

Envelhecimento e cuidado em disputa: entre a mercantilização da vida e o cuidado integral como direito social

Aging and care in dispute: between the commodification of life and comprehensive care as a social right.

Wenderson Ferreira da Silva¹

Ana Cláudia Figueiró²

Ana Paula Garcia³

Sydia Rosana de Araújo Oliveira⁴

DOI: https://doi.org/10.60543/ts_iss.vi10.11508

Recebido: 5 de junho de 2026

Revisto: 6 de julho de 2026

Aceite: 21 de julho de 2026

Publicado: 31 de julho de 2026

Resumo

O envelhecimento humano e os cuidados de saúde não constituem processos neutros nem homogêneos, mas inscrevem-se em projetos societários e político-sanitários em disputa. Este ensaio teórico-crítico interroga as concepções contemporâneas de envelhecimento a partir das tensões entre abordagens biologicistas e economicistas e leituras socioculturais e integrais. O envelhecer não deve ser compreendido como uma fase natural do ciclo de vida que ocorre em todos de forma igualitária. Pelo contrário, trata-se de uma produção contínua modelada por condições históricas e sociais, incluindo fatores culturais, socioeconômicos e desigualdades estruturais, que se acumulam ao longo da vida e se expressam na velhice. Ao discutir as implicações éticas, políticas e institucionais dessas concepções na atenção à pessoa idosa, o texto problematiza a naturalização da responsabilização familiar e a retração do Estado no campo do cuidado. Neste contexto, o ensaio defende o cuidado como um direito social e uma prática relacional e ética que deve orientar a organização de respostas integrais, contribuindo para a dignidade e o direito de envelhecer.

Palavras-chave: Envelhecimento; Cuidados de saúde; Políticas públicas; Integralidade do cuidado; Direito social.

Abstract

Human aging and healthcare are not neutral or homogeneous processes but are shaped by competing societal and health policy projects. This theoretical-critical essay examines contemporary conceptions of aging through the tensions between biologicist and economic approaches, on the one hand, and sociocultural and comprehensive perspectives, on the other. Aging should not be understood as a natural stage of the life course experienced equally by all individuals. Rather, it is a continuous process shaped by historical and social conditions, including cultural, socioeconomic, and structural factors that accumulate throughout life and become manifest in old age. By discussing the ethical, political, and institutional implications of these conceptions for the care of older people, the essay problematizes the naturalization of family responsibility and the retreat of the State from the field of care. In this context, it argues that care should be understood as a social right and as a relational and ethical practice that should guide the organization of comprehensive responses, thereby contributing to dignity and the right to age.

Keywords: Aging; Health care; Social policy; Comprehensive care; Social right.

¹ Instituto Aggeu Magalhães- Fundação Oswaldo Cruz | <https://orcid.org/0009-0001-6516-7122> | ferreira.wenderson@gmail.com

² Instituto Aggeu Magalhães- Fundação Oswaldo Cruz | <https://orcid.org/0000-0003-0718-5426> | anaclaudiafigueiro@gmail.com

³ Instituto de Serviço Social - Universidade Lusófona – CUL | Lusoglobe | <https://orcid.org/0000-0002-4149-9288> | anapaula.garcia@ulusofona.pt

⁴ Instituto Aggeu Magalhães- Fundação Oswaldo Cruz | <https://orcid.org/0000-0002-6349-2917> | sydia.oliveira@fiocruz.br

Introdução

Nas últimas décadas, o envelhecimento humano tem assumido uma crescente centralidade nas agendas públicas, políticas, acadêmicas e institucionais (Sidorenko & Leichsenring, 2025). Longe de constituir apenas um processo biológico ou demográfico, o envelhecer expressa trajetórias históricas e condições socioculturais acumuladas ao longo da vida, bem como disputas simbólicas em torno do valor social atribuído à velhice (Campelo & Paiva, 2014). Neste cenário, os cuidados de saúde assumem uma centralidade analítica crucial, pois permitem compreender não só as respostas institucionais dirigidas à população idosa, mas também os projetos societários que orientam tais respostas (Ayres, 2004; Netto, 1999; Silva, 2019). Este reconhecimento tem igualmente impulsionado a reorganização dos sistemas de cuidado em direção a modelos integrados e centrados na pessoa (Beard, 2024).

Observa-se, atualmente, a coexistência de tensões entre as distintas abordagens sobre a interpretação deste fenómeno (Siqueira et al., 2002). No debate contemporâneo coexistem diferentes perspectivas sobre o envelhecimento. Por um lado, o fortalecimento de vertentes biologicistas e economicistas que tendem a reduzir a velhice a perdas funcionais, dependência ou custo social, associando frequentemente o envelhecimento à improdutividade e à sobrecarga dos sistemas de proteção social (Teixeira, 2021). Por outro lado, perspectivas socioculturais e críticas, compreendem o envelhecer como um processo heterogêneo e historicamente construído, atravessado por desigualdades de classe, género, raça e território, reivindicando o cuidado como direito social e dimensão constitutiva da dignidade humana (Silva, 2019). Contudo, apesar de relevância crescente do tema, a produção académica da gerontologia ainda revela fragilidades na adoção de abordagens holísticas e na articulação de múltiplas perspectivas analíticas, mantendo leituras parciais que pouco dialogam com a complexidade do fenómeno (Tan et al., 2025).

Estas disputas não permanecem no plano abstrato. No campo da saúde pública e das políticas sociais, elas materializam-se na organização dos serviços, na definição das responsabilidades entre Estado, família e sociedade, e nas práticas quotidianas de assistência à pessoa idosa (Ward et al., 2020). Por exemplo, no contexto brasileiro, embora os marcos normativos e os espaços institucionais de participação social tenham historicamente afirmado a relevância da integralidade, observa-se uma fragilização

recorrente das respostas estatais. Este recuo é acompanhado pela crescente responsabilização das famílias, em especial das mulheres, e pela filantropização de demandas que deveriam ser asseguradas como direitos (Teixeira, 2020).

Como apontam Tesser e Luz (2018), as práticas de cuidado têm ocorrido predominantemente sob a lógica do modelo biomédico-centrado, em detrimento de uma abordagem centrada na pessoa, o que fragmenta o indivíduo e o cuidado que lhe é prestado. Sob este modelo, imperam práticas curativas e procedimentais que se mostram insuficientes para responder à complexidade do envelhecimento, uma vez que se focam na patologia isolada e negligenciam a visão integral. Esta abordagem tende a invisibilizar as determinações sociais do processo saúde-doença, as redes de apoio sócio afetivas, as experiências subjetivas e as condições objetivas de vida e trabalho acumuladas ao longo dos anos. Consequentemente, reproduzem-se formas de cuidado marcadas por assimetrias de poder, iatrogenias e negação da autonomia, especialmente entre a população idosa pertencente à classe trabalhadora (Campelo & Paiva, 2014; Silva, 2019; Teixeira, 2008).

Face a esta conjuntura, torna-se fundamental problematizar os cuidados de saúde a partir de uma perspectiva ampliada, que reconheça a pessoa idosa como sujeito histórico, autobiográfico, portador de direitos e participante ativo do seu próprio processo terapêutico. Este ensaio procura contribuir para o debate sobre o envelhecimento e o cuidado, propondo uma articulação crítica entre as micro-relações de poder presentes no ato de cuidar e as determinações macropolíticas do Estado, através de uma abordagem interdisciplinar.

O artigo organiza-se em cinco secções. A primeira discute o envelhecimento e o cuidado como campos em disputa; a segunda analisa a perspectiva multidimensional do envelhecimento; a terceira aborda a responsabilização familiar e a feminização do cuidado; a quarta centra-se na ética do cuidado, autonomia e relações de poder; e a quinta discute o cuidado integral enquanto horizonte ético-político e direito social.

Ao articular contributos da Gerontologia, da Saúde Coletiva, do Serviço Social e da Ética do Cuidado, o ensaio procura oferecer uma leitura integrada do envelhecimento enquanto questão ética, política e social. Para esse efeito, desenvolve uma leitura analítica que compreende o cuidado como uma prática ética, relacional e política, recusando a sua redução a um mero protocolo técnico.

Neste contexto, o presente ensaio tem por objetivo analisar criticamente as concepções contemporâneas de envelhecimento e de cuidado em saúde, problematizando as tensões entre abordagens biologicistas e economicistas e perspectivas socioculturais e integrais. Pretende-se demonstrar como estas diferentes racionalidades produzem implicações éticas, políticas e institucionais distintas para a organização do cuidado, defendendo a integralidade como horizonte ético-político e direito social.

1. Procedimentos teórico-metodológicos

O presente ensaio desenvolve uma reflexão teórico-crítica de caráter interdisciplinar, sustentada na articulação conceptual entre a Ética do Cuidado, a Saúde Coletiva e o Serviço Social. Metodologicamente, assenta numa perspectiva crítica que cruza a Ética do Cuidado com a Crítica da Economia Política, procurando compreender o envelhecimento como uma produção histórica e social e não como um dado meramente biológico

Esta proposta analítica distancia-se de abordagens puramente sistémicas ou normativas ao apostar na potência da reflexão crítica como ferramenta de interpretação da realidade social. Para tal, adota-se como base o materialismo histórico-dialético enquanto método e a categoria da totalidade social como lente analítica (Lessa & Tonet, 2011), o que permite tensionar as abordagens biomédicas e economicistas dominantes (Marx, 1978).

O percurso teórico construído compreende o envelhecimento como uma produção histórica e social (Campelo & Paiva, 2014; Teixeira, 2008) e o cuidado como uma prática ética, relacional e política (Ayres, 2004; Pinheiro & Guizardi, 2004; Pinheiro & Mattos, 2001). As referências mobilizadas foram selecionadas pela sua relevância conceptual e densidade crítica, sem pretensão de exaustividade nos moldes de uma revisão sistemática formal.

Do ponto de vista epistemológico, distingue-se o "cuidado integral", entendido como horizonte normativo e direito social, da "abordagem holística", compreendida aqui como a perspectiva analítica voltada para a multidimensionalidade do envelhecer. A estrutura do texto organiza-se, assim, em eixos temáticos interdependentes, permitindo uma construção argumentativa progressiva, fluida e coerente.

A construção da reflexão assentou na análise crítica e na articulação de contributos provenientes da Gerontologia, da Saúde Coletiva, do Serviço Social e da Ética do Cuidado.

O corpus teórico foi constituído a partir de literatura científica nacional e internacional, incluindo artigos publicados em periódicos indexados, livros de referência e documentos técnicos de organismos nacionais e internacionais reconhecidos. O corpus teórico foi constituído a partir de literatura científica nacional e internacional considerada relevante para os objetivos do ensaio, incluindo artigos científicos publicados em periódicos indexados, livros de referência e documentos técnicos de organismos nacionais e internacionais reconhecidos.

A seleção dos referenciais foi orientada por quatro critérios: (i) relevância conceptual para os objetivos do ensaio; (ii) reconhecimento científico dos autores e obras no campo do envelhecimento e do cuidado; (iii) capacidade de articular diferentes tradições disciplinares; e (iv) potencial explicativo para sustentar a tese central de que o envelhecimento e o cuidado constituem campos de disputa ética, política e social. Assim, privilegiaram-se produções clássicas e contemporâneas capazes de sustentar uma leitura crítica e interdisciplinar do fenómeno investigado, sem a pretensão de exaustividade bibliográfica própria das revisões sistemáticas.

A organização analítica do ensaio resultou da identificação de convergências, tensões e complementaridades entre os referenciais seleccionados, das quais emergiram cinco eixos temáticos que estruturam a argumentação. A análise foi conduzida segundo uma perspectiva dialética, privilegiando as relações e mediações entre os diferentes contributos teóricos.

2. Envelhecimento e cuidado: campos em disputa na contemporaneidade

Os cuidados de saúde dirigidos à pessoa idosa não são neutros, nem se reduzem a um conjunto de técnicas ou procedimentos assistenciais (Ayres, 2004). Trata-se de um campo profundamente atravessado por disputas conceituais, políticas e éticas, no qual se confrontam racionalidades distintas de organização da vida social. Como apontam Bustamante e McCallum (2014), estes atravessamentos provocam uma crise nos modelos de assistência, pois a priorização das tecnociências falha em dar respostas contemplativas às múltiplas necessidades de saúde dos indivíduos. É nesse terreno que se definem, simultaneamente, os sentidos atribuídos à velhice e as formas pelas quais a sociedade decide, ou se recusa a, cuidar daqueles que envelhecem.

O envelhecimento humano é um processo multidimensional, constituído pela história individual do sujeito, onde se integram elementos subjetivo-comportamentais, o contexto

histórico-sociocultural e fatores climáticos e genético-biológicos (Silva, 2019). A velhice não é apenas uma etapa do ciclo natural da vida que se manifesta a todos de forma inexoravelmente homogênea (Teixeira, 2008). Embora existam características elementares e gerais inerentes a todo o ser humano que envelhece, é fundamental compreender a velhice como uma produção socialmente determinada, cujos múltiplos fatores condicionam a heterogeneidade desta experiência singular.

Ao longo da história, as discussões sobre a velhice adotaram diferentes perspectivas. Este estudo apoia-se na visão da totalidade social, que concebe o envelhecimento como um fenómeno multidimensional produzido por fatores sociais que possuem tanta relevância e correlação quanto à dimensão fisiológica (Campelo & Paiva, 2014; Teixeira, 2008, 2020). Para efeitos analíticos, este ensaio sistematiza quatro perspectivas frequentemente mobilizadas na literatura.

A perspectiva biológico-comportamentalista, historicamente hegemónica, ancora-se na centralidade dos aspetos genético-biológicos e dos comportamentos individuais, tratando o envelhecer como um processo eminentemente fisiológico e apartado das determinações sociais mais amplas (Chaimowicz, 1987; Siqueira et al., 2002). Já a perspectiva economicista, fortalecida a partir da década de 1970, desloca o debate para os custos do envelhecimento demográfico. Ao enfatizar os gastos públicos e a previdência social, contribui para a privatização da velhice, para a responsabilização familiar e para a consolidação da pessoa idosa como um sujeito socialmente improdutivo (Beauvoir, 2018; Salgado, 1997; Souza Santiago et al., 2021).

A perspectiva sociocultural compreende o envelhecimento como uma construção social, destacando os papéis simbólicos, culturais e familiares atribuídos à velhice em diferentes contextos históricos, o que revela a pluralidade de sentidos que atravessam essa experiência (Debert, 1998, 1999). Complementarmente, a perspectiva transdisciplinar procura superar leituras fragmentadas, articulando as dimensões biológicas, económicas e socioculturais. Assim, a perspectiva transdisciplinar aproxima-se de uma compreensão mais integral do envelhecer como um processo histórico e socialmente produzido ao longo da vida (Almeida & Silva, 2021; Beauvoir, 1976; Siqueira et al., 2002).

Embora partam de pressupostos distintos, estas perspectivas não se excluem mutuamente. Pelo contrário, coexistem e disputam diferentes interpretações do envelhecimento, influenciando a forma como o cuidado é compreendido e organizado.

Quando intersetadas com a hegemonia histórica do modelo biomédico (Tesser & Luz, 2018), de orientação curativa, biologicista e fragmentadora, tais disputas marcam de forma decisiva a organização das práticas de saúde e das políticas de proteção. Neste paradigma, o cuidado desloca-se da pessoa para a patologia, e o sujeito é reduzido a um corpo funcional, passível de intervenção técnica e controlo clínico. Ao privilegiar a deterioração da saúde, em detrimento da experiência vivida, este modelo mostra-se estruturalmente limitado para responder às exigências de um envelhecimento multidimensional (Bustamante & McCallum, 2014; Silva, 2019; Tesser & Luz, 2018), socialmente determinado e cumulativo (Campelo & Paiva, 2014; Teixeira, 2008).

Nesse sentido, a perspectiva transdisciplinar aproxima-se das críticas formuladas por Tesser e Luz (2018) ao modelo biomédico, ao reconhecer que a compreensão do envelhecimento exige superar abordagens fragmentadas e incorporar as múltiplas determinações que conformam a experiência de envelhecer. Nessa direção, produzir cuidados a partir de uma lógica ampliada e holística implica enfrentar contradições permanentes no interior dos serviços de saúde e dos sistemas de proteção. É necessário romper com a visão técnico-científica tradicional e convocar articulações entre saberes, práticas, tempos e níveis de atenção.

Quando a prestação de cuidados se esgota na centralidade da patologia, perde-se a capacidade de reconhecer a pessoa idosa na sua totalidade, invisibilizando e deslegitimando os vínculos afetivos, as trajetórias sociais, os contextos culturais e os dilemas éticos que atravessam a saúde na velhice. Nesta conjuntura, a integralidade afirma-se não apenas como um princípio organizativo, mas como um horizonte ético-político (Júnior & Mascarenhas, 2004; Pinheiro & Mattos, 2001). Essa compreensão dialoga com a conceção de cuidado proposta por Ayres (2004), para quem a integralidade não se reduz à organização dos serviços, mas se concretiza no encontro entre sujeitos e na construção compartilhada das respostas às necessidades de saúde.

A produção do cuidado exige, também, a compreensão da esfera relacional, construída no encontro entre sujeitos concretos (Ayres, 2004), e não a aplicação mecânica de técnicas descontextualizadas. O campo assistencial configura-se, assim, como um

espaço de disputa entre modelos antagônicos: de um lado, persistem lógicas orientadas pela fragmentação, produtividade e funcionalidade biológica; de outro, afirmam-se perspectivas que compreendem o cuidado como direito social, expressão de responsabilidade coletiva e elemento central da dignidade humana. Reconhecer esta disputa é uma condição necessária para tensionar práticas naturalizadas e desvelar os projetos societários do capital e do trabalho (Netto, 1999) que sustentam as formas contemporâneas de produzir ou negar o cuidado, contribuindo para a reconfiguração dos sistemas de saúde, orientados pelas necessidades das pessoas idosas e pela integração dos serviços, tendo a integralidade como horizonte.

Essa perspectiva encontra respaldo no debate internacional contemporâneo. Enquanto Beard (2024) assinala que a reorganização dos sistemas de saúde exige transformações mais profundas do que a mera integração de serviços, Wang et al. (2024) demonstram empiricamente que modelos centrados na pessoa, como o *Integrated Care for Older People* (ICOPE), constituem um caminho promissor para qualificar o cuidado à população idosa, fortalecendo a coordenação assistencial e a resposta às necessidades complexas do envelhecimento. Nessa mesma direção, Souto Barreto et al. (2024) evidenciam que essa reorganização pode ser operacionalizada por meio de abordagens centradas na capacidade intrínseca da pessoa idosa, permitindo identificar precocemente diferentes perfis de vulnerabilidade e orientar intervenções integrais e coordenadas.

3. Perspectiva multidimensional do envelhecimento: da natureza à história

Nas sociedades capitalistas, o envelhecimento tende a ser associado à perda de utilidade social, uma vez que a velhice se localiza fora da fase reconhecida pelo capital como socialmente produtiva, isto é, vinculada à venda ativa da força de trabalho (Lessa & Tonet, 2011). As repercussões da relação capital-trabalho tornam-se ainda mais agudas quando se compreende o significado simbólico atribuído à velhice numa sociabilidade fundada na acumulação por meio da extração de mais-valia, relativa e absoluta (Marx, 1978). A objetificação do ser humano, própria desta lógica, sustenta um imaginário no qual o velho é identificado como obsoleto, reforçando a desvalorização social da pessoa idosa (Campelo & Paiva, 2014).

Em contraste, outras formas de organização societária oferecem leituras distintas sobre o envelhecer. Em civilizações orientais e entre povos indígenas, a pessoa mais velha é reconhecida como um ser autobiográfico, fonte de sabedoria e guardiã da memória coletiva, ocupando posições de respeito e centralidade simbólica. Em diversos contextos culturais asiáticos, designadamente na China e no Japão, a velhice é encarada com profunda reverência. Na tradição japonesa, por exemplo, comemora-se desde 1947 o *Keiro no hi* (Dia do Respeito ao Idoso), decretado feriado nacional em 1966. Trata-se de uma data dedicada a este segmento populacional, na qual a sociedade expressa gratidão pelas contribuições feitas ao longo da vida e reza pela sua longevidade (Masc, 2021). Nas comunidades indígenas, os membros mais velhos assumem o papel vital de guardiões e transmissores das tradições (Marques et al., 2015), o que reafirma a importância da dimensão cultural na modelação das práticas de assistência.

Como afirmam Coelho, et al. (2016), a cultura condiciona as representações de velhice e de género, com reflexos diretos nas perceções sobre a saúde, a doença e o cuidado. No contexto brasileiro, marcado pelas dinâmicas contemporâneas do capitalismo, observa-se uma associação da velhice à improdutividade, atribuindo-lhe um sentido sombrio. A velhice da classe trabalhadora latino-americana é frequentemente vista de forma trágica. Como destaca Masc (2021), observa-se que, à medida que as pessoas envelhecem, até as cores que lhes são destinadas socialmente se tornam mais pálidas, sóbrias e tristes. Embora a individualidade seja cultuada, o desconhecimento sobre o futuro e a dependência geram grande ansiedade. Como ressaltam Freitas e Noronha (2010, p. 366), o facto de as pessoas idosas não saberem o que lhes poderá acontecer caso precisem de ajuda "é motivo de preocupação [...] e, logo, parece que atrelado a isso vêm as possibilidades de acontecerem maus-tratos, em decorrência da falta ou negligência na prestação desse cuidado". Estas preocupações fundamentam-se numa sociabilidade marcada pela fragilização de vínculos e por condições objetivas de vida e trabalho precarizadas (Teixeira, 2021).

Este deslocamento analítico permite compreender que o envelhecimento não se distribui de forma homogénea, sendo profundamente atravessado pela classe social e pelas desigualdades estruturais. Nas sociedades periféricas do capitalismo, o envelhecer da classe trabalhadora ocorre sob condições prolongadas de precarização laboral, informalidade, baixos rendimentos e acesso limitado à proteção social (Teixeira, 2021). O

resultado são velhices precocemente adoecidas, marcadas pela negação histórica de direitos e pela relação entre o adoecimento dos trabalhadores e as transformações no mundo do trabalho (Souza & Silva, 2019). Esta racionalidade não só estigmatiza a pessoa idosa como gera representações depreciativas, naturalizando a exclusão simbólica e material e reforçando o medo social de envelhecer.

Adotar uma perspectiva multidimensional implica deslocar o envelhecimento de uma leitura exclusivamente naturalizante para o inscrever também no campo da história. Essa compreensão encontra respaldo na Gerontologia Crítica internacional, que concebe o envelhecimento como um fenômeno histórico e socialmente produzido, profundamente condicionado pelas desigualdades sociais, pelas transformações econômicas e pelas formas de organização das sociedades contemporâneas (Phillipson, 2003). Envelhecer, nesta chave, não é um simples processo biológico nem um destino individual, mas uma experiência socialmente produzida, atravessada por relações de poder e condições materiais de existência. Assim, a pessoa idosa deixa de ser concebida como um corpo em declínio ou uma unidade funcional e passa a ser reconhecida como um ser autobiográfico, portador de histórias, vínculos e marcas sociais inscritas no tempo.

4. O cuidado como caridade e responsabilização familiar: feminização e filantropização

A história do cuidado dirigido à pessoa idosa, especialmente no contexto latino-americano, encontra-se profundamente marcada pela associação entre velhice, caridade e solidariedade privada. Historicamente, antes de ser reconhecido como um direito social, o cuidado foi e em muitos aspectos continua a ser compreendido como um gesto moral, uma prática benevolente ou um dever familiar. Esta concepção, embora revestida de valores como o afeto, produz efeitos ambíguos ao deslocar a responsabilidade do âmbito público para a esfera privada. Cherix e Júnior (2017) destacam que a noção de cuidado ligada à caridade e ao amor pode acarretar o assujeitamento da pessoa idosa. Em contrapartida, os autores propõem uma perspectiva onde a pessoa idosa e o seu cuidador "se encontram numa relação intersubjetiva multifacetada, que implica tensões e possibilidades de transformação, sem nunca perder o horizonte ético no qual ambos são respeitados em suas idiossincrasias e diferenças" (Cherix & Júnior, 2017, p. 579).

Quando o cuidado é organizado sob a lógica da caridade, a atuação do Estado torna-se residual, seletiva e compensatória. Observa-se um processo de desresponsabilização estatal (Lima, 2010), no qual as demandas estruturais do envelhecimento são transferidas para a família e para a sociedade civil. Além de limitar a universalidade do acesso, este fenômeno reforça práticas filantrópicas e assistencialistas que reproduzem relações assimétricas de dependência (Teixeira, 2021). Como ressaltam Cherix e Júnior (2017), a insuficiência de recursos públicos e de uma rede de assistência estruturada compromete a oferta de cuidados de forma contínua e integral, confinando a maioria das pessoas idosas ao cuidado informal no seio familiar.

Logo, esta centralidade familiar não se distribui de forma equitativa. O cuidado informal recai maioritariamente sobre as mulheres, evidenciando a feminização do cuidado como expressão de códigos socioculturais de gênero que historicamente associam o homem ao espaço público e produtivo, e a mulher ao espaço privado e doméstico. Como aponta Marques (2010), estas diferenças socialmente construídas definem papéis sociosexuais que condicionam riscos distintos à saúde e sobrecarregam a mulher, reproduzindo os códigos de ética e estética de gênero hegemônicos, um processo também influenciado por contextos culturais específicos (Coelho et al., 2016).

A responsabilização feminina (Marques, 2010) ocorre, em grande medida, sem preparação técnica, apoio institucional ou redes públicas de amparo. A sobrecarga torna-se ainda mais intensa quando as próprias cuidadoras se encontram em situação de envelhecimento, pobreza ou adoecimento, configurando o cuidado como um trabalho invisibilizado, não remunerado e socialmente desvalorizado. A naturalização deste arranjo oculta o desgaste físico e emocional imposto às mulheres, reforçando a ideia de que a assistência é uma obrigação moral individual e não uma responsabilidade coletiva.

Essa problemática também tem sido amplamente reconhecida no debate internacional. Editorial recente da *The Lancet Healthy Longevity* chama a atenção para a invisibilidade dos cuidadores mais velhos e para a crescente sobrecarga imposta aos cuidadores informais diante do envelhecimento populacional, defendendo que sistemas públicos de cuidado devem oferecer suporte estruturado às famílias e reconhecer o cuidado como responsabilidade coletiva, e não apenas privada (The Lancet Healthy Longevity, 2024).

É neste cenário que emerge o conceito de *insuficiência familiar*. Souza et al. (2015) definem-no como um processo psicossocial complexo, fundado no baixo apoio social à pessoa idosa e no comprometimento dos vínculos familiares, tendo como antecedentes as transformações contemporâneas da família, os conflitos intergeracionais e a vulnerabilidade social. As suas consequências incluem o declínio da saúde psicológica e funcional, a perda de qualidade de vida e um envelhecimento mal-sucedido.

Embora o apoio familiar seja fundamental (Freitas & Noronha, 2010; Souza et al., 2015), é preciso reconhecer os limites objetivos das famílias diante das condições estruturais impostas pela sociedade capitalista. Como enfatizam Freitas e Noronha (2010, p. 365), "ser idoso e não ter ninguém do seu ciclo de relacionamento familiar é o mesmo que não ter cuidado". No entanto, responsabilizar exclusivamente a família por suprir demandas produzidas por desigualdades históricas representa uma inversão perversa da responsabilidade pública (Lima, 2010).

Diversos estudos evidenciam que muitas famílias não dispõem de condições concretas para prover cuidados contínuos. No Brasil, a institucionalização da pessoa idosa ocorre em geral, quando a família esgota sua capacidade de cuidado, situação agravada em contextos de vulnerabilidade social, nos quais o cuidado permanente compromete profundamente a dinâmica e a qualidade de vida familiar (Karsch, 2003; Kawasaki & Diogo, 2001).

Desta forma, a responsabilização exclusiva da família desloca problemas de origem estrutural para o âmbito privado. Em contextos de extrema vulnerabilidade, esta lógica culmina frequentemente em negligência involuntária, institucionalizações forçadas ou ruptura de vínculos, aprofundando a exclusão. Como ressaltam Freitas e Noronha (2010), o cuidado exige uma rede interligada entre Estado, família e sociedade, na qual cada esfera assumam os seus limites. A ausência do Estado consolida um modelo em que o cuidado se transforma em favor, mercadoria ou sacrifício individual. A filantropização e a feminização do cuidado revelam-se expressões de uma sociabilidade marcada pela retração das políticas sociais, refletindo o embate entre projetos societários antagônicos (Netto, 1999): um que impõe um *ethos* de mercadoria à saúde e outro que a defende como um direito social inviolável.

5. Ética do Cuidado, Autonomia e Relações de Poder na Velhice

Neste âmbito, é importante iniciar com a ressalva de que “a ética do cuidado está associada a uma forte ideia de responsabilidade, na maioria das vezes relativa às relações interpessoais, sem considerar sua pertinência nas relações entre entidades coletivas” (Molinier & Paperman, 2015, p. 47). Este entendimento faz referência à “maneira como as necessidades de cuidado são consideradas em âmbito mais amplo (institucional, político) e como são considerados os meios para atendê-las” (Molinier & Paperman, 2015, p. 46). Para que este atendimento seja integral, é fundamental um olhar holístico, composto pelo diálogo entre diversas profissões.

Como sublinha Patrocínio (2015), a maioria da literatura sobre o cuidado à pessoa idosa “não aborda conjuntamente uma perspectiva multidisciplinar [...] há necessidade, no campo da gerontologia, de uma publicação que reúna textos voltados para o constructo do cuidado associado ao processo de envelhecimento numa abordagem multidisciplinar” (p. 6). Assim, torna-se necessário fortalecer tanto a produção científica quanto as intervenções de forma multiprofissional e interdisciplinar, a fim de alcançar a integralidade no cuidado à pessoa idosa.

Outro aspecto relevante a destacar refere-se à mecanização das intervenções profissionais no processo de cuidar. Como refletem Freitas e Noronha (2010), “a concepção do cuidado, por parte dos profissionais de saúde, é equivalente a uma ação técnica e mecânica. Por isso, notamos o despreparo para cuidar do idoso” (p. 362). Logo, é urgente a humanização das inter-relações e o consequente acolhimento no cuidar. O cuidado em saúde deve procurar minimizar as assimetrias de poder inerentes à relação entre cuidador e pessoa cuidada. Geralmente, o cuidador é quem mais está investido de poder. Ou seja, parece que em suas mãos está a decisão do cuidado (Freitas & Noronha, 2010, p. 362).

Torna-se assim necessário romper com este paradigma e estabelecer uma relação humanizada que resgate o sentido ontológico do cuidar. Na verdade, “a relação entre quem cuida e quem é cuidado não equivale a uma relação de desigualdade, mas refere-se ao encontro em que um, demanda ajuda e o outro quer ajudar. Em teoria, essa relação com lugares distintos não pressuporia uma hierarquia de poderes” (Cherix & Júnior, 2017, p. 584).

Numa sociedade marcada pela fragilização de vínculos, onde a individualidade é disseminada como o principal valor e a independência e a autonomia são consideradas como padrões de sucesso e culto ao ego, a dependência gerada pelo envelhecimento traz consigo um sentimento de medo para muitos (Cherix & Júnior, 2017; Freitas & Noronha, 2010). Contudo, é pertinente ressaltar que o “cuidado com idoso propõe um cuidado integrado, um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos” (Veras, 2016, p. 888).

Para promover esta realidade, é de suma importância que a pessoa idosa seja considerada e respeitada enquanto sujeito capaz, participante ativo no seu processo de cuidado, tendo-se em consideração a sua história de vida. A literatura científica evidencia que, quanto mais e melhor o profissional conhecer “o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. É assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde” (Veras, 2016, p. 887).

Face aos aspetos debatidos, é crucial que o cuidado em saúde à pessoa idosa se constitua, antes de tudo, como uma relação intersubjetiva, produzida no encontro entre sujeitos que ocupam posições distintas, mas não hierarquicamente determinadas. Diferentemente de uma ação técnica ou protocolar, o cuidado envolve vínculos, afetos, expectativas, valores e disputas simbólicas que atravessam tanto quem cuida quanto quem é cuidado. Reconhecer essa dimensão relacional (Ayres, 2004) é fundamental para compreender os dilemas éticos que emergem no quotidiano da gerontologia. Nessa direção, a ampliação da ética do cuidado proposta por Molinier e Paperman (2015), ao deslocar essa discussão para o plano institucional e político, dialoga com a concepção de cuidado proposta por Ayres (2004), ao reforçar que o cuidado não se reduz à dimensão técnica, mas constitui uma relação intersubjetiva atravessada por responsabilidades éticas e coletivas.

No envelhecimento, a discussão sobre autonomia e dependência assume centralidade (Cherix & Júnior, 2017; Ramos, 2002). A autonomia não se reduz à ausência de dependência funcional; refere-se, sim, à capacidade de participar nas decisões que dizem respeito à própria vida, mesmo em contextos de limitação física ou cognitiva. A avaliação das atividades da vida diária (AVD) básicas, instrumentais e avançadas é frequentemente

utilizada como parâmetro para medir graus de dependência (Romero & Maia, 2022). Contudo, quando utilizada de forma acrítica, pode contribuir para a redução da pessoa idosa a um conjunto de incapacidades, obscurecendo a sua história, desejos e formas possíveis de expressão da subjetividade.

Nesse contexto, as relações de poder que se estabelecem no cuidado tornam-se particularmente relevantes. O cuidador, seja profissional ou familiar, tende a ocupar uma posição investida de autoridade técnica, moral ou prática, o que pode resultar na condução unilateral das decisões. O risco do “fazer pelo outro” reside justamente na substituição da vontade da pessoa idosa por uma lógica tutelar que, ainda que bem-intencionada, produz silenciamento, perda de autonomia e negação da sua condição de sujeito.

A naturalização deste tipo de abordagem revela como práticas aparentemente neutras podem reproduzir assimetrias e violências subtis. Ao assumir que a pessoa idosa “não sabe”, “não pode” ou “não consegue decidir”, reforça-se uma lógica que associa o envelhecimento à incapacidade, legitimando intervenções que desconsideram a singularidade das trajetórias de vida. Tal perspectiva é incompatível com uma ética do cuidado comprometida com o respeito pela dignidade humana (Pinheiro & Guizardi, 2004) e com o reconhecimento da pessoa idosa como protagonista. Configura-se, assim, a principal tensão quando se debate a ética, a autonomia e as relações de poder que rodeiam a velhice: o limiar entre o cuidar e o tutelar.

A humanização do cuidado, nesse sentido, não se limita à adoção de atitudes empáticas ou à melhoria da comunicação interpessoal. Trata-se de um princípio ético que exige horizontalidade nas relações, escuta qualificada e reconhecimento da alteridade (Pinheiro & Guizardi, 2004; Pinheiro & Mattos, 2001). Essa compreensão encontra respaldo no debate bioético internacional contemporâneo, que tem reafirmado a dignidade humana como fundamento ético do cuidado à pessoa idosa, defendendo que o respeito à autonomia, à identidade e à singularidade deve orientar as práticas assistenciais, especialmente em contextos de fragilidade e dependência (Pageau et al., 2024). Assim sendo, cuidar de forma humanizada implica construir planos de cuidado partilhados, nos quais a pessoa idosa seja reconhecida como autora das suas escolhas, mesmo em contextos de dependência parcial ou progressiva (Silva, 2019).

Ampliar a ética do cuidado para além do âmbito interpessoal significa reconhecer que as condições nas quais este se realiza são socialmente produzidas. A precarização dos

serviços, a sobrecarga dos cuidadores, a ausência de políticas públicas e a fragmentação das redes de atenção limitam as possibilidades de uma assistência ética. Assim, a ética do cuidado não pode ser compreendida apenas como uma virtude individual, mas sim como um compromisso coletivo e institucional, que exige condições materiais, organizacionais e políticas para se efetivar.

Ao articular ética, autonomia e relações de poder, evidencia-se que o cuidado à pessoa idosa é um campo profundamente político. Humanizar o cuidado é também questionar modelos que hierarquizam saberes, naturalizam desigualdades e reduzem o envelhecimento a um problema a ser administrado. Trata-se, portanto, de afirmar uma perspectiva que reconheça a interdependência humana sem transformar a dependência em subordinação, sustentando, mesmo na fragilidade, o direito de cada pessoa idosa de ser escutada, respeitada e cuidada na sua singularidade.

6. Cuidado Integral como Horizonte Ético-Político e Direito Social

Torna-se necessária a reestruturação tanto da compreensão do processo de envelhecimento quanto das formas de cuidar. Como salientado por Veras (2016), a organização do fluxo de cuidados, além de colocar a pessoa idosa no centro e como protagonista do plano terapêutico, contribui para a diminuição de iatrogenias decorrentes da invisibilização de outros aspectos que compõem o envelhecimento humano. Isto porque “a prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos” (Veras, 2016, p. 888). Perante esta conjuntura, enfatiza-se a urgência na reorganização do modelo de saúde e de assistência, bem como dos sistemas de proteção e amparo social direcionados a este segmento (Noronha et al., 2022).

O cuidado à população idosa remete-nos, necessariamente, para a história singular de cada indivíduo. Cuidar numa perspectiva ampla, que contemple todas as dimensões do viver, denota respeito, zelo, vigilância, preocupação e ocupação. Vai além do ato mecânico de assistir um ser humano numa certa fase da vida; representa um cuidado com a própria história da humanidade e a sua evolução. É preservar o legado daqueles que nos

antecederam na construção do mundo social. Significa, outrossim, zelar pela preservação da sua própria existência enquanto humano (Silva, 2019).

A pessoa idosa é um ser autobiográfico, no qual se registaram, ao longo da vida, marcas individuais, socioeconômicas, políticas, culturais e climáticas. A constatação do cientista Carl Sagan (2008), ao apresentar que a cada geração que retrocedemos temos duas vezes mais antepassados numa linha direta e que, se retrocedermos o suficiente, quaisquer duas pessoas na Terra partilham um ancestral comum, leva-nos a refletir que cuidar da pessoa idosa é fazer pelas gerações passadas o que as gerações futuras farão por nós. Num intervalo de poucos saltos geracionais, cuidar do outro caracteriza-se como cuidar da extensão de nós mesmos.

Logo, a afirmação do cuidado integral constitui um horizonte ético-político que tensiona diretamente os modelos assistenciais fragmentados, tecnicistas e mercantilizados (Noronha et al., 2022; Teixeira, 2021). Mais do que uma diretriz organizativa do sistema de saúde, a integralidade expressa um compromisso com a compreensão ampliada do processo saúde-doença (Junior & Mascarenhas, 2004), reconhecendo o envelhecimento como um fenômeno multidimensional (Silva, 2019). Nessa perspectiva, o cuidar não se restringe ao tratamento de patologias, mas envolve a produção de condições dignas de vida.

A integralidade exige práticas multiprofissionais e interdisciplinares capazes de articular diferentes saberes em torno das necessidades reais da pessoa idosa (Tan et al., 2025). Essa compreensão dialoga com Ayres (2004), para quem a integralidade se realiza no encontro entre sujeitos, e complementa a proposta organizacional de Veras (2016), ao indicar que a reorganização dos fluxos assistenciais somente alcança sua finalidade quando preserva a dimensão ética e intersubjetiva do cuidado.

Esse movimento encontra respaldo em evidências internacionais recentes. Estudos desenvolvidos no âmbito do programa *Integrated Care for Older People* (ICOPE), da Organização Mundial da Saúde, indicam que modelos de cuidado centrados na pessoa, estruturados por avaliações integrais e planos assistenciais individualizados, podem favorecer a capacidade funcional, fortalecer a coordenação entre os serviços e qualificar o cuidado à população idosa, reforçando a importância da reorganização dos sistemas de saúde para responder às necessidades complexas do envelhecimento (Wang et al., 2024).

Nesta conjuntura, torna-se imprescindível problematizar a mecanização das práticas e empenhar-se na transformação deste cenário, evitando que o cuidar se torne uma ação técnica repetitiva, guiada exclusivamente por protocolos e metas produtivistas (Tesser & Luz, 2018). Afastar-se do encontro com o outro amplia os riscos de iatrogenias, de intervenções desnecessárias e de violências subtis que comprometem a dignidade. A integralidade, em contrapartida, pressupõe atenção sensível, escuta qualificada e decisões compartilhadas, reduzindo danos e qualificando a prestação do cuidado (Ayres, 2004; Junior & Mascarenhas, 2004; Pinheiro & Guizardi, 2004; Pinheiro & Mattos, 2001).

A organização do fluxo de atendimento constitui um elemento central para a efetivação do cuidado integral (Noronha et al., 2022; Veras, 2016). A fragmentação entre os níveis de atenção, a desarticulação entre os serviços e a ausência de continuidade assistencial comprometem a resolutividade das ações e produzem iatrogenias que extrapolam o âmbito clínico, manifestando-se em longas esperas, encaminhamentos interrompidos, institucionalizações inadequadas e ausência de suporte domiciliário. A construção de redes articuladas, com fluxos bem definidos, sistemas efetivos de referência e contrarreferência e integração intersetorial com as políticas de assistência social, previdência, habitação e justiça, constitui condição essencial para responder às necessidades complexas do envelhecimento, articulando prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos numa perspectiva de integralidade (Ayres, 2004; Noronha et al., 2022; Silva, 2019; Veras, 2016).

A efetivação deste horizonte pressupõe a responsabilidade indelegável do Estado na garantia do cuidado como um direito social. Políticas públicas fragilizadas, focadas ou terceirizadas tendem a reforçar a lógica da filantropização e da mercantilização dos direitos (Bravo, 2001), deslocando novamente para as famílias e para o mercado responsabilidades que deveriam ser coletivas. A afirmação do cuidado integral demanda financiamento público adequado, fortalecimento das redes de proteção social e valorização do trabalho em saúde.

Assim, afirmar o cuidado integral como direito significa romper com a compreensão do cuidar como um favor, caridade ou mercadoria. Significa reconhecê-lo como expressão concreta da cidadania e da justiça social, especialmente em sociedades marcadas por profundas desigualdades. No campo do envelhecimento, essa afirmação é ainda mais

urgente, pois diz respeito à forma como uma sociedade reconhece, protege e valoriza aqueles que carregam, nos seus corpos e trajetórias, a memória viva da sua história coletiva.

Considerações finais

O cuidado de saúde dirigido à pessoa idosa remete, necessariamente, para as trajetórias singulares de vida. Em muitos contextos, especialmente entre a classe trabalhadora, os profissionais depararam-se com pessoas idosas marcadas por sucessivas negações de assistência ao longo da existência. Este cenário é o resultado direto de condições objetivas precárias, desigualdades estruturais e da fragilização dos sistemas de proteção social. Nestes casos, cuidar na velhice significa, frequentemente, enfrentar os efeitos acumulados de um amparo historicamente negado ou interrompido.

Ao longo deste ensaio, procurou-se evidenciar que as concepções de envelhecimento e de cuidado não são neutras, mas sim atravessadas por disputas éticas e políticas. As perspectivas biologicistas e economicistas reduzem o envelhecimento a perdas funcionais e custos sociais, legitimando práticas fragmentadas e focadas na produtividade. Em contrapartida, as abordagens socioculturais e críticas afirmam a velhice como um processo histórico e relacional, e o cuidado como uma dimensão constitutiva da dignidade humana.

A análise desenvolvida aponta que, quando o Estado recua na sua responsabilidade pública, o cuidado desloca-se para o âmbito da caridade e da obrigação familiar, recaindo de forma desigual sobre as mulheres. Este movimento não só fragiliza a qualidade da assistência, como reforça as relações assimétricas de poder e invisibiliza a subjetividade de quem envelhece.

Reconhecer a pessoa idosa como um sujeito histórico e autobiográfico implica compreender que o cuidado ultrapassa a manutenção da vida biológica, envolvendo dimensões afetivas, éticas e culturais. A integralidade exige práticas multidisciplinares, a organização adequada dos fluxos institucionais e o compromisso com a preservação da autonomia, mesmo em situações de dependência.

Discutir o cuidado no envelhecimento humano, portanto, é discutir o próprio projeto de sociedade que se deseja construir. Num contexto marcado pela individualização e pela mercantilização da vida, afirmar o cuidado como direito representa um posicionamento ético-político fundamental. Cuidar da pessoa idosa é preservar os legados vivos que

sustentam o presente e condicionam o futuro, transformando a dependência numa experiência de solidariedade e responsabilidade coletiva.

O principal contributo deste ensaio consiste em interpretar o envelhecimento e o cuidado como campos de disputa entre projetos societários distintos. Ao articular contributos da Ética do Cuidado, da Gerontologia, da Saúde Coletiva e do Serviço Social, propõe uma leitura integrada que evidencia como diferentes racionalidades moldam as políticas públicas, as práticas assistenciais e a própria compreensão do cuidado enquanto direito social. Deste modo, reforça-se a necessidade de pensar o cuidado não apenas como prática assistencial, mas como expressão de escolhas éticas, políticas e societárias.

Por fim, este ensaio abre igualmente pistas para futuras investigações sobre a organização social do cuidado, a sustentabilidade das políticas públicas de envelhecimento e as respostas institucionais às transformações demográficas contemporâneas, reforçando a necessidade de abordagens interdisciplinares comprometidas com a dignidade, os direitos e a cidadania das pessoas idosas.

Referências Bibliográficas

- Almeida, E. B. & Silva, T. B. L. (2021). Transdisciplinaridade: um modelo de trabalho em Gerontologia [Editorial]. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(Especial 29), 1–3. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24iEspecial29p1-3>
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73–92. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
- Beard, J. R. (2024). Beyond integrated care for older adults. *Nature Aging*, 4, 1–4. <https://doi.org/10.1038/s43587-023-00542-7>
- Beauvoir, S. (1976). *A velhice: realidade incômoda* (2.^a ed.). DIFEL.
- Beauvoir, S. (2018). *A velhice*. Nova Fronteira.
- Bravo, M. I. S. (2001). A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*. UERJ/DEPEXT/NAPE.
- Bustamante, V. & McCallum, C. (2014). Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 673–692. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300002>

- Campelo, S. de O. & Paiva, S. D. (2014). *Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital*. Cortez.
- Chaimowicz, F. (1987). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 184–200. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200014>
- Cherix, K. & Júnior, N. E. C. (2017). O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 579–588. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0492>
- Coelho, J. S., Giacomini, K. C. & Araújo Firmo, J. O. A. (2016). O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 408–421. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016142920>
- Debert, G. G. (1998). A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In M. M. Lins de Barros (Org.), *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política* (pp. 49–67). Fundação Getúlio Vargas.
- Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Edusp/Fapesp.
- Freitas, A. V. S. & Noronha, C. V. (2010). Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 359–369. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200010>
- Júnior, A. G. S. & Mascarenhas, M. T. M. (2004). Avaliação da Atenção Básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 241–257). Hucitec/ABRASCO.
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861–866. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019>
- Kawasaki, K. & Diogo, M. J. D. (2001). Assistência de enfermagem ao idoso: perfil do cuidador formal - parte II. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(4), 257–264. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000400003>
- Lessa, S. & Tonet, I. (2011). *Introdução à filosofia de Marx* (2.^a ed.). Expressão Popular.
- Lima, J. C. F. (2010). A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In C. F. Ponte & I. Falleiros (Orgs.), *Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história* (pp. 279–310). Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV.

- Marques, A. M. (2010). Gênero e saúde: uma relação ainda oculta. In M. N. Strey, C. Nogueira & M. R. Azambuja (Orgs.), *Gênero e saúde: diálogos ibero-brasileiros* (pp. 35–58). Edipucrs.
- Marques, F. M.; Koller, S. H. & Pizzinato, A. (2015). A vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena Guarani Mbyá. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 415–427. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p415>
- Marx, K. (1978). *O capital: livro I*. Ciências Humanas.
- Masc, S. (2021). *O olhar ao idoso no Japão e na China*. Universidade Federal de Juiz de Fora. <https://portalplena.com/vamos-discutir/o-olhar-ao-idoso-no-japao-e-na-china-acima-de-tudo-respeito/>
- Molinier, P. & Paperman, P. (2015). Descompartimentar a noção de cuidado? *Revista Brasileira de Ciência Política*, (18), 43–57. <https://doi.org/10.1590/0103-335220151802>
- Noronha, D. O.; Santos, M. A.; Silva, J. R. & Castro, L. M. (2022). Health care network model for older adults: a co-creation and participatory action research approach. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 16, e0220008. <https://doi.org/10.53886/gga.e0220008>
- Pageau, F.; Roy, M. & Pelletier, G. (2024). Care of the older person and the value of human dignity. *Bioethics*, 38(1), 44–51. <https://doi.org/10.1111/bioe.13251>
- Patrocínio, W. P. (2015). O tempo e o cuidado na velhice. *Revista Kairós-Gerontologia*, 18(Especial 18), 1–7. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18iEspecial18p01-07>
- Netto, J. P. (1999). A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In *Capacitação em Serviço Social e Política Social* (Módulo 1). CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB.
- Pinheiro, R. & Guizardi, F. (2004). Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 21–36). Hucitec/ABRASCO.
- Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.). (2001). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. ABRASCO/UERJ/IMS.

- Phillipson, C. (2003). Globalisation and the future of ageing: Developing a critical gerontology. *Sociological Research Online*, 8(4). <https://doi.org/10.5153/sro.868>
- Ramos, L. R. (2002). Epidemiologia do envelhecimento. In *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 72–78). Guanabara Koogan.
- Romero, D. & Maia, L. (2022). *A epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas?* (Texto para Discussão n.º 90). Fundação Oswaldo Cruz. https://biblioteca.unisced.edu.mz/bitstream/123456789/3431/1/Romero_D_-Maia-L_A-epidemiologia-do-envelhecimento_novos-paradigmas_TD_90_versao_final.pdf
- Sagan, C. (2008). *Bilhões e bilhões*. Companhia das Letras.
- Salgado, M. A. (1997). Aposentadoria e ética social. *Série Terceira Idade*, 4–15.
- Sidorenko, A. & Leichsenring, K. (2025). Research agendas on ageing and longevity: Linking research and policy - a review and discussion article. *Journal of Ageing and Longevity*, 5(1), 9. <https://doi.org/10.3390/jal5010009>
- Silva, W. F. (2019). *Saúde e envelhecimento: reflexões teóricas sobre o cuidado* [Dissertação de mestrado, Instituto Aggeu Magalhães- Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco]. <https://arca.fiocruz.br/items/fdeda0c3-acd7-4f32-a4ca-11993d5b4e4d>
- Siqueira, R. L. de; Botelho, M. I. V. & Coelho, F. M. G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 899–906. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400021>
- Souto Barreto, P.; Costa, N.; Silva, J. A. & Vellas, B. (2024). Real-life intrinsic capacity screening data from the ICOPE-Care program. *Nature Aging*, 4, 1279–1289. <https://doi.org/10.1038/s43587-024-00684-2>
- Souza, A.; Santos, I. C.; Silva, J. R. & Barbosa, M. G. (2015). Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1176–1185. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i>
- Souza, D. R. S. & Silva, S. D. S. (2019, 13–14 de novembro). *Trabalho, saúde e processo de adoecimento da classe trabalhadora* [Apresentação de trabalho]. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Souza Santiago, F.; Perobelli, F. S. & Pereira de Oliveira, E. C. (2021). *Os impactos econômicos do envelhecimento populacional na Argentina, Brasil e México* (Texto

- para Discussão No 02-2021). BRSA. https://brsa.org.br/wp-content/uploads/wpcf7-submissions/7525/Texto_com-identifica%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Tan, C. K. K.; Mor, M. Y. Y. & Cheng, G. (2025). A scoping review of a multidisciplinary approach to the care of community-living older adults. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 35(4). <https://doi.org/10.1080/29949769.2025.2572638>
- Teixeira, S. M. (2008). *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil*. Cortez.
- Teixeira, S. M. (2020). Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. *Serviço Social & Sociedade*, (137), 135–154. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.205>
- Teixeira, S. M. (2021). Envelhecimento em contexto de superexploração e contrarreformas. *Serviço Social & Sociedade*, (142), 447–466. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.259>
- Tesser, C. D. & Luz, M. T. (2018). Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(1), e280109. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280109>
- The Lancet Healthy Longevity. (2024). Caring for our invisible older carers. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(11), 100662. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.100662>
- Veras, R. (2016). Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 887–895. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
- Wang, N. Y.; Zhang, L., Li, W. & Liu, Y. (2024). Implementation and impact of the World Health Organization integrated care for older people (ICOPE) program in China: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 53(1), afad249. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad249>
- Ward, L.: Ray, M. & Tanner, D. (2020). Understanding the social care crisis in England through older people’s lived experiences. In P. Urban & L. Ward (Eds.), *Care ethics, democratic citizenship and the state* (pp. 219–239). Palgrave Macmillan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565989/>