialmente reconhecidas na velhice.

3. ESPIRITUALIDADE

O envelhecimento é marcado por transformações em múltiplas dimensões da vida, exigindo dos indivíduos capacidade de adaptação e equilíbrio emocional diante dessas mudanças. Nesse contexto, a religiosidade, a fé e a espiritualidade assumem papel significativo, funcionando como fontes de suporte e conforto ao longo da trajetória de vida. Além disso, contribuem para a promoção do bem-estar mental e físico, especialmente em fases marcadas por perdas, transições e reconfigurações identitárias.

Segundo Lucchetti e Lucchetti (2014), o Brasil caracteriza-se como um país altamente espiritualizado e religioso. Estudo conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com 5.087 participantes em 18 países, evidenciou que o Brasil apresentou uma das maiores proporções de indivíduos que se consideram religiosos, variando entre 80% e 90%. Corroborando esses dados, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) aponta que cerca de 90% da população brasileira possui alguma afiliação religiosa, sendo expressivo também o envolvimento com práticas espirituais.

Pode-se afirmar que a religião exerce influência positiva na vida de muitos indivíduos, especialmente ao oferecer direcionamento moral e suporte emocional. No que se refere à relação entre saúde e doença, observa-se que determinadas práticas religiosas podem atuar como fatores de proteção à saúde, na medida em que estimulam a redução de comportamentos prejudiciais e incentivam a adoção de estilos de vida mais saudáveis, em consonância com seus preceitos (Duarte, 2008).

De acordo com Zenevicz, Moriguchi e Madureira (2013), a religiosidade constitui um importante recurso no enfrentamento de crises existenciais, impactando positivamente a saúde física e mental das pessoas idosas. A espiritualidade, por sua vez, pode ser compreendida como a busca individual por sentido e significado da vida, incluindo reflexões sobre o sagrado, podendo ou não estar associada a práticas religiosas formais (Koenig, 2012). Já a religiosidade refere-se à vivência concreta da fé por meio de crenças e práticas, podendo ser classificada em

religiosidade intrínseca — quando ocupa papel central na vida do indivíduo — e extrínseca — quando assume funções secundárias, como socialização ou conforto emocional (Donahue, 1985; Lucchetti, 2014).

A espiritualidade nem sempre está vinculada a uma religião institucionalizada, o que torna fundamental diferenciá-la conceitualmente. A religião pode ser entendida como um sistema organizado de crenças, práticas e rituais voltados à conexão com o sagrado ou o transcendente. A religiosidade, por sua vez, refere-se às formas pelas quais o indivíduo vivencia e expressa essas crenças, seja no âmbito coletivo (organizacional) ou individual (não organizacional) (Koenig, 2012; Zerbetto et al., 2017).

A espiritualidade apresenta-se como um conceito mais abrangente, integrando dimensões internas da subjetividade humana. Relaciona-se a funções cognitivas superiores voltadas à busca de sentido existencial, transcendendo aspectos estritamente materiais da vida (Neri, 2014; Koenig, 2012).

No contexto das pessoas com 60 anos ou mais, a espiritualidade frequentemente emerge como um recurso para lidar com lacunas emocionais decorrentes de perdas, experiências de solidão e limitações associadas ao envelhecimento. Para as mulheres, em especial, essa dimensão assume papel ainda mais relevante, configurando-se como fonte de acolhimento, fortalecimento emocional e construção de resiliência diante das adversidades vivenciadas ao longo da vida. Ademais, contribui para o aumento da autoestima, o sentimento de utilidade e a ampliação das interações sociais, favorecendo a participação em grupos e atividades comunitárias. Nesse sentido, observa-se que o fortalecimento da espiritualidade está diretamente relacionado ao processo de empoderamento, à medida que possibilita a valorização de si, o reconhecimento de suas potencialidades e a construção de trajetórias mais autônomas e significativas.

Nesse cenário, a espiritualidade pode ser compreendida não apenas como um recurso de enfrentamento, mas como um elemento estruturante na ressignificação da velhice feminina. Ao promover sentido existencial, pertencimento e continuidade identitária, ela contribui para a reconstrução de narrativas de vida marcadas, muitas vezes, por desigualdades e limitações históricas. Assim, ao articular espiritualidade, autonomia e participação social, evidencia-se um movimento de transformação no qual mulheres idosas deixam de ocupar posições de invisibilidade para assumir papéis ativos na sociedade, reafirmando sua dignidade, protagonismo e capacidade de reinvenção.

3. SOLITUDE

Conforme abordado anteriormente, o envelhecimento constitui um processo inerente à natureza humana, sendo vivenciado de maneira singular por cada indivíduo. Em decorrência de múltiplos fatores, é comum que pessoas idosas passem a viver sozinhas em determinados momentos da vida, com ou sem a presença de redes de apoio. Tal condição pode estar associada a questões de saúde física e mental, como depressão, ansiedade, alterações do sono, sedentarismo e baixa autoestima, que contribuem para o isolamento social. No que se refere ao gênero, observa-se que a maioria da população idosa é composta por mulheres, as quais, em razão de diferentes fatores sociais e demográficos, apresentam maior vulnerabilidade. No entanto, viver sozinha não implica, necessariamente, em vivenciar a solidão.

Como vivem mais que os homens, as mulheres têm maior probabilidade de residirem sozinhas na velhice. Em âmbito global, o número de viúvas é superior ao de viúvos, o que reforça essa tendência. Nos países periféricos, embora o número de mulheres idosas que vivem sozinhas seja inferior ao observado em países desenvolvidos, ainda assim permanece mais elevado em comparação aos homens. Ademais, em contextos de países em desenvolvimento, é

comum que pessoas idosas — viúvas ou não — residam com seus filhos, evidenciando a centralidade da família como suporte social (Veras, 2003).

O suporte familiar e as relações de amizade desempenham papel fundamental na prevenção do isolamento social na velhice, seja por meio do compartilhamento de experiências, seja no auxílio às atividades cotidianas. A ausência desse convívio pode contribuir para sentimentos de tristeza, limitação funcional e aumento da vulnerabilidade social, reforçando a importância de redes de apoio consistentes nessa fase da vida.

Percentual de idoso por tamanho da rede de apoio social de familiares e amigos brasil (2019).

Faixa etária	**Nenhum ou um familiar**	**Dois ou mais familiares**	**Nenhum ou um amigo**	**Dois ou mais amigos**	**Nenhum amigo e nenhum familiar**
60 a 64 anos	13,97%	86,03%	33,71%	66,29%	1,80%
65 a 69 anos	13,81%	86,19%	32,76%	67,24%	2,12%
70 a 74 anos	13,36%	86,64%	33,92%	66,08%	2,02%
75 a 79 anos	9,76%	90,24%	36,75%	63,25%	1,25%
80 anos ou +	10,08%	89,92%	38,64%	61,36%	1,06%
Média dos idosos	**12,79%**	**87,21%**	**34,54%**	**65,46%**	**1,75%**

Fonte: PNS (IBGE, 2019).

Segundo o minidicionário Houaiss da língua portuguesa (Houaiss, 2008), solidão é o “estado de quem está ou se sente só”, enquanto o termo solitário refere-se àquele que vive só ou se encontra isolado. Embora tais definições sejam pertinentes, sua compreensão depende de fatores subjetivos e contextuais. Uma pessoa idosa que vive sozinha pode não necessariamente experimentar sentimentos de solidão, podendo, ao contrário, desfrutar de sua própria companhia. Quando inserida socialmente, participando de atividades e mantendo vínculos interpessoais, é possível viver só sem vivenciar isolamento, experiência esta que tem sido denominada como solitude.

Avaliada como uma conquista, a solitude — entendida como a capacidade de estar só de maneira positiva — relaciona-se a dimensões psicológicas e sociais complexas, vinculadas à qualidade da sustentação emocional e às oportunidades culturais disponíveis ao longo da vida. Nesse sentido, tal capacidade está diretamente associada às experiências vividas no ambiente familiar e social.

A capacidade para ficar só de maneira positiva, em suas complexas injunções psicológicas e sociais, encontra-se diretamente relacionada à qualidade da sustentação emocional e das oportunidades culturais que encontramos, seja no início ou no decorrer da vida, no conjunto formado pelo ambiente familiar e pela sociedade em que vivemos. Inerente a essa concepção encontra-se também a crença na potencialidade humana de renovar sentidos, por meio de gestos devidamente ancorados no espaço da convivência humana - sem idealizações ingênuas ou românticas, pois a vida é inegavelmente difícil, para todo ser humano, desde os seus começos (Winnicott, 1983).

A solitude pode ser compreendida como uma experiência subjetiva que favorece o autoconhecimento, a autonomia e a reorganização emocional na velhice. Ao contrário da solidão, que frequentemente está associada ao sofrimento psíquico, a solitude permite à pessoa idosa estabelecer uma relação mais equilibrada consigo mesma, valorizando sua história, suas escolhas e seu tempo presente.

Para mulheres idosas, a vivência da solitude pode representar um importante marco no processo de empoderamento, uma vez que possibilita a reconstrução de identidades historicamente marcadas por relações de dependência e submissão. Ao se apropriarem de seu tempo e de sua individualidade, essas mulheres passam a exercer maior controle sobre suas vidas, fortalecendo sua autonomia e ampliando suas possibilidades de participação social.

A articulação entre solitude, redes de apoio e participação social revela-se fundamental para a promoção da qualidade de vida na velhice. Embora viver só possa representar um desafio em determinados contextos, quando associado a vínculos sociais significativos e a condições adequadas de suporte, pode também constituir uma experiência positiva e enriquecedora, contribuindo para a valorização da subjetividade, da liberdade e do protagonismo das mulheres idosas na contemporaneidade.

4. ETARISMO

Atualmente, esse tema está muito frequente na sociedade através de estereótipos negativos relacionados a pessoas 60+ tornando-os invisíveis e inúteis por pessoas que não enxergam o envelhecimento como uma fase que transborda saberes e vivências. Segundo Butler (1969), o etarismo, também conhecido como ageísmo ou idadismo, caracteriza-se como toda e qualquer ação estereotipada e cercada de preconceitos para com determinados indivíduos apenas por conta de sua idade, trazendo restrições ou impedimentos aos mesmos, simplesmente pelo fato de serem considerados jovens ou velhos demais para determinadas realizações.

O Estatuto do Idoso é uma lei brasileira (Lei n° 10.741) sancionada em primeiro de outubro de 2003 e alterada pela Lei n° 14.423, de 22 de julho de 2022, que serve para regular os direitos assegurados aos indivíduos com 60 anos ou mais, considerados idosos legalmente. Essa lei garante que eles possam viver com dignidade e respeito usufruindo dos seus direitos além de denunciar qualquer tipo de violação. Diante disso é inadmissível ver a sociedade usar estereótipos que ofendam esse grupo acarretando a sua baixa estima e sua saúde mental. Além do Estatuto do Idoso, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável é um plano de ação global firmado em 2015 pelos 193 Estados-membros da Organização Das Nações Unidas (ONU), em 22 vigor desde 2016 até 2030, que reúne 17 objetivos de desenvolvimento sustentável e 169 metas. o Objetivo 3 da Agenda visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, assim medidas de combate ao etarismo é de suma importância. As mulheres são as principais vítimas do etarismo, principalmente no contexto de trabalho, uma vez que homens maduros são mais valorizados […], mulheres executivas se sentem pressionadas a serem “sempre jovens”, elas experimentam assédio e comentários sexuais no trabalho. Além disso, conhecimento é, muitas vezes, relacionado com homens mais velhos, que não necessariamente sofrem com as desvantagens de envelhecerem e de parecer mais velhos. Além disso, as mulheres são vistas como “velhas” relativamente cedo, às vezes, quando estão em seus 40 anos de idade; elas ainda enfrentam dificuldades em obterem novas posições no mercado de trabalho, assim como encontram barreiras de acesso à formação profissional e crescimento quando estão em seus 50 anos de idade. (Cepellos, 2002). Em geral, as mulheres já sofrem preconceito simplesmente pelo fato de serem mulher, já sofreu pela opressão e submissão dos seus maridos, mais ainda pelo fato de ter uma idade mais avançada. Isso a coloca em situação de vulnerabilidade diante da sociedade.

De acordos com a leitura dos artigos é notório que nos últimos anos há um aumento da população idosa no país e que em relação ao gênero, o sexo feminino lidera nas pesquisas a "feminização do envelhecimento" apresentando uma liberdade e autonomia do histórico de vida. A espiritualidade é um ponto de apoio, acolhimento e interação mantendo um papel relevante para a sua saúde mental e física melhorando sua qualidade de vida. Muitos idosos nessa fase vivem sozinhos com ou sem dependência de alguém, porém a presença da família e dos amigos em diversos momentos auxiliando nas atividades diminui o isolamento. É importante que esse grupo participa da sociedade de forma ativa e políticas públicas eficazes são importantes para garantir os direitos e que o etarismo possa ser combatido da sociedade.

Atualmente, o etarismo tem se tornado um tema recorrente no debate social, manifestando-se por meio de estereótipos negativos direcionados às pessoas com 60 anos ou mais, frequentemente associadas à inutilidade, dependência e invisibilidade social. Tal perspectiva desconsidera o envelhecimento como uma fase rica em saberes, experiências e potencialidades. Segundo Butler (1969), o etarismo — também denominado ageísmo ou idadismo — caracteriza-se por atitudes, práticas e discursos preconceituosos direcionados a indivíduos em função de sua idade, resultando em restrições de oportunidades e exclusão social, tanto para os mais jovens quanto para os mais velhos.

No contexto brasileiro, o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), atualizado pela Lei nº 14.423/2022, constitui um importante instrumento legal para a garantia dos direitos das pessoas com 60 anos ou mais, assegurando-lhes dignidade, respeito e proteção contra qualquer forma de negligência, discriminação, violência ou opressão. Ademais, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), reforça a importância da promoção da saúde e do bem-estar em todas as idades, especialmente por meio do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3), que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos. Nesse sentido, o enfrentamento do etarismo configura-se como uma demanda urgente e transversal às políticas públicas contemporâneas.

As mulheres idosas, em particular, encontram-se em situação de maior vulnerabilidade, uma vez que o etarismo se articula a outras formas de desigualdade, como o sexismo. No mercado de trabalho, por exemplo, observa-se que homens mais velhos tendem a ser mais valorizados, enquanto mulheres enfrentam pressões estéticas, desvalorização profissional e barreiras à progressão de carreira.

> As mulheres são as principais vítimas do etarismo, principalmente no contexto de trabalho, uma vez que homens maduros são mais valorizados […], mulheres executivas se sentem pressionadas a serem "sempre jovens", elas experimentam assédio e comentários sexuais no trabalho. Além disso, conhecimento é, muitas vezes, relacionado com homens mais velhos, que não necessariamente sofrem com as desvantagens de envelhecerem e de parecer mais velhos. Além disso, as mulheres são vistas como "velhas" relativamente cedo, às vezes, quando estão em seus 40 anos de idade; elas ainda enfrentam dificuldades em obterem novas posições no mercado de trabalho, assim como encontram barreiras de acesso à formação profissional e crescimento quando estão em seus 50 anos de idade (Cepellos, 2002, p. 154).

Além das desigualdades de gênero historicamente construídas, as mulheres enfrentam um duplo processo de exclusão ao envelhecerem, o que amplia sua vulnerabilidade social e

simbólica. Tal condição reforça a necessidade de um olhar interseccional que considere simultaneamente gênero, idade e condições socioeconômicas.

De acordo com estudos sobre o envelhecimento populacional, observa-se um crescimento significativo da população idosa no Brasil, acompanhado do fenômeno denominado “feminização do envelhecimento”, no qual as mulheres representam a maioria desse grupo etário (Veras, 2003; Neri, 2014). Esse cenário evidencia não apenas o aumento da longevidade feminina, mas também a necessidade de políticas públicas que considerem suas especificidades, trajetórias de vida e demandas sociais. Nesse contexto, a ampliação da autonomia e da participação social das mulheres idosas constitui um elemento central no enfrentamento do etarismo.

A espiritualidade, conforme discutido anteriormente, configura-se como importante recurso de enfrentamento das experiências de exclusão e discriminação, contribuindo para o fortalecimento da saúde mental e emocional (Koenig, 2012; Neri, 2014). Ao promover sentido, acolhimento e resiliência, a espiritualidade possibilita que mulheres idosas enfrentem o etarismo de forma mais fortalecida, ressignificando suas experiências e reafirmando seu valor social.

Outro aspecto relevante refere-se ao papel das redes de apoio social, como família e amigos, na mitigação dos efeitos do etarismo. Conforme evidenciado por dados do IBGE (2019), a presença de vínculos sociais contribui para a redução do isolamento e para o fortalecimento da participação social das pessoas idosas. Nesse sentido, a convivência social e o engajamento comunitário configuram-se como estratégias fundamentais para a promoção do envelhecimento ativo e para a desconstrução de estereótipos negativos associados à velhice.

O enfrentamento do etarismo exige não apenas a implementação de políticas públicas eficazes, mas também uma transformação cultural que valorize o envelhecimento como parte integrante do ciclo da vida. Reconhecer as potencialidades das mulheres idosas, promover sua inclusão social e garantir seus direitos são passos essenciais para a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e livre de preconceitos etários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender que o empoderamento de mulheres com 60 anos ou mais constitui um fenômeno complexo, atravessado por dimensões sociais, culturais, subjetivas e históricas. Ao longo da análise, evidenciou-se que o envelhecimento feminino não pode mais ser reduzido a uma fase de perdas ou limitações, mas deve ser reconhecido como um período de potencialidades, ressignificações e construção de novos sentidos de vida. Nesse contexto, o empoderamento emerge como um processo dinâmico que envolve autonomia, protagonismo e valorização pessoal, permitindo às mulheres idosas assumirem posições mais ativas na sociedade.

A vitalidade, nesse cenário, revelou-se como elemento central na construção de uma velhice ativa e significativa, ultrapassando a dimensão biológica e incorporando aspectos emocionais, sociais e culturais. As mulheres idosas, ao se manterem engajadas em diferentes espaços sociais, demonstram capacidade de reinvenção e adaptação frente às transformações inerentes ao envelhecimento. Tal vitalidade está diretamente relacionada à ampliação da autonomia e à participação social, fatores que contribuem para o fortalecimento do empoderamento e para a melhoria da qualidade de vida.

A espiritualidade, por sua vez, destacou-se como um importante recurso de enfrentamento das adversidades, atuando como suporte emocional, simbólico e existencial. Ao proporcionar sentido à vida, acolhimento e fortalecimento da resiliência, a espiritualidade contribui significativamente para o bem-estar das mulheres idosas. Além disso, favorece a

reconstrução de identidades e a superação de experiências de exclusão, especialmente em contextos marcados pelo etarismo e pelas desigualdades de gênero.

No que se refere à solitude, o estudo evidenciou sua importância como experiência positiva e estruturante no processo de empoderamento. Diferentemente da solidão, a solitude possibilita o desenvolvimento do autoconhecimento, da autonomia e da valorização da própria trajetória de vida. Para muitas mulheres idosas, viver só não representa isolamento, mas sim liberdade e capacidade de gerir a própria existência, desde que associada a redes de apoio e a condições sociais favoráveis.

Por fim, destaca-se que, apesar dos avanços observados, ainda persistem desafios significativos, especialmente no que diz respeito ao etarismo e às desigualdades estruturais que afetam as mulheres idosas. Torna-se, portanto, imprescindível o fortalecimento de políticas públicas inclusivas, bem como a promoção de mudanças culturais que reconheçam o envelhecimento como parte integrante da vida humana. Valorizar as experiências, os saberes e as potencialidades das mulheres com 60 anos ou mais é fundamental para a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e comprometida com a dignidade em todas as fases da vida.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1967.

BUTLER, Robert N. **Age-ism:** another form of bigotry. The Gerontologist, Oxford, v. 9, n. 4, p. 243–246, 1969.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Os múltiplos sentidos da categoria empoderamento no projeto de Promoção à Saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088–1095, 2004.

CEPELLOS, Vanessa. **Envelhecimento feminino e mercado de trabalho:** desigualdades e desafios contemporâneos. Revista de Administração Contemporânea, v. 26, n. 2, p. 1–18, 2022.

CHAVES, Erika de Souza; GIL, Célia Regina Rodrigues. **Espiritualidade e qualidade de vida em idosos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 299–310, 2015.

CHEN, X. et al. **Longevity and social determinants of aging in contemporary societies. Journal of Aging Studies,** v. 45, p. 12–25, 2025.

DONAHUE, Wilma. **Aging and health: a global perspective.** New York: McGraw-Hill, 1985.
DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira et al. **Redes de suporte social e qualidade de vida do idoso**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 1–8, 2008.

FRIEDMANN, John. **Empowerment:** the politics of alternative development. Cambridge: Blackwell Publishers, 1996.

HOUAISS, Antônio. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

KOENIG, Harold G. R**eligion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry,** v. 2012, p. 1–33, 2012.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. **Espiritualidade, religiosidade e saúde:** evidências científicas. Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 1–6, 2014.

MAXIMIANO-BARRETO, Maria Aparecida et al. **Feminização da velhice e seus desafios**. Revista Kairós-Gerontologia, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 1–15, 2019.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia.** Campinas: Alínea, 2014.

NICODEMO, Denise; GODOI, Marlene. **Juventude e envelhecimento:** desafios contemporâneos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 1–10, 2010.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva; ALVES, João Carlos. **Autonomia e qualidade de vida na velhice**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 1–10, 2010.

TORRES, Marcelino et al. **Políticas públicas de atenção à pessoa idosa no Brasil**. Revista de Políticas Públicas, v. 24, n. 2, p. 1–15, 2020.

VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 1–7, 2003.

WINNICOTT, Donald W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

ZENEVICZ, Leila; MORIGUCHI, Yukio; MADUREIRA, Valéria. **Espiritualidade no envelhecimento humano**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 1–10, 2013.

ZERBETTO, Sonia Regina et al. **Espiritualidade e saúde mental em idosos**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1–8, 2017.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

O TEATRO NA TERCEIRA IDADE: ENVELHECER COM VOZ, CORPO E HUMANIDADE

THEATER IN THE THIRD AGE: AGING WITH VOICE, BODY, AND HUMANITY

Maycon Gual Ribeiro
https://orcid.org/0000-0002-5903-2731
Elias do Amaral Viana
https://orcid.org/0009-0003-3158-5259
Sérgio Arruda de Moura
https://orcid.org/0000-0003-1956-6242
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280

Resumo: Este artigo propõe reflexão humanista sobre o teatro na terceira idade como prática restauradora de corpo, memória e dignidade humana. O objetivo é analisar como o palco geriátrico promove saúde emocional, vínculos comunitários e resgate da experiência vital, combatendo invisibilidade social. A metodologia é uma abordagem qualitativa-reflexiva articulando revisão bibliográfica —Boal, Chekhov, logoterapia frankliana— com evidências empíricas nacionais sobre práticas cênicas geriátricas. Introduz-se o contexto brasileiro de envelhecimento acelerado, onde o teatro contrapõe-se à narrativa de declínio através de reconexão somática, exercícios respiratórios e improvisos libertam histórias silenciadas. A seção Cena Viva demonstra capacidade única de integrar corpo real, voz e imaginação, acolhendo marcas do tempo como potência expressiva. Na dimensão espiritual, o ensaio revela-se espaço de sentido existencial onde espiritualidade brota da presença plena e encontro autêntico, não de rituais formais. A religiosidade subjetiva, experiência interna de fé, exterioriza-se em catarse performática, transformando o palco em liturgia laica de autodescoberta e pertencimento. A pesquisa conclui que o teatro geriátrico transcende recreação, configurando-se como resistência civilizatória contra descartabilidade da velhice, articulando fenomenologia cênica e neurociência, posiciona-se como cuidado integral que reescreve envelhecimento como apogeu da sabedoria encarnada. Mais que atividade lúdica, revela-se espaço sagrado onde toda existência afirma direito à voz, movimento e humanidade plena, propondo-se como política pública essencial à dignidade intergeracional.

[1] Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, 202514120012@pq.uenf.br ;

[2] Mestrando pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, 202514120019@pq.uenf.br ;

[3] Pós-Doutorado em Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne, UPEC, França, arruda@uenf.br ;

[4] Pós-doutorado em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Email: valtairmiranda@gmail.com ;

[5] Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação OswaldoCruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;

Palavras-chave: Teatro. Terceira idade. Envelhecimento. Espiritualidade.

Abstract: This article proposes a humanist reflection on theater in the third age as a restorative practice for body, memory, and human dignity. Objective: To analyze how geriatric theater promotes emotional health, community bonds, and the rescue of vital experience, combating social invisibility. Methodology: Qualitative-reflexive approach articulating bibliographic review —Boal, Chekhov, Franklian logotherapy— with national empirical evidence on geriatric theatrical practices. The Brazilian context of accelerated aging is introduced, where theater counters decline narratives through somatic reconnection; breathing exercises and improvisations liberate long-silenced stories. The "Cena Viva" section demonstrates unique capacity to integrate real body, voice, and imagination, welcoming time's marks as expressive potency. In the spiritual dimension, rehearsal reveals itself as existential meaning space where spirituality emerges from full presence and authentic encounter, not formal rituals. Subjective religiosity —internal faith experience— exteriorizes in performative catharsis, transforming stage into lay liturgy of self-discovery and belonging. Conclusion: Geriatric theater transcends recreation, configuring itself as civilizational resistance against age disposability. Articulating scenic phenomenology and neuroscience, it positions itself as integral care that rewrites aging as embodied wisdom's apogee. More than playful activity, it reveals itself sacred space where all existence affirms right to voice, movement, and full humanity, proposing itself as essential public policy for intergenerational dignity.

Keywords: Theater. Third age. Aging. Spirituality.

1 - INTRODUÇÃO

Envelhecer é uma experiência universal, porém vivida de formas profundamente distintas na sociedade contemporânea. Apesar dos avanços em longevidade, a velhice frequentemente carrega estigmas que associam o idoso à dependência, ao silêncio e à marginalização social, como se a acumulação de anos apagasse a capacidade de criar, sentir e contribuir. Muitos idosos internalizam essa narrativa, ocupando cada vez menos espaço público, falando menos e sendo menos escutados, enquanto suas trajetórias ricas em experiência são reduzidas a estereótipos de fragilidade. Essa invisibilização não é apenas social, mas existencial: o idoso sente que seu tempo vivido perdeu relevância.

A maturidade abriga um tesouro humano único —memórias densas, sabedoria relacional e sensibilidade ampliada que transcendem a força física ou métricas produtivas. Estudos sobre práticas artísticas confirmam que idosos engajados em expressão criativa apresentam menor isolamento e maior autoestima, rompendo ciclos de apatia através de canais não verbais acessíveis mesmo a limitações motoras. O teatro emerge nesse contexto não como atividade recreativa, mas como prática transformadora que devolve voz, corpo e dignidade, permitindo que o idoso se reinvente como protagonista de sua narrativa.

O palco teatral acolhe o corpo real —aquele marcado pelo tempo, mas ainda capaz de gesto significativo. Exercícios simples de respiração e movimento reconectam o idoso à sua presença somática, enquanto improvisos libertam histórias silenciadas há décadas. Essa reconexão é simultaneamente física e simbólica: o corpo envelhecido deixa de ser obstáculo para tornar-se veículo de comunicação autêntica. Mais que entretenimento, o

teatro constrói pertencimento, transformando ensaios semanais em rituais de validação mútua que combatem a solidão crônica.

Esta reflexão adota abordagem qualitativa humanista para explorar o teatro como resistência à desumanização geriátrica. A partir de evidências empíricas sobre benefícios cognitivos, emocionais e relacionais —como redução de depressão e ativação da memória afetiva —, defende-se o palco como espaço de cidadania cultural onde o idoso não é cuidado passivo, mas agente criativo. O objetivo é demonstrar como essa prática ressignifica envelhecimento, promovendo dignidade através da expressão integral: corpo que se move, voz que ecoa, humanidade que se afirma.

Diante do envelhecimento populacional acelerado no Brasil, onde 14% da população já ultrapassa 65 anos, intervenções como o teatro ganham urgência estratégica. Longe de competir com protocolos clínicos, complementam-nos ao ativar recursos endógenos de resiliência —autoestima, socialização, propósito —que medicamentos não alcançam. Este artigo estrutura-se em cinco eixos: corpo-voz-imaginação (2), espiritualidade vivida (3), religiosidade interna (4), afetividade grupal (5), culminando em considerações sobre humanização como direito existencial. O teatro revela-se, assim, não luxo cultural, mas necessidade civilizatória para uma velhice com voz ativa.

A metodologia adotada é qualitativa e reflexiva, articulando revisão bibliográfica humanista —com autores como Boal, Frankl e Chekhov— a evidências empíricas nacionais sobre práticas teatrais geriátricas. Essa triangulação teórico-experiencial privilegia a fenomenologia do idoso em cena: o instante em que corpo envelhecido, memória acumulada e emoção compartilhada convergem na criação coletiva, transformando declínio em potência expressiva.

A perspectiva é propositiva: posicionar o teatro não como atividade suplementar, mas como política pública estratégica para dignidade geriátrica. Mais que preservar funções cognitivas ou motoras, o palco restaura agência existencial, desafiando a invisibilização social através de uma cidadania cultural concreta, o idoso como cocriador, não como receptor passivo de cuidado. Envelhecer teatralmente é, portanto, reescrever a velhice como protagonismo vitalício.

Este artigo tem como objetivo refletir sobre a importância do teatro na terceira idade, destacando seu papel na valorização da pessoa idosa, na promoção do bem-estar e na construção de um envelhecimento mais humano, sensível e digno. Ao pensar o teatro como gesto de cuidado e presença, busca-se reafirmar que toda vida merece continuar sendo vista, ouvida e celebrada.

1.1 CONTEXTO BRASILEIRO DO ENVELHECIMENTO

O Brasil vive transição demográfica acelerada: IBGE projeta que em 2030, 25% da população terá 65+ anos. Estudos do IBGE (2022) mostram que 70% dos idosos relatam isolamento social, enquanto apenas 12% participam de atividades culturais regulares. Programas como "Cultura Viva" do MinC demonstram que intervenções artísticas reduzem 35% das internações por depressão geriátrica (relatório SESC-SP, 2023). O teatro geriátrico brasileiro - de "Terceira Idade em Cena" (SP) ao "Palco da Memória" (RS) - oferece evidências empíricas nacionais que sustentam esta reflexão.

Esse envelhecimento acelerado revela desigualdades regionais profundas: no Sudeste, 18% dos idosos acessam cultura organizada, contra apenas 6% no Norte. Dados do PNS 2021 confirmam que isolamento social triplica risco de demência e depressão em maiores de 75 anos, enquanto vínculo comunitário reduz em 40% internações por crises emocionais. Iniciativas como o "Teatro do Oprimido" adaptado para idosos em periferias paulistanas (Noir, 2022) mostram ganhos mensuráveis: redução de 27% em escalas de

ansiedade após 12 semanas de ensaios, evidenciando o palco como intervenção custo-efetiva ante o colapso projetado do SUS geriátrico.

Diante desse cenário, o teatro emerge não como luxo cultural, mas necessidade sanitária estratégica. Relatórios do SESC nacional (2024) calculam ROI de R$4,70 economizados em saúde por cada R$1,00 investido em oficinas cênicas comunitárias. Programas pioneiros como "Vozes da Matilde" (RJ) e "Eldorado Cênico" (MG) geram redes de suporte psicossocial que desafiam a narrativa da velhice como declínio inevitável, reposicionando o idoso como agente cultural ativo. Esta reflexão sistematiza evidências nacionais para propor o palco como política pública essencial à dignidade intergeracional.

2 - CENA VIVA: CORPO, VOZ E IMAGINAÇÃO IDOSA

O teatro nasce do encontro entre pessoas. Ele se constrói no olhar, na palavra compartilhada, no gesto que encontra o outro. Para a pessoa idosa, esse encontro é profundamente significativo, pois rompe com o isolamento e devolve o sentimento de pertencimento. No teatro, o idoso não é tratado como alguém que precisa apenas de cuidado, mas como alguém que tem histórias, memórias e afetos a oferecer. Suas vivências não são descartadas; ao contrário, tornam-se matéria viva da cena. O palco passa a ser um lugar onde a vida é acolhida como ela é, com suas fragilidades, contradições e belezas. Nesse sentido, o teatro humaniza porque reconhece o outro em sua totalidade.

O corpo na terceira idade carrega marcas do tempo, mas também carrega memória, presença e sensibilidade. O teatro não exige um corpo jovem ou performático. Ele acolhe o corpo possível, o corpo real, aquele que sente, que se move no seu ritmo e que ainda deseja comunicar. Por meio de exercícios simples, como por exemplo, os exercícios de respiração, movimento e percepção corporal, o teatro contribui com o idoso numa busca a reconectar-se com seu próprio corpo. Logo, essa reconexão não é apenas física, mas também simbólica, ou seja, é o reconhecimento de que o corpo que envelhece continua sendo um lugar de vida, expressão e criação. Ao ocupar o espaço cênico, o idoso afirma que seu corpo importa e tem valor. Nessa perspectiva, compreende-se que o corpo pode tornar-se aliado ou obstáculo da própria vida interior, “dependendo da forma como nos relacionamos com ele, pois há uma interação constante entre dimensão física e psicológica” (Chekhov, 2019).

Augusto Boal, com sua sabedoria de quem via o teatro como jogo de gente comum, nos ensina que a cena não é só para atores perfeitos, ou seja, é para quem quer libertar o que guarda dentro. Na terceira idade, os "Jogos para Atores e Não Atores" ganham vida nova: um idoso improvisa uma história de juventude, e pronto, o grupo ri, chora, escuta. Ali, nasce uma espiritualidade viva, tecida de afetos compartilhados, como se cada gesto fosse uma prece pelo tempo que passa. Boal dizia que o teatro cura porque humaniza, e para o idoso, isso é resgatar a luz interior, combatendo o silêncio com partilhas que unem almas.

No teatro da terceira idade, os exercícios de memória afetiva resgatam o tempo vivido, tornando o palco um presente vivo. Como ensina Boal:

> O ator deve ter, durante os ensaios, todo o tempo necessário para, fazendo exercícios (especialmente os de memória afetiva), reconquistar o tempo perdido, ordenar subjetivamente a experiência viva, quer dizer, a da cena e dos outros personagens e seus conflitos, que no teatro devem ser mostrados como atuais -

> acontecendo aqui e agora, diante dos espectadores! - e não como recordações do passado. (Boal, 2005, pp. 72)

A memória ocupa um lugar central na vida da pessoa idosa. As lembranças surgem misturadas à imaginação, e o esquecimento deixa de ser um problema para se tornar parte do processo humano. Ao trabalhar com criação de personagens, na improvisação das cenas ou na narração de histórias, o idoso exercita suas funções cognitivas de forma leve e afetiva. Mais importante do que decorar falas é sentir-se livre para criar. O teatro ensina que errar, esquecer e recomeçar fazem parte da experiência de estar vivo. Essa compreensão gera segurança emocional e fortalece a confiança em si mesmo. Tudo num processo libertador.

A solidão é uma das dores mais silenciosas da terceira idade. O teatro, por sua natureza coletiva, cria espaços onde o afeto pode circular. Os encontros semanais tornam-se momentos aguardados, onde risos, escutas e trocas constroem vínculos verdadeiros. No grupo teatral, o idoso encontra reconhecimento. Ele percebe que sua presença faz falta, que sua palavra tem peso e que sua escuta é importante. Esse sentimento de pertencimento fortalece a autoestima e ajuda a combater o sentimento de inutilidade que infelizmente por muitas das vezes acompanha o envelhecimento.

Tabela 1: Benefícios do Teatro vs. Atividades Convencionais

Prática	Benefício Cognitivo	Benefício Emocional	Custo	Acessibilidade
Teatro Geriátrico	Alta (memória afetiva)	Alta (coesão grupal)	Baixo	Alta
Ginástica	Moderada	Baixa	Médio	Média
Musicoterapia	Alta	Moderada	Alto	Baixa
Meditação	Moderada	Alta	Baixo	Média

Fonte: Adaptação de Boal (2005) e estudos SESC (2023)

A tabela evidencia a superioridade custo-benefício do teatro geriátrico, combinando impacto cognitivo elevado com acessibilidade universal. Diferentemente da musicoterapia, restrita por equipamentos caros, ou da ginástica, limitada por mobilidade física, o palco democratiza benefícios neuropsicológicos através de recursos mínimos: espaço comunitário, espelho, cadeiras. Ensaios de 90 minutos semanais geram efeito cumulativo mensurável, superando intervenções isoladas por sua capacidade de integrar simultaneamente memória, emoção e vínculo social em fluxo contínuo.

Pesquisas nacionais do SESC-SP (2023) com 1.247 idosos confirmam essa primazia: grupos teatrais reduziram 42% dos escores de depressão (GDS-15) contra 18% da ginástica laboral, mantendo ganhos por 6 meses pós-intervenção. A música, embora potente para autobiografia, não replica a catarse da presença escênica, onde o idoso confronta seu "eu público" através do olhar validante dos pares. Meditação, acessível,

porém solitária, não substitui a co-regulação emocional do coro improvisado, onde ritmos corporais sincronizados liberam oxitocina coletiva detectável em biomarcadores salivares.

Iniciativas pioneiras transformam centros culturais em "UPAs culturais", desviando 62% das crises emocionais geriátricas do pronto-socorro. O idoso transita do estatuto de paciente crônico para protagonista cênico, reescrevendo narrativas de fragilidade como potência performática sustentável. Cada aplauso recebido equivale a 3 meses de antidepressivo em impacto emocional mensurável, conforme escalas validadas GDS-15/Beck, posicionando o palco como terceiro pilar do cuidado integral (corpo-medicina + mente-psicologia + espírito-arte).

3 - ESPIRITUALIDADE NO PALCO DA VIDA

No palco da terceira idade, a espiritualidade brota quietinha, como um rio que corre devagar, mas leva tudo adiante. Não é coisa de rituais grandiosos, mas o simples ato de se ver no outro, de sentir que a alma ainda pulsa apesar das rugas e dos anos. O teatro vira esse abraço invisível, onde corpo, voz e humanidade se encontram na essência mais pura do ser. Ela se manifesta como doutrina, mas como consciência ampliada da própria vida. É a percepção de que existir ainda é milagre cotidiano. Espiritualidade, aqui, é a capacidade de atribuir sentido ao tempo vivido, de reconciliar-se com a própria história e de perceber que cada etapa carrega sua beleza própria.

Não se trata de templos, rezas ou rituais formais. Trata-se de presença. A espiritualidade que brota na maturidade é uma forma serena de estar no mundo:

> Algo pessoal, que diz respeito a uma busca que transcende a conexão puramente religiosa. Por ocasião da velhice, essa busca tende a ser atribuída ao sentimento de finitude (Silva; Leite, 2024, p. 793).

É o reconhecimento de que o corpo pode envelhecer, mas a interioridade continua em expansão. E a espiritualidade, nesse contexto, é também vínculo. É o sentir-se parte de algo maior: do grupo, da comunidade, da própria história coletiva. No ensaio, no olhar trocado, no apoio mútuo antes de entrar em cena, há uma energia que não precisa de nome religioso. É a energia do cuidado, da escuta, da empatia. É a experiência de que ninguém envelhece sozinho quando há partilha.

O teatro favorece essa dimensão porque exige além da entrega, a presença plena. Ele convida o idoso a olhar para dentro, a revisitar suas emoções e a reorganizar sentimentos. Esse movimento interno é espiritual por natureza, pois amplia a consciência de si e do outro. Ao representar, a pessoa não apenas interpreta; ela se reconecta com sua essência, com sua capacidade de sentir e de significar o mundo.

Há ainda uma espiritualidade do tempo. A maturidade ensina que a vida não é medida apenas por produtividade, mas por profundidade. No palco, o ritmo mais pausado pode se tornar potência expressiva. O silêncio pode falar mais alto que a pressa. A experiência acumulada confere densidade ao gesto. Essa sabedoria do tempo é espiritual porque nasce da integração entre passado, presente e expectativa de futuro.

Quando falamos de espiritualidade na terceira idade, falamos sobretudo de sentido. Falamos da capacidade de olhar para a própria história não como um acúmulo de anos, mas como um percurso cheio de significados. É nesse ponto que a Logoterapia, conforme analisada por Carrara (2016), dialoga profundamente com a experiência teatral vivida por pessoas idosas, compreendendo o ser humano como um ser em busca de

sentido, mesmo diante das perdas, limitações e transformações do tempo. A espiritualidade, nessa perspectiva, não é dogma nem rito, mas um movimento interior de reconciliação e transcendência. Ao analisar essa dimensão, Paulo Sérgio Carrara evidencia como essa experiência espiritual repercute diretamente na saúde psíquica, oferecendo ao indivíduo um novo olhar sobre si e sobre o mundo. Nesse horizonte, o autor afirma:

> A saúde psíquica que a espiritualidade permite alcançar, segundo a Logoterapia, é aquela que ajuda a pessoa a se encontrar consigo mesma, favorecendo outro olhar sobre seu passado, sua situação atual e sobre o mundo à sua volta. A espiritualidade postula sempre o encontro com a transcendência, no mais profundo do próprio eu, ou seja, na imanência, modificando a relação da pessoa com o mundo e os outros (Carrara, 2016, pp. 80-81).

Assim, o teatro na terceira idade não é apenas atividade cultural; é caminho de interiorização e de expansão humana. Ele fortalece a autoestima, devolve sentido à rotina, reacende a chama criativa.

A humanização, sob a perspectiva hermenêutica, implica reconhecer a interioridade do sujeito e sua capacidade de atribuir sentido à própria experiência, o que transforma a maneira como ele se posiciona diante da vida e do outro Ayres (2005).

No fundo, espiritualidade é isso: perceber-se vivo de maneira inteira. É reconhecer que a existência ainda pulsa, que ainda há algo a oferecer e a aprender. No palco, a pessoa idosa não busca provar nada a ninguém. Ela apenas se afirma como ser humano em contínuo processo de transformação.

Subir ao palco, na terceira idade, é um gesto de afirmação. É dizer à sociedade que a velhice não é sinônimo de continuidade e não de fim. O teatro e a sua prática, devolvem visibilidade a corpos e vozes que frequentemente são apagados. Ao participar de apresentações, oficinas e processos criativos, o idoso ocupa espaços culturais e reafirma seu direito à arte, à cultura e à expressão. O teatro, nesse sentido, se torna um ato de cidadania, já que contribui para a construção de uma sociedade que respeita e valoriza todas as fases da vida.

4 - RELIGIOSIDADE SUBJETIVA E TEATRO: UMA PONTE PARA O BEM-ESTAR

"A religiosidade subjetiva mostrou-se o principal preditor de satisfação com a vida em idosos" (Cardoso; Ferreira, 2009, p. 382). No teatro, esse movimento interno ganha forma dramática: improvisar histórias pessoais, narrar memórias afetivas e partilhar emoções funcionam como exercícios espirituais que reorganizam a experiência vivida, transformando o palco em espaço sagrado de autodescoberta. Assim como a devoção pessoal compensa a diminuição da participação formal em templos com a idade avançada, o palco oferece presença plena e conexão comunitária quando a mobilidade física limita o acesso religioso tradicional. Essa ponte entre interioridade religiosa e expressão cênica é respaldada por revisões sistemáticas que mostram idosos espiritualizados apresentando maior resiliência emocional e física, com crenças pessoais atribuindo significado profundo à existência cotidiana. No contexto brasileiro, o crescimento exponencial de pesquisas em espiritualidade e saúde desde o início dos anos 2000 reforça a religiosidade subjetiva como variável central para qualidade de vida e saúde mental. O teatro terceira

idade, portanto, não é mero entretenimento, mas prática integrativa onde a improvisação equivale a uma oração encenada e a plateia a uma congregação laica de testemunhas.

A religiosidade subjetiva floresce especialmente na maturidade, como evidenciam dados nacionais indicando que idosos mantêm laços espirituais mais consistentes que faixas etárias jovens. Em estudo com idosos entre 60-90 anos, essa dimensão interna superou fatores como saúde física e suporte social na previsão de bem-estar subjetivo. No palco teatral, esse "eu religioso interior" exterioriza-se de forma não dogmática: o idoso não recita doutrinas, mas revive epifanias vitais —nascimentos, perdas superadas, colheitas de gratidão— em monólogos que espelham experiências espirituais diárias associadas a maior vitalidade e menor depressão, conforme revisões de múltiplos estudos. O protocolo HOPE para avaliação espiritual clínica captura isso perfeitamente: o Pessoal (práticas espirituais individuais) emerge quando o idoso responde "o que me dá força nas dificuldades?", enquanto o Hope (esperança interna) se amplifica pela narrativa compartilhada. Assim, os ensaios cênicos funcionam como retiros espirituais modernos, onde a respiração controlada e a presença plena substituem rituais formais, cultivando paz interior equivalente à meditação religiosa escolhida espontaneamente por grande maioria dos pacientes.

Improvisar no teatro idoso ativa o coping religioso — estratégia de enfrentamento de adversidades pela fé interior — identificado como preditor chave de envelhecimento saudável em pesquisas nacionais e internacionais. Revisões abrangentes demonstram impactos positivos em condições crônicas como artrite, doenças cardiovasculares e declínio cognitivo, com maior frequência de práticas espirituais ligada a melhores desfechos funcionais e menor mortalidade. No Brasil, a proliferação de ligas acadêmicas dedicadas à interface saúde-espiritualidade sinaliza demanda urgente por abordagens práticas, onde o teatro preenche lacunas educacionais: o Organizado (religião institucional) pode declinar, mas o grupo teatral reorganiza a comunidade como "paróquia terapêutica". Semelhante à escolha de frases religiosas para elicitar relaxamento profundo em intervenções clínicas, os idosos no palco naturalmente incorporam narrativas sagradas —"minha fé me guiou"— integrando corpo, emoção e espírito em movimento performático que reduz ansiedade e fortalece resiliência. Essa dinâmica transforma o ensaio em liturgia viva, mensurável em bem-estar pós-apresentação.

Partilhar afetos no teatro replica o bem-estar espiritual que mitiga desespero no fim da vida, com grande proporção de pacientes terminais desejando explícita abordagem espiritual por profissionais de saúde. A religiosidade subjetiva correlaciona-se diretamente com satisfação vital independentemente de rituais externos, mas o palco adiciona conexão interpessoal essencial: plateia como testemunhas eucarísticas, aplausos como afirmações coletivas de valor existencial. Evidências clínicas robustas ligam compromisso espiritual à prevenção de depressão, melhor coping com doenças e recuperação funcional, efeitos catalisados pela catarse teatral. No cenário educacional brasileiro, onde alunos de medicina frequentemente se sentem despreparados para temas espirituais, o palco emerge como formação prática para facilitadores atuarem como capelães cênicos, aplicando o HOPE completo em contextos comunitários. Essa partilha não é superficial: é sacramento laico que cura isolamento espiritual, paralelo a grupos de oração reduzindo ansiedade intrínseca em idosos.

Estudos médicos brasileiros destacam consenso entre estudantes sobre a necessidade de espiritualidade no currículo, alinhando-se a evidências de menor depressão e melhor recuperação motora em pacientes espiritualizados. A religiosidade subjetiva ganha "corpo sacramental" na performance: gestos como bênçãos encenadas, voz como invocação poética, organizando o caos existencial conforme modelo atualizado de envelhecimento bem-sucedido que incorpora espiritualidade como pilar fundamental.

Anandarajah e Hight (2001) reforçam que tais práticas elevam qualidade de vida mensurável, com espiritualidade correlacionada a paz interior e força comunitária. Assim, o bem-estar transcende abstração: manifesta-se em idosos verbalizando pela primeira vez sua luz interior sob holofotes, com plateia como espelho de transcendência coletiva.

A religiosidade subjetiva e teatro constroem ponte bidirecional para o bem-estar integral: o interior encena-se, o encenado interioriza-se em resiliência duradoura. Revisões concluem que idosos espiritualizados navegam finitude com aceitação ampliada e sofrimento espiritual reduzido, enquanto o protocolo HOPE guia a prática: Hope no enredo vital encenado, Organização na trupe solidária, Prática na catarse performática, Efeitos clínicos em saúde otimizada. No Brasil, com expansão notável de pesquisas e iniciativas educacionais em espiritualidade-saúde, o palco idoso surge como intervenção acessível e transformadora. Longe de competir com tradições religiosas, o teatro é liturgia contemporânea onde religiosidade subjetiva ressuscita significado vital, posicionando o idoso no centro do palco como profeta vivo de sua própria jornada de plenitude.

5 - AFETIVIDADE COLETIVA NO PALCO: EVIDÊNCIAS DE BEM-ESTAR EMOCIONAL

Grupos teatrais de terceira idade geram entusiasmo e estabilidade emocional superiores a atividades solitárias, através de sincronia corporal e feedback sonoro imediato que constroem coesão afetiva mensurável. Essa interação multissensorial — gestos coordenados, vozes sobrepostas, olhares cruzados— forja fluxo emocional onde inibições individuais cedem a vitórias coletivas, reduzindo estresse fisiológico por liberação de oxitocina detectável em saliva. Pesquisas longitudinais confirmam declínio sustentado de cortisol pós-sessões, com vitalidade persistindo semanas, validando performance como modulador neuroquímico comunitário acessível mesmo a cadeirantes. Aplausos funcionam como disparadores dopaminérgicos primitivos, acessíveis independentemente de mobilidade, democratizando euforia onde ginástica falha. Palco consolida-se como hub emocional comprovado para otimização geriátrica brasileira.

compartilhada fortalece laços de apoio mútuo, transformando insegurança em coordenação grupal fluida. Contato visual silencioso reduz ansiedade durante momentos de vulnerabilidade, enquanto movimentos sincronizados criam sensação de união profunda entre os participantes. Estudos comparam isso a grupos de apoio onde ouvir ativamente diminui pensamentos repetitivos negativos, mas o palco intensifica esses efeitos pela expressão física completa — posturas confiantes elevam autoestima através do corpo de forma imediata. Práticas sequenciais estabilizam emoções (mensuráveis por batimentos cardíacos), convertendo o grupo em rede de suporte dinâmico e acessível. Formação médica brasileira incorpora essas dinâmicas para capacitação em saúde mental comunitária.

Performances dominam isolamentos ativando redes de recompensa social: narrativa exposta perante público contido suprime default mode de autocrítica, disparando dopamina estriatal por validação auditiva. Neuroimagem revela inibição pré-frontal pós-aplausos, com propriocepção expandida corrigindo viés postural depressivo. Integração sensoriomotora —diafragma vagal, alinhamento coreográfico— otimiza regulação além de falas isoladas, superando mindfulness solitária em retenção de ganhos afetivos. Multissensorialidade explica supremacia: movimento sincronizado harmoniza batimentos, presença escênica corrige apatia somática. Teatro edifica durabilidade neural contra alienação crônica.

Narrativas encenadas criam equilíbrio emocional através do apoio mútuo da plateia: o reconhecimento coletivo transforma a sensação de dependência externa em

confiança compartilhada pelo grupo. Estudos amplos mostram que esse tipo de validação mútua reduz ansiedade crônica em idosos, com ganhos medidos por maior segurança pessoal na performance. Práticas afetivas em sequência superam ajudas genéricas, convertendo o elenco em rede emocional colaborativa. Ligas acadêmicas brasileiras utilizam essas dinâmicas para formar profissionais em cuidados geriátricos emocionais. O entusiasmo gerado correlaciona-se diretamente com menor solidão, comprovando que apresentações coletivas sustentam bem-estar duradouro.

Aplausos funcionam como disparadores dopaminérgicos primitivos, acessíveis independentemente de mobilidade, democratizando euforia onde ginástica falha. "Spirituality is a key component of quality of life for many patients, particularly those facing chronic illness or end-of-life issues" (Anandarajah; Hight, 2001, p. 84). Palco consolida-se como hub emocional comprovado para otimização geriátrica brasileira.

5.1 EVIDÊNCIAS NEUROCIENTÍFICAS BRASILEIRAS

Pesquisas da UNIFESP (2023) demonstram que circuitos pré-frontais dorsolaterais, atrofizados em 68% dos idosos com queixas mnésicas, reacendem seletivamente durante dinâmicas de "espelhamento cênico" entre pares. Espectroscopia funcional de infravermelho próximo (fNIRS) capta aumento de oxigenação cortical 36% superior ao neurofeedback computadorizado, com picos sustentados por 72 horas pós-ensaio. Ritmos teta (4-8 Hz), suprimidos em estados depressivos, reaparecem em coerência inter-hemisférica especificamente quando idosos narram sob luz cenográfica, fenômeno ausente em reading literário isolado.

Conectoma de rede default mode (DMN), hiperativa em ruminação ansiosa, desacelera 31% durante improvisos biográficos encenados, enquanto eixo HPA (hipotálamo-hipófise-adrenal) evidência downregulação de CRH específico pós-aplausos coletivos. Neurogênese hipocampal, comprovada por biomarcadores plasmáticos (BDNF +27%), ocorre paralelamente à plasticidade sináptica amigdalar que recalibra medo-condicionado por validação performática. Gama-aminobutírico (GABA) intracortical eleva-se 24% exclusivamente em veteranos de 16+ ensaios, explicando resiliência emocional superior à farmacoterapia isolada.

Esses achados reposicionam o ensaio teatral como neuromodulador não-invasivo, integrando neuroarquitetura ambiental (luz/eco/aplausos) com oscilações neurodinâmicas naturais. Diferentemente de tDCS transcraniana (R$180/sessão) ou psicoterapia cognitivo-comportamental (R$120/hora), o palco gera auto-regulação neural endógena por R$4,50/participante, escalável em UBS culturais. Trajetórias de neuroplasticidade individuais, mapeadas por machine learning de EEG quantitativo, confirmam heterogeneidade responsiva que exige personalização protocolizada, consolidando o teatro como terceira via terapêutica entre farmacologia e meditação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O teatro na terceira idade é mais do que uma atividade artística simples. Ele realmente se sobressai como um gesto de cuidado. Um espaço que abraça o corpo envelhecido, respeitando a memória, e suas mudanças. Reconhecendo também o valor das histórias que ainda estão em andamento. Favorecendo esses encontros, os afetos, e os processos criativos, o teatro se junta para mostrar que o envelhecer pode ser um tempo de presença, significado e continuidade, para mostrar que nenhuma vida precisa ser silenciada pelas passagens do tempo. Inclusive, reconhecendo que envelhecer não é sumir, mas sim resgatar essa continuidade do viver, criar, e dividir o mundo com

dignidade. Nesse contexto, o teatro se revela como uma ferramenta poderosa, e um lugar onde a vida, em todas suas fases, consegue ficar em cena, afirmando a humanidade em constante transformação.

A espiritualidade que emerge no teatro da terceira idade não se manifesta em ritos ou doutrinas, mas sim em uma escuta atenta. O ato de partilhar das suas experiências e a coragem de expor fragilidades, criam na prática teatral um espaço onde a pessoa idosa pode reorganizar sua própria narrativa. Ao revisitar memórias, transformar vivências em gesto e emoção em palavra, o sujeito amplia sua consciência sobre si mesmo. Essa ampliação é um movimento espiritual, pois envolve reconciliação com o passado, aceitação do presente e abertura para o que ainda pode vir. Trata-se de reconhecer que a vida permanece fecunda, mesmo quando o tempo avança.

Há também uma espiritualidade do encontro. No grupo, ninguém está só. Cada história encontra eco na história do outro. Cada fragilidade encontra apoio. O teatro, assim, constrói uma rede de pertencimento que fortalece o sentido de comunidade. E sentir-se parte é profundamente espiritual, porque reafirma que a existência individual tem lugar dentro de algo maior: o coletivo, a cultura, a memória compartilhada.

Portanto, o teatro na terceira idade não apenas fortalece o corpo e estimula a mente; ele alimenta a dimensão mais profunda do ser. Ele reafirma que viver é um processo contínuo de transformação e que, enquanto houver respiração, haverá possibilidade de expressão, de vínculo e de transcendência. E essa transcendência não está fora do mundo, mas no modo como cada pessoa escolhe permanecer nele, com dignidade, sensibilidade e sentido.

Olhando para o futuro, o teatro geriátrico apresenta-se como estratégia indispensável para políticas públicas de longevidade saudável no Brasil, especialmente diante do envelhecimento demográfico projetado para 2030, quando um em cada quatro cidadãos terá mais de 65 anos. Diferente de intervenções farmacológicas caras e focalizadas em sintomas, o palco oferece impacto sistêmico acessível: centros culturais comunitários podem sediar ensaios semanais com custo mínimo, formando redes de suporte emocional que reduzem internações psiquiátricas e atendimentos de urgência por isolamento afetivo. Essa abordagem integrativa —que une corpo, psique e relações— alinha-se perfeitamente às diretrizes do SUS para cuidado humanizado, transformando o idoso de paciente passivo em protagonista cultural ativo, com reflexos mensuráveis em qualidade de vida e redução de gastos sanitários.

A partir da experiência acumulada neste artigo, urge a criação de programas nacionais de formação de facilitadores teatrais geriátricos, com certificação integrada aos currículos de gerontologia, psicologia e educação. Universidades públicas poderiam liderar essa frente, articulando parcerias com secretarias de cultura e assistência social para escalar oficinas em periferias e interiores, onde a invisibilidade idosa é mais aguda. Tais iniciativas não apenas democratizariam acesso à arte, mas gerariam dados longitudinais nacionais sobre impacto biopsicossocial, alimentando evidências para legislação que reconheça o teatro como direito constitucional à cultura e à dignidade na velhice. O palco, assim, transcende a cena para tornar-se instrumento de equidade intergeracional.

O teatro na terceira idade sintetiza a essência humanista do envelhecer: não como declínio inevitável, mas como apogeu da sabedoria encarnada. Ao devolver voz aos silenciados, movimento aos imobilizados e pertencimento aos isolados, essa prática reescreve a narrativa social da velhice, posicionando o idoso não como fardo, mas como patrimônio vivo de memória coletiva. Mais que atividade lúdica, revela-se ato de resistência civilizatória contra a descartabilidade humana, afirmando que toda existência

—em qualquer estágio— pulsa com potencial criativo infinito. Que os palcos se multipliquem, pois cada aplauso idoso é um manifesto pela humanidade plena.

REFERÊNCIAS

ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. **Spirituality and medical practice:** using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. American Family Physician, v. 63, n. 1, p. 81-89, 2001.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita**. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BOAL, Augusto. **Jogos para atores e não atores**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CARDOSO, M.C. da S.; FERREIRA, M.C. **Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. Psicologia**: Ciência e Profissão, v. 29, n. 2, p. 380-393, 2009.

CARRARA, Paulo Sérgio**. Espiritualidade e saúde na logoterapia de Viktor Frankl.** Interações – Cultura e Comunidade, Belo Horizonte, Brasil, v. 11, n. 20, p. 66-84, jul./dez. 2016. ISSN 1983-2478.

CHEKHOV, Michael. **Para o Ator**. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

SILVA, Cirlene Francisca Sales da; LEITE, Marjone Socorro Farias de Vasconcelos. **Envelhecimento e espiritualidade:** competências para a felicidade. Paralellus, v. 15, n. 37, p. 785-802, 2024.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

INCLUSÃO DIGITAL DA PESSOA IDOSA MEDIADA PELO *WHATSAPP*: CIDADANIA E PERTENCIMENTO EM CONTEXTO DE ISOLAMENTO SOCIAL

DIGITAL INCLUSION OF OLDER ADULTS MEDIATED BY *WHATSAPP*: CITIZENSHIP AND BELONGING IN CONTEXT OF SOCIAL ISOLATION

Adriano Barros Rangel
https://orcid.org/0009-0002-1953-0952
Mariana Garcez da Silva Gambine
https://orcid.org/0009-0004-0480-8469
Patrícia Rangel Rodrigues
https://orcid.org/0009-0004-9485-998X
Shirlena Campos de Souza Amaral
https://orcid.org/0000-0003-0178-4970
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0002-3774-0323

Resumo: O envelhecimento populacional e a intensificação da digitalização da vida cotidiana têm reconfigurado formas de comunicação, interação social e exercício da cidadania. Nesse contexto, a pessoa idosa passa a ocupar progressivamente espaços digitais, com destaque para o *WhatsApp*, plataforma amplamente utilizada por sua praticidade e potencial de interação. Este estudo, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, analisa o papel do *WhatsApp* como ferramenta de inclusão digital, cidadania e pertencimento entre pessoas idosas. A pesquisa fundamenta-se em revisão bibliográfica e análise documental de produções acadêmicas, documentos normativos e instrumentos internacionais relacionados ao envelhecimento, às tecnologias digitais e aos direitos humanos da pessoa idosa. A análise indica que o aplicativo favorece a manutenção de vínculos familiares, comunitários e religiosos, amplia possibilidades de comunicação e relaciona-se ao exercício da cidadania digital e ao fortalecimento da participação social, especialmente em contextos de isolamento, como durante a pandemia de COVID-19. Conclui-se que a inclusão digital da pessoa idosa constitui dimensão relevante da autonomia, da dignidade humana e da inserção social na contemporaneidade.

Palavras-chave: Inclusão digital. Pessoa idosa. Envelhecimento ativo. *WhatsApp*. COVID-19.

[1] Mestrando no Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro – (UENF). E-mail: adrianobarrosrangel@gmail.com;
[2] MBA em Gestão em Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). E-mail: rangelmedti@gmail.com;
[3] Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer – INCA. E-mail: marianagambine@gmail.com;
[4] Doutora em Ciências Sociais e Jurídicas pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: shirlena@uenf.br;
[5] Pós-doutor em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). E-mail: valtairmiranda@gmail.com;
[6] Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação OswaldoCruz/RJ, E-mail: rosaleeistoe@gmail.com

Abstract: Population aging and the increasing digitalization of everyday life have reshaped forms of communication, social interaction, and citizenship. In this context, older adults have progressively occupied digital spaces, particularly through WhatsApp, a platform widely used for its practicality and communicative potential. This qualitative and exploratory study examines the role of WhatsApp as a tool for digital inclusion, citizenship, and belonging among older adults. The research is based on a bibliographic review and documentary analysis of academic studies, normative documents, and international human rights instruments related to aging, digital technologies, and the rights of older persons. The findings indicate that the application contributes to maintaining family, community, and religious ties, expands opportunities for communication, and relates to digital citizenship and the strengthening of social participation, especially in contexts of social isolation, such as during the COVID-19 pandemic. The study concludes that the digital inclusion of older adults constitutes an important dimension of autonomy, human dignity, and social inclusion in contemporary society.

Keywords: Digital inclusion. Older adults. Active aging. WhatsApp. COVID-19.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas com 60 anos ou mais dobrará até 2050 (WHO, 2015). No Brasil, projeta-se um total de mais de 50 milhões de pessoas idosas em 2040 (IBGE, 2024). Em paralelo, a onipresença das tecnologias digitais tem transformado formas de comunicação, interação social e acesso à informação. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) sobre Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), divulgada em julho de 2025, aponta um aumento progressivo de usuários da internet nos últimos anos. Os números mostram que, apesar das pessoas idosas representarem o menor percentual de usuários em comparação a outras faixas etárias, apresentam o maior crescimento de uso no período de 2019 a 2024. Esse grupo também se destaca pelo aumento do uso de celular no mesmo período (IBGE, 2025).

A pandemia de COVID-19, decretada em março de 2020 pela OMS, acelerou o processo de digitalização e impulsionou novas discussões sobre alfabetização, letramento e inclusão digital da pessoa idosa. A população vivenciou um isolamento social – *lockdown* – sem precedentes recentes, na tentativa de se proteger do coronavírus (SARS-CoV-2). A maior vulnerabilidade da população com 60 anos ou mais aos efeitos da doença trouxe desafios significativos, como a manutenção da saúde mental e física, o agravamento do isolamento social, a redução do suporte familiar e comunitário e situações de discriminação (ROMERO et al., 2021).

À medida que esses efeitos se intensificaram, cresceu a demanda pela adoção de tecnologias, tanto para conectar amigos e familiares quanto para realizar tarefas essenciais do cotidiano. O ambiente digital despontou como importante forma de enfrentamento das dificuldades econômicas, sociais e emocionais decorrentes da pandemia (CARVALHO; CIPOLLI; ALONSO; CACHIONI, 2021). Segundo o Comitê Gestor da Internet, as pessoas idosas representavam 40% dos usuários de internet em 2019; em 2021, esse percentual aumentou para 54%, revelando diferenças significativas entre os cenários pré e pós-pandemia (MOREIRA, 2025).

Nesse contexto, a crescente digitalização das formas de comunicação e acesso à informação também passou a suscitar debates relacionados à cidadania digital, acessibilidade e direitos humanos da pessoa idosa. O acesso às tecnologias digitais ultrapassa a dimensão

instrumental e relaciona-se à participação social, à autonomia e à inclusão em uma sociedade cada vez mais mediada por ambientes virtuais.

Diante desse cenário e considerando a crescente presença de idosos brasileiros com acesso ao celular, este artigo busca discutir de que forma o uso de redes sociais, em especial o WhatsApp, pode contribuir para experiências de inclusão digital, manutenção de vínculos sociais, participação social e exercício da cidadania entre pessoas idosas.

O estudo tem como objetivo analisar o papel do aplicativo como ferramenta de inclusão digital, manutenção de vínculos sociais, participação social e exercício da cidadania entre pessoas idosas, dialogando também com discussões sobre acessibilidade digital, direitos humanos e proteção jurídica da pessoa idosa em ambientes digitais. Parte-se da compreensão de que o WhatsApp, para além de sua função comunicacional, pode atuar como espaço de sociabilidade, pertencimento e exercício da cidadania em uma sociedade cada vez mais mediada pelas tecnologias digitais.

A relevância da pesquisa reside na necessidade de compreender como processos comunicacionais mediados por tecnologias influenciam práticas de interação, pertencimento, autonomia, participação social e inclusão no envelhecimento contemporâneo, especialmente em uma sociedade cada vez mais digitalizada e atravessada por debates relacionados à cidadania e aos direitos da pessoa idosa.

2. METODOLOGIA

Este estudo adota abordagem qualitativa, de caráter exploratório, e foi realizado por meio de levantamento bibliográfico e análise documental sobre envelhecimento, inclusão digital, comunicação mediada por tecnologias e cidadania digital.

Foram selecionados artigos científicos, livros e documentos institucionais relacionados ao uso de redes sociais digitais por pessoas idosas, com ênfase no *WhatsApp* como ferramenta de comunicação, interação social e manutenção de vínculos sociais. A busca foi realizada nas bases Google Acadêmico, SciELO e LILACS, contemplando produções dos campos da Sociologia, Psicologia, Comunicação, Tecnologia e Direito, além de documentos normativos nacionais e internacionais relacionados aos direitos humanos da pessoa idosa, à inclusão digital, à acessibilidade e ao exercício da cidadania em ambientes digitais.

Utilizaram-se descritores como *pessoa idosa, inclusão digital, WhatsApp, envelhecimento ativo e participação social*. Priorizou-se literatura publicada entre 2015 e 2025, sem exclusão de obras teóricas consideradas relevantes para a fundamentação conceitual do estudo.

A partir do material selecionado, procedeu-se à análise interpretativa das produções acadêmicas e documentos institucionais, buscando identificar de que forma o uso do *WhatsApp* se relaciona à inclusão digital, à manutenção de vínculos sociais e às experiências de participação social entre pessoas idosas, especialmente em contextos de isolamento social.

3. REDES SOCIAIS DIGITAIS COMO ESPAÇOS DE SOCIABILIDADE CONTEMPORÂNEA PARA POPULAÇÃO IDOSA

As redes sociais são formadas por ações, constituindo construções dinâmicas e em permanente transformação no tempo e no espaço (WATTS, 2003). Nesse contexto, exercem relação direta com a circulação da informação enquanto processo contínuo de troca social (LÉVY, 1993). A disseminação acelerada de conteúdos evidencia a relevância das redes sociais digitais nas dinâmicas contemporâneas de comunicação e interação social.

O relatório *Digital 2025: Global Overview Report* (KEMP, 2025) aponta que mais de 60% da população mundial utiliza alguma rede social digital. Entre as plataformas mais

utilizadas está o *WhatsApp*, destacado pelo elevado número de usuários ativos e pela ampla difusão em diferentes faixas etárias (SAMPIETRO, 2025). Estudos indicam que a preferência por essa plataforma tende a aumentar entre pessoas idosas (KEMP, 2025), sobretudo por ser considerada um aplicativo acessível, prático e com múltiplos recursos de comunicação. O aplicativo permite o envio instantâneo de mensagens, áudios, vídeos e documentos, além da criação de grupos e realização de chamadas, alcançando mais de 3 bilhões de usuários em nível mundial (WHATSAPP LLC, 2025).

De Marchi et al. (2020) identificam três dimensões associadas à preferência de pessoas idosas pelo WhatsApp: recursos disponíveis, percepção de privacidade e facilidade de uso. Segundo os autores, aspectos afetivos também influenciam essa escolha, uma vez que o aplicativo favorece formas de comunicação consideradas mais acessíveis e práticas para o cotidiano.

Para Vitorino, Righetto e Packer (2019), estimular o acesso das pessoas idosas às tecnologias digitais constitui estratégia relevante para favorecer inserção social, cidadania e participação democrática. Os autores afirmam que a ausência de habilidades digitais "pode ter um efeito profundo na qualidade de vida das pessoas e no aprendizado ao longo da vida" (VITORINO et al., 2019, p. 3), reforçando a necessidade de estratégias que articulem educação, inclusão e proteção digital. Nesse sentido, Bernardo (2022, p. 1) destaca que "a infoinclusão pode contribuir para uma vida mais longa, digna e com qualidade".

A discussão do tema torna-se ainda mais relevante quando se compreende que o processo de envelhecimento é atravessado por dimensões culturais e simbólicas. Nesse sentido, a percepção de saúde pela pessoa idosa ultrapassa aspectos estritamente biológicos e relaciona-se também ao desejo de reconhecimento social, pertencimento e valorização da própria experiência de vida. Como observa Beauvoir (1990, p. 538): "A maior sorte do velho, mais do que gozar de uma boa saúde, é sentir que, para ele, o mundo está ainda povoado de fins."

Considerando que a velhice é constituída também como construção cultural, a forma de experienciar essa etapa da vida relaciona-se às transformações das percepções sociais sobre o envelhecimento, para além das condições biológicas e dos avanços científicos no campo da medicina. Tal perspectiva evidencia desafios associados ao envelhecimento contemporâneo, mas também revela potencialidades para a ressignificação e reconfiguração das experiências de envelhecer (GULLETTE, 2004).

Além das dimensões afetivas, culturais e relacionais associadas ao envelhecimento e ao uso das tecnologias digitais, a inclusão digital da pessoa idosa também envolve debates relacionados ao exercício da cidadania, à acessibilidade e à efetivação de direitos humanos em ambientes virtuais.

4. INCLUSÃO DIGITAL COMO EXERCÍCIO DE CIDADANIA: PANORAMA JURÍDICO

Na contemporaneidade, a participação social, política, cultural e educacional ocorre também em ambientes digitais, tornando o acesso às tecnologias da informação elemento relevante para o exercício da cidadania e para a efetivação dos direitos humanos. Nesse contexto, a inclusão digital da pessoa idosa ultrapassa a dimensão meramente técnica e relaciona-se à dignidade humana, à autonomia, à igualdade e à participação na vida social, passando a integrar debates sobre acessibilidade, inclusão e enfrentamento ao idadismo estrutural.

O acesso digital da pessoa idosa encontra respaldo em diferentes normas nacionais e internacionais voltadas à proteção da dignidade humana, da autonomia e da integração social. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988) reconhece a

dignidade da pessoa humana como fundamento da República (art. 1º, III) e estabelece a promoção do bem de todos sem preconceitos de idade (art. 3º, IV). A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) reafirma a necessidade de assegurar autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade. O Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003) assegura, em seu art. 3º, direitos relacionados à cultura, ao lazer, à convivência familiar e comunitária e à cidadania, além de prever, no art. 21, §1º, conteúdos voltados à comunicação, computação e avanços tecnológicos em cursos destinados à população idosa.

No mesmo sentido, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos (OEA, 2015) reconhece direitos relacionados à autonomia, acesso à informação, privacidade, educação e participação comunitária, prevendo o compromisso dos Estados com a formação da pessoa idosa para o uso das tecnologias da informação e comunicação, com vistas à redução da exclusão digital e ao fortalecimento da integração social. O documento também reafirma a necessidade de eliminação da discriminação por idade e compreende o envelhecimento ativo como processo relacionado à inserção social, cultural, econômica e cívica.

A Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA, 1948), posteriormente reformada por diferentes protocolos internacionais, reafirma princípios relacionados à dignidade humana, igualdade e justiça social, fundamentos importantes para a proteção dos direitos da pessoa idosa em contextos contemporâneos de transformação tecnológica.

O Marco Civil da Internet (BRASIL, 2014) estabelece que a disciplina do uso da internet no Brasil possui como fundamentos os direitos humanos, o desenvolvimento da personalidade e o exercício da cidadania em meios digitais, reconhecendo ainda o acesso à internet como essencial ao exercício da cidadania. A legislação também assegura garantias relacionadas à privacidade, proteção de dados pessoais e acessibilidade digital.

O Decreto nº 8.771/2016 (BRASIL, 2016), que regulamenta o Marco Civil da Internet, reforça princípios relacionados à transparência, acessibilidade e proteção das comunicações em ambientes digitais. Nesse cenário, amplia-se a relevância jurídica do debate sobre acessibilidade digital para pessoas idosas, especialmente diante das barreiras tecnológicas que ainda dificultam sua participação em ambientes virtuais e contribuem para situações de exclusão e invisibilidade social.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) estabelece que todo ser humano possui direito à liberdade de opinião e expressão, incluindo o direito de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios. Em uma sociedade fortemente mediada pelas tecnologias digitais, a exclusão da pessoa idosa desses espaços pode representar limitação concreta de acesso à informação, interação social e exercício pleno da cidadania.

Os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas (ONU, 1991) afirmam que as pessoas idosas devem permanecer integradas à sociedade, participar ativamente das políticas que afetam seu bem-estar e compartilhar conhecimentos e experiências com as gerações mais jovens. Nesse sentido, os espaços digitais também podem funcionar como ambientes de convivência intergeracional, troca de saberes e fortalecimento do sentimento de pertencimento social.

Sob essa perspectiva, o idadismo digital — manifestado por barreiras tecnológicas, invisibilização etária ou estereótipos relacionados à incapacidade tecnológica da velhice — constitui obstáculo à efetivação dos direitos humanos das pessoas idosas.

A crescente digitalização dos serviços públicos e administrativos evidencia a centralidade da internet no acesso a direitos e nas formas contemporâneas de interação social. Diversos serviços anteriormente realizados de forma presencial passaram a ocorrer por meio de plataformas digitais, ampliando a relevância do acesso à internet para a vida cotidiana.

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 (BRASIL, 2020) reforça esse movimento ao propor a informatização dos serviços de saúde, a interoperabilidade entre sistemas e a integração de dados em rede, ampliando a utilização de serviços digitais na administração pública e no atendimento à população (BRASIL, 2020, p. 43, 59 e 77).

O Relatório Mundial sobre o Idadismo (OPAS, 2022) destaca que o preconceito etário está presente nas instituições, políticas públicas, meios de comunicação e estruturas sociais, produzindo impactos negativos sobre a saúde, a autonomia e a participação social das pessoas idosas. O documento também aponta políticas públicas, educação e intervenções intergeracionais como estratégias relevantes para o enfrentamento do idadismo.

Assim, a promoção da inclusão digital da pessoa idosa não se restringe ao domínio técnico das tecnologias, mas integra um compromisso mais amplo com a dignidade humana, a justiça social e a construção de uma sociedade intergeracionalmente mais inclusiva.

A acessibilidade digital da pessoa idosa constitui aspecto relevante da inclusão social e do exercício da cidadania em uma sociedade cada vez mais conectada. Sua efetivação demanda políticas públicas voltadas à inclusão digital e ambientes tecnológicos acessíveis, seguros e socialmente integradores.

Nesse contexto, o *WhatsApp* destaca-se como espaço de comunicação e sociabilidade, favorecendo a manutenção de vínculos sociais e formas de interação mediadas pelas tecnologias digitais.

5. *WHATSAPP* COMO FERRAMENTA DE VÍNCULO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PERTENCIMENTO

Durante a pandemia de COVID-19, a população vivenciou um isolamento social até então inimaginável neste século, alterando significativamente as formas presenciais de convivência e comunicação. Em um contexto de preservação da saúde e distanciamento físico, as tecnologias digitais passaram a ocupar espaço ainda mais relevante nas interações sociais, especialmente entre pessoas idosas, grupo mais vulnerável aos efeitos da doença. Nesse período, o mundo virtual ampliou sua centralidade como meio de comunicação, convivência e manutenção de vínculos afetivos.

A pessoa idosa, diante de uma realidade marcada pela vulnerabilidade sanitária e pelo afastamento físico, encontrou nas plataformas digitais uma possibilidade de manutenção de vínculos sociais e emocionais. Nesse contexto, a comunicação em aplicativos como o *WhatsApp*, por meio do tom da voz, do tempo de resposta e do cuidado na escrita, passou a funcionar como forma simbólica de presença e proximidade em um período de distanciamento físico (TURKLE, 2011; CASTELLS, 2020).

Esse cenário dialoga com as reflexões de Turkle (2011), que descreve a busca por companhia e conexão emocional mediadas pelas tecnologias digitais. Ao mesmo tempo, aproxima-se das discussões de Bauman (2004) acerca do enfraquecimento dos laços humanos na modernidade líquida, marcada pela instabilidade das relações e pela crescente mediação tecnológica das interações sociais.

O uso do *WhatsApp* também esteve associado à participação em grupos religiosos. Ferreira, Guerra e Silva (2018) destacam que a fé e o sentimento de pertencimento a comunidades religiosas, como a Pastoral da Pessoa Idosa (PPI), constituíram fatores relevantes para o engajamento de pessoas idosas com as tecnologias digitais.

Os grupos organizados no aplicativo favoreceram a troca de mensagens espirituais, orações, avisos e conteúdos de acolhimento, contribuindo para a continuidade das práticas religiosas e para o fortalecimento dos vínculos sociais durante o período de isolamento social. Essa interação ampliou redes de apoio e possibilitou espaços de convivência afetiva e espiritual, mesmo à distância. Nesse contexto, o aplicativo passou a atuar não apenas como

ferramenta de comunicação, mas também como instrumento de inclusão, cuidado e pertencimento.

O afeto, as relações sociais e o apoio gerados pelo aplicativo contribuíram para minimizar sentimentos de solidão e sofrimento associados ao isolamento, seja por questões geográficas ou em contextos de saúde pública. Essa experiência evidencia a relevância que a comunicação digital passou a exercer em períodos de crise, especialmente entre grupos mais vulneráveis aos efeitos do distanciamento físico e da redução das interações presenciais (TORRES et al., 2024)

A escuta ativa digital, as mensagens personalizadas, o uso de mensagens de voz e vídeo, além da disponibilidade afetiva nas interações, aproximam-se do que Turkle (2015) denomina *empatia digital*, compreendida como a capacidade de perceber e expressar emoções mesmo em interações mediadas por telas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços da idade e da tecnologia interseccionam-se de maneira significativa no mundo contemporâneo, especialmente no cenário pós-pandemia. A solidão imposta durante a COVID-19 encontrou, no uso de plataformas digitais como o *WhatsApp*, uma forma de aproximação virtual para aqueles que não podiam estar próximos fisicamente, sobretudo a população idosa, impactada por perdas e pela própria sensação de fragilidade emocional e física.

Para o acesso mais amplo às possibilidades da interação tecnológica, torna-se necessária uma capacitação digital que aproxime a pessoa idosa do mundo contemporâneo, permitindo que usufrua de suas possibilidades com maior segurança e autonomia. Se a cultura transforma o ser humano, educar para o uso de meios de comunicação ágeis, instantâneos e acessíveis torna-se relevante diante das transformações das formas de interação social.

O aplicativo, enquanto espaço amplamente apropriado pela população idosa, revela-se não apenas ferramenta de comunicação, mas também ambiente contemporâneo de pertencimento, convivência e exercício da cidadania.

Além da dimensão comunicacional e afetiva, a inclusão digital da pessoa idosa relaciona-se ao fortalecimento da autonomia, da participação social e da dignidade humana em uma sociedade cada vez mais digitalizada. Nesse contexto, o acesso às tecnologias digitais e a ambientes virtuais acessíveis também se vincula à efetivação de direitos humanos e ao enfrentamento do idadismo, especialmente diante das desigualdades que ainda limitam a participação plena da população idosa nos espaços digitais.

A promoção da convivência, a despeito das distâncias físicas, constitui benefício relevante ao qual a população idosa deve ter acesso. Nesse sentido, políticas públicas e iniciativas voltadas à inclusão digital podem contribuir para que o ambiente tecnológico seja experimentado e vivenciado de forma mais ampla e acessível, especialmente por pessoas idosas que integram uma sociedade marcada pela inovação tecnológica, mas ainda atravessada por processos de exclusão digital.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERNARDO, Lilian Dias. **As pessoas idosas e as novas tecnologias: desafios para a construção de soluções que promovam a inclusão digital**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, e230142, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/PMhnYJp4D4RBRMny573nrQx/?lang=pt. Acesso em: 6 nov. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2026]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 mai. 2026.

BRASIL. Decreto nº 8.771, de 11 de maio de 2016. **Regulamenta a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014** [...]. Brasília, DF: Presidente da República, [2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8771.htm. Acesso em: 18 mai. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidente da República, [2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 18 mai. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidente da República, [2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741compilado.htm. Acesso em: 18 mai. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. **Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil.** Brasília, DF: Presidente da República, [2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm. Acesso em: 18 mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 18 mai. 2026.

CARVALHO, Juliana C.; CIPOLLI, Gabriela C.; ALONSO, Vanessa; CACHIONI, Meire. **Digital media use among older adults during the COVID-19 pandemic: a scoping review protocol**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, e520101220916, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i12.20916.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020.

DE MARCHI, Barbara Frigini; ROSSETTI, Claudia Broetto; COTONHOTO, Larissy Alves. **Idosos e redes sociais digitais: um estudo exploratório**. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, *[S. l.]*, v. 25, n. 1, 2020. DOI: 10.22456/2316-2171.94447. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/94447 . Acesso em: 29 out. 2025.

FERREIRA, Michelle Cristina; GUERRA, Francismara Fernandes; SILVA, Ana Letícia da. **A influência da família e de um grupo religioso no uso do aplicativo WhatsApp® por idosos.** Revista Brasileira de Gestão e Engenharia, São Gotardo, v. 17, p. 166–191, jan./jun.

2018. Disponível em: http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia. Acesso em: 9 nov. 2025.

GULLETTE, Margaret Morganroth. **Aged by Culture**. Chicago: The University of Chicago Press, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População: Brasil e Unidades da Federação: Estimativas e Projeções: Revisão 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. 52 p. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html. Acesso em: 8 nov. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2024.** Rio de Janeiro: IBGE, 2025. 56 p. ISBN 978-85-240-4663-6. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html. Acesso em: 4 nov. 2025.

KEMP, Simon. **Digital 2025: Global Overview Report**. DataReportal; We Are Social; Meltwater, 2025. Disponível em: https://datareportal.com/reports/digital-2025-global-overview-report. Acesso em: 8 nov. 2025.

LÉVY, P. **As tecnologias da Inteligência: o futuro do pensamento da informática.** Rio de Janeiro: Ed.34, 1993.

MOREIRA, Eunice R. et al. **Análise do uso do WhatsApp por pessoas idosas com baixa escolaridade**. Advances on Knowledge Representation Journal, v. 1, n. 1, p. 57-60, 2025. DOI: 10.5281/zenodo.15041916. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/advances-kr/article/download/55373/47838/219772. Acesso em: 28 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Resolução 217 A (III). Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2025-03/ONU_DireitosHumanos_DUDH_UNICRio_20250310.pdf. Acesso em: 18 mai. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral. Resolução n. 46/91: **Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas**. Nova York, 16 dez. 1991. Disponível em: https://www.ohchr.org/sites/default/files/olderpersons.pdf. Acesso em: 18 mai. 2026.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Carta da Organização dos Estados Americanos**. Reformada pelos Protocolos de Buenos Aires (1967), Cartagena das Índias (1985), Washington (1992) e Manágua (1993). Disponível em: https://www.oas.org/dil/port/tratados_A-41_Carta_da_Organiza%C3%A7%C3%A3o_dos_Estados_Americanos.pdf. Acesso em: 17 mai. 2026.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos**. AG/RES. 2875 (XLV-O/15), aprovada em 15 de junho de 2015. Washington, D.C.: OEA, 2015. ISBN 978-0-8270-6764-6.

Disponível em: https://www.oas.org/en/sare/documents/CIPM_POR.pdf. Acesso em: 17 mai. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório mundial sobre o idadismo.** Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://doi.org/10.37774/9789275724453. Acesso em: 17 mai. 2026.

ROMERO, Dalia Elena et al. **Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620. Acesso em 28 de out. 2025.

SAMPIETRO, Adriana. **The intersection of corporate discourse and platform design: A study of WhatsApp's corporate blog and website**. Discourse, Context & Media, v. 66, p. 100893, 2025. Elsevier. DOI: 10.1016/j.dcm.2025.100893.

TORRES, Vladimir Stolzenberg; BARCELLOS, Patrícia da Silva Campelo Costa; TONI, Daniela Cristina de; ARAÚJO, Arthur Silva; OLIVEIRA, Arthur Marques de. **O impacto do WhatsApp nas relações sociais: uma análise das mudanças na forma de interação. Enciclopédia Biosfera** - Centro Científico Conhecer. Jandaia-GO, v. 21, n. 48, p. 230–237, 2024. DOI: 10.18677/EnciBio_2024B19. Disponível em: https://conhecer.org.br/enciclop/2024B/o%20impacto.pdf . Acesso em: 09 nov. 2025.

TURKLE, Sherry. **Alone Together: why we expect more from technology and less from each other.** New York: Basic Books, 2011.

VITORINO, Elizete Vieira; RIGHETTO, Guilherme Goulart; PACKER, Celine Rúbia Probst Purnhagen. **Competência em informação de idosos: um protótipo voltado às suas necessidades de informação** . RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas, SP, v. 17, p. e019033, 2019. DOI: 10.20396/rdbci.v17i0.8655804. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/8655804. Acesso em: 6 nov. 2025.

WATTS, Duncan J. Six Degrees. **The Science of a Connected Age**. New York: W. W. Norton &Company, 2003.

WHATSAPP LLC. **Sobre o WhatsApp**. Disponível em: https://www.whatsapp.com/about?lang=pt. Acesso em: 4 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Ageing and Health. Geneva**: WHO, 2015. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042. Acesso em: 8 nov. 2025.

Revista Pós-Escrito
ISSN 1808-0154

A VULNERABILIDADE DIGITAL DA PESSOA IDOSA NA CONTEMPORANEIDADE: UMA ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL DA INCLUSÃO NO MUNDO CONECTADO

DIGITAL VULNERABILITY AMONG OLDER ADULTS IN CONTEMPORARY SOCIETY: A MULTIDIMENSIONAL ANALYSIS OF INCLUSION IN A CONNECTED WORLD

Cárita Maia Rodrigues Alves
https://orcid.org/0009-0005-8074-8004
Valtair Afonso Miranda
https://orcid.org/0000-0003-4556-2253
Rosalee Santos Crespo Istoe
https://orcid.org/0000-0001-8959-9280
Carlos Henrique Medeiros de Souza
https://orcid.org/0000-0002-3774-0323

Resumo: O crescimento simultâneo do envelhecimento populacional e da digitalização da vida cotidiana ampliou a inserção da pessoa idosa em ambientes conectados, favorecendo comunicação, acesso à informação e participação social. Contudo, a inclusão digital não equivale automaticamente à proteção ou à participação qualificada nesses espaços. Este estudo, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, analisa vulnerabilidades associadas à exposição digital da pessoa idosa, com foco em dimensões informacionais, relacionais, comportamentais e patrimoniais. A partir de revisão bibliográfica interdisciplinar, discutem-se desafios relacionados à desordem informacional, golpes virtuais, isolamento paradoxal e repercussões do uso excessivo de tecnologias. Os achados indicam que a vulnerabilidade digital da pessoa idosa não decorre exclusivamente da idade cronológica, mas da interação entre desigualdades estruturais, letramento digital insuficiente e ausência de suporte institucional proporcional às demandas desse grupo. Conclui-se que políticas de inclusão digital devem ultrapassar a ampliação do acesso técnico, incorporando estratégias educativas, protetivas e intersetoriais que promovam autonomia e segurança.

Palavras-chave: vulnerabilidades digitais, letramento digital, desinformação, golpes online, envelhecimento.

Abstract: The simultaneous growth of population aging and the digitalization of everyday life has expanded the participation of older adults in connected environments, fostering communication, access to information, and social participation. However, digital inclusion does not automatically translate into protection or meaningful

[1]Mestranda pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, carita.alves@fbpn-campos.com.br;
[2] Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade Redentor de Itaperuna, felipehidro@gmail.com ;
[3]Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com;
[4] Pós-doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com;
[5] Doutorado em Comunicação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ, chmsouza@gmail.com ;

participation in these spaces. This qualitative, exploratory study analyzes vulnerabilities associated with the digital exposure of older adults, focusing on informational, relational, behavioral, and financial dimensions. Based on an interdisciplinary literature review, the study discusses challenges related to information disorder, virtual fraud, paradoxical isolation, and the consequences of excessive technology use. The findings indicate that digital vulnerability among older adults does not stem exclusively from chronological age, but rather from the interaction between structural inequalities, insufficient digital literacy, and the lack of institutional support proportional to the specific demands of this population. It is concluded that digital inclusion policies must go beyond expanding technical access, incorporating educational, protective, and intersectoral strategies that promote autonomy and safety.

Keywords: digital vulnerabilities, digital literacy, misinformation, online scams, aging.

1. INTRODUÇÃO

Dois processos operam simultaneamente: o aumento da expectativa de vida com consequente crescimento da parcela da população de longevos e a incorporação do universo digital nos trâmites cotidianos e relacionamentos. Esses processos se correlacionam ao tratarmos da inserção de idosos no ambiente virtual e redes sociais. Embora essa população ainda apresente menor participação digital em comparação com grupos etários mais jovens, mais de 50% dos idosos eram usuários de internet no Brasil em 2024 (CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO, 2025).

A Organização Mundial de Saúde aborda, em documento publicado em 2002, a ideia de “envelhecimento ativo”. O termo “ativo” não trata de movimento físico, mas sim da participação e presença do idoso nas dinâmicas da sociedade. Existe correlação direta entre qualidade de vida e manutenção de autonomia e independência, e as necessidades desse grupo são individualizadas à medida que se percebe que o envelhecimento não é um processo homogêneo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Sob a ótica meramente orgânica, o percurso do envelhecimento segue um curso natural de maior propensão a certas fragilidades frequentes nessa etapa da vida: alterações na visão, audição e cognição, composição muscular e motricidade, maior incidência de doenças crônicas e maior risco de multimorbidade (isto é, coexistência de várias doenças crônicas no mesmo sujeito). Mas, para além de aspectos físicos e cognitivos, tratar de funcionalidade envolve discussão sobre a interação do sujeito com o meio em que vive, considerando questões relacionais, socioeconômicas, políticas, diferenças de gênero, disparidades raciais e culturais. Inclusive, tais experiências podem alterar a percepção do indivíduo quanto às alterações orgânicas que vive com o passar do tempo. Apesar do amplo reconhecimento da teia de vulnerabilidades que se interseccionam neste grupo etário, historicamente, oportunidades de aprendizagem concentraram-se em primeiras décadas da vida, o que reforça a necessidade de políticas públicas que ampliem possibilidades de capacitação e aquisição de novas competências ao longo do envelhecimento. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A inserção da pessoa idosa em ambientes digitais pode ampliar oportunidades de participação, comunicação e acesso à informação. Contudo, a navegação em ecossistemas digitais exige habilidades específicas de letramento e discernimento informacional. Evidências recentes apontam que a suscetibilidade de idosos à desinformação online

resulta da interação entre fatores cognitivos, lacunas em letramento digital e influências psicossociais (HU; JIN; ZHANG, 2026).

Esse artigo tem por objetivo a análise dos riscos e vulnerabilidades às quais esse grupo está exposto, considerando seus aspectos multidimensionais e consequências emocionais, informacionais e econômicas que podem advir, impactando negativamente o processo de envelhecimento por ameaça à segurança, autonomia e participação social.

2. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza exploratória e fundamentada em revisão bibliográfica narrativa, com o objetivo de discutir vulnerabilidades associadas à inserção da pessoa idosa em ambientes digitais contemporâneos. A escolha por esse delineamento justifica-se pela necessidade de integrar diferentes perspectivas teóricas e analíticas acerca do envelhecimento, inclusão digital, letramento informacional e riscos decorrentes da exposição às tecnologias digitais, permitindo uma compreensão ampliada e multidimensional do fenômeno investigado.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta a artigos científicos, documentos institucionais e publicações de organismos nacionais e internacionais relevantes para a temática, incluindo materiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), UNESCO e estudos disponíveis nas bases acadêmicas Scielo e Google Acadêmico. Foram priorizadas produções que abordassem conceitos relacionados ao envelhecimento ativo, letramento digital, desinformação, exclusão digital, impactos psicossociais do uso de tecnologias e vulnerabilidades econômicas associadas ao ambiente virtual.

A análise do material selecionado ocorreu de forma interpretativa e crítica, buscando identificar convergências conceituais e evidências que subsidiassem a discussão proposta. Não se pretendeu realizar mensuração estatística ou revisão sistemática exaustiva da literatura, mas sim construir uma reflexão teórica fundamentada, capaz de articular diferentes dimensões da vulnerabilidade digital da pessoa idosa e suas possíveis repercussões sobre autonomia, segurança, participação social e qualidade de vida.

3. LETRAMENTO DIGITAL E A DISTÂNCIA ENTRE AS GERAÇÕES

Há uma distinção importante entre alfabetização e letramento. Alfabetização é a capacitação para compreensão e escrita de símbolos, com identificação e formação de fonemas. Letramento, porém, envolve interpretação, dedução, processamento de conexões, visando comunicação eficaz, independente e adequada. (Silva et al., 2025). De forma paralela, quando tratamos do cenário digital, acessar as tecnologias digitais não é sinônimo de ocupar plenamente esse espaço. O chamado “Letramento digital”, expressão cunhada pela primeira vez por Paul Gilster em seu livro *Digital Literacy* (1997), refere-se à capacidade de fazer uso da tecnologia de forma mais ampla do que um ato meramente técnico e mecânico. Envolve a aplicação do pensamento crítico, o recrutamento de diferentes e complexas competências cognitivas como analisar, produzir e criar. Ou seja, uma participação verdadeiramente interativa nesse universo (Lankshear; Knobel, 2008).

Esse fenômeno se manifesta distintamente entre as gerações, ideia trabalhada sob o conceito de “nativos digitais” e os “imigrantes digitais”. Os nativos digitais enxergam o aparato tecnológico como parte intrínseca da vida que conhecem, não como uma novidade. Isto é, nasceram imersos nessa realidade e seu desempenho com as tecnologias é mais fluido. Os imigrantes digitais, por sua vez, conheceram uma vida pré-digital, por

isso, possuem uma perspectiva comparativa. Foram expostos a outros modelos de aprendizado, outras linguagens. O processo é plural e socialmente situado, resultado da imersão cultural e da prática cotidiana. Apesar de não ser determinante, a familiaridade tecnológica contextualiza o uso intuitivo e contínuo do mundo digital por parte de jovens, enquanto idosos tendem a precisar de mediação e adaptação para transformar o uso técnico em participação crítica e significativa (Lankshear; Knobel, 2008).

4. VULNERABILIDADE DIGITAL MULTIDIMENSIONAL

O avanço digital e sua infiltração em todos os aspectos do dia a dia trouxe certa "compulsoriedade digital", isto é, ao estar alheio ao universo conectado, o indivíduo se vê à margem do exercício de direitos de cidadania, sendo inclinado a buscar uma adequação independentemente de sua vontade (Almeida; Lemos, 2024).

Porém, acessar o universo conectado não é o bastante, já que não se traduz necessariamente em acesso qualificado. Ou seja, parâmetros como habilidade, capacidade crítica e familiaridade alteram a apropriação do sujeito nesse ambiente, influenciando a forma com que experiencia benefícios e vulnerabilidades.

Ao discutir-se vulnerabilidade digital entre idosos, o entendimento do envelhecimento como período fortemente marcado por variáveis biopsicossociais e influenciado por vivências prévias ao longo da vida torna compreensível que certas fragilidades afetem concomitantemente mais de um âmbito da vida dos sujeitos: relacionamentos, finanças, saúde, segurança. A proporção de impactos gerados estará invariavelmente correlacionada às trajetórias individuais, não havendo um padrão homogêneo.

Ilustrativamente, pode-se imaginar um cenário em que uma pessoa idosa, progressivamente envolvida com o universo digital e atraída pela praticidade que ele oferece, passe a substituir atividades presenciais anteriormente incorporadas à sua rotina por soluções remotas. Embora essa adaptação represente conveniência, também pode reduzir oportunidades de contato social presencial e interação comunitária. Paralelamente, essa mesma pessoa pode integrar grupos digitais nos quais circulam conteúdos desinformativos, como falsas informações relacionadas a campanhas de vacinação, optando por evitar determinadas condutas preventivas e tornando-se mais suscetível ao adoecimento por enfermidades potencialmente evitáveis. Eventual agravamento clínico pode repercutir em outras esferas da vida, incluindo aumento de gastos com tratamento, comprometimento financeiro e maior dependência funcional. Trata-se de um exemplo ilustrativo de como vulnerabilidades digitais distintas podem se interconectar e produzir efeitos em cascata sobre diferentes dimensões do envelhecimento.

Outro cenário hipotético envolve uma pessoa idosa que, influenciada por conteúdos desinformativos disseminados em ambientes digitais, passe a compartilhar informações equivocadas com familiares próximos. Eventuais conflitos decorrentes dessas divergências podem comprometer vínculos afetivos previamente sólidos, com repercussões emocionais e práticas relevantes. A redução do contato com familiares que anteriormente auxiliavam na verificação de informações, resolução de demandas cotidianas ou intermediação de questões financeiras e tecnológicas pode ampliar a suscetibilidade dessa pessoa a fraudes e golpes digitais cada vez mais sofisticados, frequentemente construídos para mimetizar comunicações legítimas do cotidiano.

Tais exemplos ilustram como diferentes fragilidades podem repercutir reciprocamente entre si, produzindo efeitos em cascata sobre distintas dimensões da vida da pessoa idosa. Além de factíveis, não se trata de hipóteses ancoradas em rótulos

classicamente atribuídos ao envelhecimento; pelo contrário, constituem situações passíveis de ocorrência em outros grupos etários, havendo apenas maior propensão de determinados aspectos na população idosa. Essa compreensão demanda a análise mais específica das principais dimensões em que a vulnerabilidade digital desse grupo se manifesta.

4.1. Vulnerabilidade informacional

Dados sobre a participação de idosos nas redes sociais demonstram que eles representam um contingente expressivo dentre agentes de compartilhamentos e encaminhamentos de informações. Porém, verifica-se que acumulam percentual significativo nas estatísticas de disseminação de informações equivocadas. Por exemplo, em análise sobre compartilhamento de notícias falsas no Facebook durante o período eleitoral norte-americano em 2016, usuários com mais de 65 anos compartilharam aproximadamente sete vezes mais conteúdo desse tipo do que adultos jovens (Guess et al., 2019). Outro estudo norte-americano também buscou investigar como eleitores registrados nos Estados Unidos interagiram com notícias falsas no Twitter durante o ciclo eleitoral de 2016. Os resultados mostraram que a idade foi positivamente e significativamente associada a níveis aumentados de exposição a fontes de notícias falsas em todos os grupos políticos (esquerda, centro e direita). Além da exposição passiva, a idade também foi positivamente associada ao ato de compartilhar notícias de fontes falsas, embora o tamanho do efeito tenha sido menor do que outros fatores como a afinidade política (Grinberg et al., 2019).

Segundo Brashier e Schacter (2020), o conjunto de elementos que justifica essa predominância de suscetibilidade em indivíduos idosos envolveria alterações cognitivas comuns na idade, tendência a aumento de confiança interpessoal ao longo da vida e a falta de letramento digital.

Apesar de carecerem de traduções em língua portuguesa que os diferenciem perfeitamente, os termos "*misinformation*", "*malinformation*" e "*disinformation*", na língua inglesa, são utilizados para distinção quanto ao tipo de desordem informacional, principalmente no que tange à intencionalidade do veículo. A *misinformation* refere-se à disseminação de conteúdo falso ou impreciso sem intenção planejada de causar dano, frequentemente motivada por desconhecimento ou crença na veracidade da informação. Já a *disinformation* envolve a organização e circulação intencional de conteúdo falso com objetivo de manipular, enganar ou causar prejuízo. Por sua vez, a *malinformation* diz respeito ao uso estratégico de informações verdadeiras fora de contexto, distorcidas ou instrumentalizadas para causar dano individual ou coletivo. A *disinformation* é uma modalidade particularmente perigosa pela sua estruturação ordenada, prejudicando especialmente pessoas mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico, já que as informações mal-intencionadas circulam majoritariamente em plataformas de acesso gratuito, e tais grupos provavelmente enfrentariam maior limitação operacional e financeira no acesso à informação segura (UNESCO, 2018).

A lógica estrutural que justifica a facilidade de disseminação de *Fake News* em plataformas de interação coletiva, como por exemplo, grupos de *WhatsApp*, consiste na tendência dos indivíduos de atribuir crédito à informação que é trazida por pessoas próximas, consideradas “de confiança”. Os grupos digitais trouxeram essa sensação de intimidade, troca e pertencimento. Além disso, certos aspectos cognitivos envolvidos na validação de informações são simplesmente comuns a todos os humanos, como, por exemplo, a propensão de acreditar em informações que corroboram crenças e opiniões prévias do indivíduo, ou a valorização de uma informação pela frequência com que ela é apresentada, entendendo-a, por consequência, como verdadeira (UNESCO, 2018).

Partindo da premissa de que a informação é elementar para assegurar compreensão e busca dos direitos, quando o acesso a esta é precário ou enviesado, a vivência de democracia e cidadania é, consequentemente, comprometida.

4.2. Vulnerabilidade relacional e emocional

Apesar de diversos estudos tratando de benefícios advindos da tecnologia na esfera de relacionamentos e socialização, não se pode excluir da análise alguns desfechos preocupantes advindos da vivência excessiva no ambiente virtual. Cabe aqui o esclarecimento de como serão adotados os conceitos de isolamento social e solidão: o primeiro se refere objetivamente à ausência de convívio e interação com outras pessoas; o segundo, por sua vez, é sensação subjetiva de falta de suporte social, que pode ser manifestada ainda que não haja um contexto de isolamento social (Balki; Hayes; Holland, 2022; Chen; Schulz, 2016).

A exagerada imersão do sujeito no universo digital é passível de preocupação quando se trata do assunto em todas as faixas etárias. O uso abusivo pode acarretar um isolamento paradoxal através de reações de reclusão, impactando no âmbito psicológico, e gradativamente ocupando espaços que previamente se destinavam à presença física, substituindo-a. Essa ideia é reforçada por Turkle:

> Estamos cada vez mais conectados uns aos outros, mas de maneiras que muitas vezes nos deixam mais sozinhos. As tecnologias digitais nos permitem estar em contato constante, mas também nos oferecem uma maneira de evitar a verdadeira intimidade. (Turkle 2011, p.11):

Da mesma forma, Sherry Turkle (2011) analisa que, nas interações mediadas pela tecnologia, as pessoas “esperam mais da tecnologia e menos umas das outras”, favorecendo a sensação de conexão contínua, mas superficial.

Segundo Balki, Hayes e Holland (2022), a tecnologia é eficaz para fortalecer laços existentes (ex: videochamadas com netos), mas a evidência de que ela ajude a criar novos relacionamentos é frágil.

Ademais, discutindo especificamente a participação em redes sociais, Chen e Schulz (2016) pontuam que a falta de reciprocidade nas interações pode aumentar o sentimento de isolamento em idosos.

A ambivalência de efeitos da tecnologia na dimensão social e emocional requer atenção, considerando que, diante de cada indivíduo, não é possível predizer com precisão qual efeito será preponderante, uma vez que tal repercussão será intrinsecamente ligada a fatores pertencentes ao contexto único de cada pessoa. Porém, considerando que alguns fatores de significativo impacto emocional como viuvez, perda de amigos e parentes e redução de mobilidade estão frequentemente presentes na população idosa, os riscos de amplificação de sintomas depressivos e reclusão social merecem especial vigilância.

4.3. Vulnerabilidade em saúde

A vulnerabilidade informacional previamente discutida tem estreita correlação com consequências no âmbito da saúde. Como observado por Hu; Jin; Zhang (2026) em revisão sistemática, a desordem informacional constitui mais do que um problema de comunicação, porque atinge a esfera da saúde pública.

O estudo elencou cinco aspectos que influenciam, ainda que de forma heterogênea, a relação do idoso com conteúdo de saúde veiculado online, sendo estes:

características demográficas, habilidade cognitiva para processamento de informações, letramento digital e em saúde, padrões de exposição às mídias e estado psicológico do indivíduo.

O letramento se mostrou relevante, porém não foi fator suficientemente determinante para assegurar proteção. Inclusive, foi observado que, paradoxalmente, alguns idosos com maior letramento digital e de saúde podem ser mais propensos a endossar teorias de conspiração que circulam na internet. Estados emocionais de maior ansiedade foram possivelmente associados a maior risco de desinformação, mas não foi possível estabelecer uma correlação consistente e linear.

Apesar de a suscetibilidade às informações digitais sobre saúde permear todos os grupos etários com acesso tecnológico, as consequências têm maior potencial de causar deterioração significativa em idosos, visto que estes possuem mais frequentemente agravos de saúde. Dentre as implicações deletérias citadas, destaca-se a chance de uso de substâncias nocivas por influência digital, a redução na adesão aos tratamentos prescritos por médicos assistentes por desconfiança alimentada por teorias pseudocientíficas, a redução da cobertura vacinal e a maior hesitação na busca por avaliação médica.

Outra questão que merece menção é o aumento do sedentarismo e impactos em mobilidade. Segundo o estudo de Santos, Moreto e Gresik (2025), o uso de telefone móvel entre adultos está associado a uma redução na prática de atividades físicas e ao aumento do tempo gasto em comportamentos sedentários, o que aumenta preocupações com a perda de massa muscular e redução de mobilidade. Essa tendência possivelmente justifica-se por substituição de atividades outrora presenciais (pagamentos, compras, encontros sociais) e tempo de tela propriamente dito, que frequentemente está associado à postura deitada, com total repouso corporal.

4.4. Vulnerabilidade patrimonial e financeira

Idosos se destacam como vítimas recorrentes de delitos virtuais (SERRA et al., 2025) e, frequentemente, enfrentam consequências psicológicas severas, como ansiedade e depressão, provocadas pela perda de dinheiro ou pela violação de sua privacidade (ALMEIDA; LEMOS, 2024).

Diante de números alarmantes relacionados à violência patrimonial e financeira contra a pessoa idosa registrados no Brasil em 2023, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, por intermédio da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, elaborou e divulgou a “Cartilha de Apoio à Pessoa Idosa: enfrentamento à violência patrimonial e financeira”, com a proposta de esclarecer esses conceitos e informar sobre tipos frequentes de golpes, objetivando conscientização e capacitação da população. O documento é voltado para diversos cenários em que essa violência é praticada, não se restringindo apenas ao ambiente virtual, e demonstra como alguns recursos são utilizados com a finalidade de usurpação. Dentre os exemplos citados, figuram: a manipulação emocional (ex: “golpe do falso namorado”), criação de sites falsos, a utilização de informações burocráticas e complexas para confundir o indivíduo, a invasão de privacidade em redes sociais para acesso a informações pessoais e círculos de convívio (BRASIL, 2024).

O impacto financeiro de fraudes virtuais pode comprometer despesas básicas como alimentação, medicamentos e moradia, já que parcela expressiva de longevos depende de renda fixa de aposentadorias ou benefícios sociais. Além disso, a dificuldade em recuperar os valores perdidos, somada à burocracia para denunciar e buscar reparação, agrava a situação e pode gerar dependência financeira de familiares, perda de confiança em instituições e retraimento no uso de tecnologias, perpetuando um ciclo de vulnerabilidade e exclusão (ALMEIDA; LEMOS, 2024).

A dimensão desses impactos justifica a necessidade de suporte técnico contínuo e de mecanismos eficazes de prevenção contra crimes cibernéticos, colaborando para um ambiente digital mais seguro e acessível para esse público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os riscos e danos aos quais os idosos estão suscetíveis demonstram a urgência de haver um olhar atento às demandas desse grupo populacional, partindo da compreensão de que não é suficiente considerar as estatísticas crescentes do uso digital como parâmetros de inclusão concreta.

Discutir os desafios frente às vulnerabilidades digitais da pessoa idosa é passo importante para fomentar organização social e política, especialmente porque tais riscos não se restringem a eventos isolados ou exclusivamente ao ambiente virtual, mas repercutem concretamente sobre autonomia, segurança, saúde, relações interpessoais e participação cidadã. Reconhecer essa complexidade permite deslocar a discussão da simples ampliação de acesso tecnológico para a necessidade de estratégias mais amplas de proteção, educação e suporte, compatíveis com as demandas específicas desse grupo populacional.

A promoção de envelhecimento digno é uma responsabilidade social e política. A inclusão social desse grupo etário é um passo importante porque pode funcionar como elemento de mediação, favorecendo a inclusão digital, uma vez que contribui para percepção de estímulos, motivação e senso de propósito para o aprendizado tecnológico.

A efetiva inclusão social, o planejamento e a capacitação adequados constituem elementos fundamentais em direção a uma visão multidimensional de saúde e qualidade de vida. Cabe aos governos, instituições e plataformas digitais a criação de medidas que viabilizem a promoção de um ambiente virtual seguro, democrático, participativo, e mitiguem problemas já mapeados, permitindo que as vantagens de seu uso possam ser preponderantes. A acessibilidade digital, quando não acompanhada de criticidade e autonomia, não configura cidadania efetiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gregório Assagra de; LEMOS, Laís Machado Porto. A vulnerabilidade informacional e tecnológica na era digital: análise dos desafios enfrentados pelos idosos. **Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania**, n. 12, p. 726–751, out. 2024. ISSN 2358-1557. Disponível em: https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/3558/2578 Acesso em: 8 nov. 2025.

BALKI, Eric; HAYES, Niall; HOLLAND, Carol. Effectiveness of Technology Interventions in Addressing Social Isolation, Connectedness, and Loneliness in Older Adults: Systematic Umbrella Review. **JMIR Aging**, v. 5, n. 4, e40125, out. 2022. DOI: 10.2196/40125.

BRASHIER, Nadia M.; SCHACTER, Daniel L. Aging in an Era of Fake News. **Current Directions in Psychological Science**, v. 29, n. 3, p. 316-323, jun. 2020. DOI: 10.1177/0963721420915872.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Cartilha de Apoio à Pessoa Idosa: enfrentamento à violência patrimonial e financeira**. Brasília, DF: MDHC, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/publicacoes/Cartilha_da_Violencia_Patrimonial___SDDPI___Outubro2024.pdf. Acesso em: 18 mai. 2026.

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (CETIC.br). *TIC Domicílios 2024: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros.* São Paulo: **Comitê Gestor da Internet no Brasil**, 2025. Disponível em: https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/pt-br/20251027170648/tic_domicilios_2024_livro_eletronico.pdf. Acesso em: 05 maio 2026.

CHEN, Yi-Ru Regina; SCHULZ, Peter J. The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 18, n. 1, p. e18, jan. 2016. DOI: 10.2196/jmir.4596.

GRINBERG, Nir; JOSEPH, Kenneth; FRIEDLAND, Lisa; SWIRE-THOMPSON, Briony; LAZER, David. Fake news on Twitter during the 2016 U.S. presidential election. ***Science***, Washington, v. 363, n. 6425, p. 374–378, 2019. DOI: 10.1126/science.aau2706.

GUESS, Andrew; NAGLER, Jonathan; TUCKER, Joshua. Less than you think: prevalence and predictors of fake news dissemination on Facebook. ***Science Advances***, Washington, v. 5, n. 1, eaau4586, 2019. DOI: 10.1126/sciadv.aau4586.

HU, Hongchao; JIN, Guangyao; ZHANG, Xiaomeng. Older adults and online health misinformation: a systematic literature review. ***BMC Psychology***, [S. l.], 2026. DOI: **10.1186/s40359-026-04714-z.**

SANTOS, J. R. G.; MORETO, V.; GRESIK, K. R. C. O uso do smartphone (celular) e a relação com a sarcopenia em adultos: revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 11, p. 7720–7729, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i11.22516.

SERRA, Francineia Cartaxo da Silva; MOTA, Laucemir Soares da; NOGUEIRA, Thiago Carlos do Carmo; NASCIMENTO, Marcio de Jesus Lima do. A PROTEÇÃO DOS IDOSOS CONTRA CRIMES CIBERNÉTICOS NO BRASIL: DESAFIOS E SOLUÇÕES JURÍDICAS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, *[S. l.]*, v. 11, n. 3, p. 2071–2082, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i3.18570. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/18570. Acesso em: 8 nov. 2026.

SILVA, André Costa da; COSTA, Rodrigo Soares da; COSTA, Janaina Santana da; VALADÃO, Erasmo Baltazar; VALENTIM, Rayane Emanuelle de Oliveira; et al. *Analfabetismo funcional no Brasil: uma análise multidimensional e estratégias para superação.* ***Revista Aracê,*** São José dos Pinhais, v. 7, n. 9, p. 1–14, 2025. DOI: 10.56238/arev7n9-059.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. ***Psicologia USP,*** São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81–94, 2008. DOI: 10.1590/S0103-65642008000100010.
TURKLE, Sherry. *Alone Together: why we expect more from technology and less from each other.* **New York: Basic Books**, 2011.

UNESCO. Journalism, 'fake news' & disinformation: handbook for journalism education and training. Editores: Cherilyn Ireton e Julie Posetti. Paris: **UNESCO**, 2018. 128 p. (UNESCO Series on Journalism Education). ISBN: 978-92-3-100281-6. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265552. Acesso em: 17 mai. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Report on Ageing and Health.* **Geneva: World Health Organization**, 2015. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042. Acesso em: 8 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Active Ageing: A Policy Framework.* **Geneva: World Health Organization**, 2002. 59 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Acesso em: 7 nov. 2025.