

## **Envelhecimento ativo, voluntariado e capacitação – etnografia de uma organização voluntária de cuidados paliativos<sup>1</sup>**

Lucas Faial Soneghet (PPGSA/UFRJ)

**Resumo:** Nesse artigo, analiso as intersecções entre discursos sobre o envelhecimento e uma forma de organização do trabalho de cuidado, tomando como pano de fundo uma etnografia em andamento em uma organização voluntária de saúde atuante em duas favelas do Rio de Janeiro. Foco-me na literatura do “envelhecimento ativo”, “saudável”, “bem-sucedido” ou “produtivo”, em particular na valorização do voluntariado como forma de atividade legítima e benéfica para idosos “ativos”. A organização Favela Compassiva, contexto etnográfico desse estudo, oferece cuidados paliativos para pessoas acometidas por doenças crônico-degenerativas, em sua maioria idosos, na Rocinha e no Vidigal e conta com a participação de “voluntárias locais”, em sua maioria mulheres entre 40 e 70 anos que moram nesses locais. Busco refletir sobre os circuitos de cuidado estabelecidos nessa organização, as noções de capacitação, voluntariado e envelhecimento. A atividade no envelhecimento é, por um lado, um potencial objetivo na assistência dos pacientes e dos seus familiares e, por outro, um tipo de recurso de cariz “comunitário” agenciado a partir de um discurso de saúde pública sustentado em relações ética e afetivamente densas de uma localidade.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Voluntariado; Cuidado

### **Introdução**

Em 2024, na sede da Favela Compassiva Rocinha, organização voluntária não governamental que oferece cuidados paliativos para moradores das favelas Rocinha e Vidigal no Rio de Janeiro, ouvi uma expressão repetida algumas vezes: “Ali é velho cuidando de velho.” Cinco anos antes, enquanto fazia trabalho de campo em um serviço de assistência domiciliar e de desospitalização em um hospital público na mesma cidade, escutei a mesma frase, algumas vezes vinha com entonação negativa e outras simplesmente como forma de resumir o contexto de uma família assistida. De volta à Rocinha, a expressão veio

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 34ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2024)

acompanhada de uma qualificação pelo enfermeiro que a proferiu: “Mas isso não é necessariamente ruim! É a dinâmica deles. As pessoas trabalham com o que tem. Tem que ver como estão, se está funcionando.” Na Favela Compassiva, as voluntárias locais ou “agentes compassivas” – moradoras do Vidigal e da Rocinha que acompanham pacientes e familiares, além de relatar demandas e encontrar potenciais pacientes – são em sua maioria mulheres entre 45 e 65 anos de idade.

O episódio me fez olhar para o campo com a questão do envelhecimento como lente. Me surpreendi, então, pela relativa ausência de termos relacionados à velhice. Com exceção do momento de relato de “casos” ou descrição de pacientes, em que o descritor “idoso” é comum, e de algumas brincadeiras entre os voluntários, a velhice não parece ser um tema tão importante. Antes, questões como a pobreza, relações familiares conturbadas, a elegibilidade de pacientes para a organização e complicações decorrentes de doenças crônicas como câncer e mal de Alzheimer, parecem ocupar mais o dia-a-dia da Favela Compassiva. Diante disso, procuro nos recortes etnográficos presentes nesse artigo, encontrar os rastros de um imaginário sobre a velhice e o envelhecimento que, embora não explicitada, se faça presente até em sua ausência. Em vez de interrogar se a velhice é relevante ou não, me pergunto *em que situações e como* a velhice é problema ou um recurso em potencial.

Há um campo semântico normativamente carregado em torno do termo “velho” e, por extensão, da velhice e do envelhecimento. Nesse artigo, pretendo explorar essa “polissemia moral” (Altomonte, 2020) da velhice e do envelhecimento no contexto do trabalho de cuidado realizado na organização Favela Compassiva. O conceito, em seu uso original, indica a prática de atores mobilizarem diferentes significados do mesmo valor (dependência e produtividade, por exemplo) para justificar diferentes cursos de ação e objetivos organizacionais. Não pretendo definir a velhice ou o envelhecimento como um valor, mas descrever como nos múltiplos usos do termo, este adquire valências morais distintas e por vezes opostas e, assim, justificam-se e legitimam-se diferentes cursos de ação e formas de organização do trabalho de cuidado. Em outras palavras, exploro diferentes formas de significar e formar arranjos de cuidado (Soneghet, 2020) nos quais velhos e velhas cuidam de velhos/as. O artigo é estruturado em cinco seções, incluindo introdução e conclusão: na segunda seção, apresento e contextualizo o campo de pesquisa; na terceira seção, cotejo

diferentes versões do “envelhecimento” na literatura acadêmica, especialmente nas ciências sociais e na gerontologia, com foco na literatura sobre velhice, produtividade e voluntariado; na quarta seção, traço as conexões entre essa polissemia e as formas de divisão e coordenação do trabalho de cuidado observadas em campo.

### **Campo de pesquisa**

Esse artigo se baseia em observações e entrevistas realizadas desde setembro de 2022, sendo 10 meses de trabalho etnográfico contínuo e o restante de observações esporádicas e acompanhamento à distância das atividades da organização. A Favela Compassiva Rocinha e Vidigal é uma organização voluntária sem fins lucrativos cujo objetivo é ofertar cuidados paliativos aos moradores das favelas da Rocinha e do Vidigal no Rio de Janeiro. Começa em 2018 com o enfermeiro Alexandre Ernesto<sup>2</sup> que, a princípio planejando uma pesquisa de doutorado nas favelas do RJ, passou a oferecer assistência a pessoas acometidas de doenças graves limitadoras da vida<sup>3</sup> que encontrou no Vidigal. O enfermeiro passou a se articular com profissionais de saúde que conhecia na cidade e oferecer *cuidados paliativos* a 29 moradores da Rocinha e do Vidigal. Nesse processo, encontrou lideranças comunitárias e indivíduos que já atuavam nesses espaços em alguma forma de assistência social, especificamente mulheres conectadas à Igreja Católica na Rocinha. Como conta em entrevistas, veio a saber por meio de um conhecido que o que ele estava fazendo “tinha um nome” e se chamava “comunidade compassiva”.<sup>4</sup>

Cuidados Paliativos e Comunidades Compassivas são duas abordagens de assistência em saúde que informam em alguma medida a organização Favela Compassiva, portanto, cabe defini-las. A abordagem paliativa surge em sua versão moderna na década de 1960 na Inglaterra com o nome *hospice*. Partindo de uma crítica ao estado do tratamento de pessoas em processo de morrer nos hospitais, os ativistas e proponentes da filosofia *hospice* formularam um modelo de assistência não curativa que começa pela opção pelo não

---

<sup>2</sup> Com exceção de Alexandre, todos os nomes no artigo são fictícios, a fim de preservar o anonimato dos interlocutores. A exceção se justifica pois Alexandre é uma figura pública, cujas visões acerca da Favela Compassiva são amplamente divulgadas. A permissão para uso de suas falas foram concedidas verbalmente ao autor desse texto.

<sup>3</sup> Esse é um dos termos mais usados para se referir a condições que, outrora, eram chamadas de “terminais” como câncer e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, entre outras.

<sup>4</sup> As informações aqui relatadas foram colhidas em entrevista do pesquisador com Alexandre, mas podem ser encontradas em outros materiais gravados em que ele conta a história da organização.

prolongamento da vida diante de um prognóstico de não reversibilidade da doença. O argumento, posto sucintamente, é que a medicina estaria, na sanha de reverter, curar e adiar a morte, gerando mais danos do que benefícios. Em vez de tratar para a cura, a abordagem paliativa foca-se no controle de sintomas, especialmente a dor crônica, e na manutenção da qualidade de vida em seus aspectos biológico, psicológico, social e espiritual. Contra o reducionismo biológico da biomedicina, a solidão dos moribundos nos hospitais e a negação da morte<sup>5</sup>, o cuidado paliativo, como veio a ser chamado, busca tratar a pessoa no “todo”, incluir a família e os entes queridos como objetos e sujeitos do cuidado, e promover uma mudança na maneira que lidamos com a morte e o morrer.

A *comunidade compassiva*, por sua vez, é uma abordagem de saúde pública em cuidados paliativos que estende os princípios da abordagem paliativa para além do espaço hospitalar, da família e dos serviços de saúde, priorizando o envolvimento da “comunidade” como um todo nos cuidados de pessoas em processo de morrer e/ou enlutadas. Allan Kellehear, sociólogo australiano e idealizador principal das comunidades compassivas, critica o modelo dominante de cuidados paliativos do ponto de vista da saúde pública. São alvos de sua crítica: o foco restrito em serviços de saúde em vez de redes de suporte mais amplas, pacientes com câncer em vez de pessoas no fim de vida com múltiplas condições, famílias em vez de comunidades e educação ocupacional em vez de educação comunitária.

A Favela Compassiva, embora guarde semelhanças com o modelo de Kellehear, formou-se de acordo com as especificidades do espaço no qual emergiu. Atualmente a organização atende cerca de 40 pacientes entre Rocinha e Vidigal, e já atendeu mais de 100. Podemos dividir a organização em três braços: em torno de 80 “apoiadores” que contribuem com doações financeiras mensais, seja para medicamentos e insumos, seja com ajuda direta a pacientes específicos (chamado “apadrinhamento”); 35 “voluntárias locais” (VL), em sua maioria mulheres moradoras da Rocinha ou do Vidigal que realizam visitas semanais aos pacientes e suas famílias, ocasião na qual acolhem demandas e as relatam para os profissionais de saúde voluntários, levam doações e insumos, e auxiliam a família na realização de tarefas de cuidado ao paciente; e entre 50 e 60 profissionais de saúde

---

<sup>5</sup> Todos esses “diagnósticos do presente” acerca da morte e do morrer se tornaram populares ao longo das décadas de 1960, 1970 e 1980, contando com a participação significativa das Ciências Sociais, à exemplo de Glaser e Strauss (1965), Ernest Becker (1973), Philippe Ariès (1981) e Norbert Elias ([1985] 2001).

voluntários ou “voluntários fixos” (VP)<sup>6</sup>, que realizam visitas uma vez por mês nas casas dos pacientes (chamados *mutirões*), oferecem orientações, receitam medicamentos e, eventualmente, realizam procedimentos como troca de catéter e bolsa de colostomia, além de orientar e realizar atendimentos semanais ou quinzenais.<sup>7</sup> Os voluntários locais e profissionais coordenam-se em equipes, cada um responsável por dois ou três pacientes. Estes chegam na Favela seja por demanda de familiares ou conhecidos que sabem da organização e procuram as VLs, ou através de voluntários que tomam conhecimento de alguma pessoa que pode se enquadrar na organização e a incluem para ser avaliada em um dia de mutirão (visita mensal de todas as equipes). O desenho organizacional da Favela Compassiva é descentralizado e depende principalmente da comunicação através de grupos de Whatsapp. Além de um grupo com todos os VPs e um grupo de cada equipe, composto de voluntários locais e profissionais, há grupos de cada especialidade, onde avaliam-se demandas e organizam-se os atendimentos, geralmente feitos remotamente<sup>8</sup>, o grupo das voluntárias locais, o grupo de apoiadores e um cujo intuito é divulgar oportunidades de formação e capacitação em tópicos relativos aos cuidados paliativos e à comunidade compassiva.

Dois pontos acerca da Favela Compassiva no Rio de Janeiro merecem breve consideração. Primeiro, quando começam a oferecer assistência a moradores da Rocinha, os primeiros voluntários profissionais da organização não encontraram um vazio sanitário, por assim dizer. O encontro e a colaboração com mulheres já atuantes em uma paróquia local, uma delas líder comunitária e atuante no conselho municipal de saúde há anos, e com a associação de moradores da favela foram cruciais para que o projeto se tornasse viável. Ademais, afirma-se reiteradamente o caráter “complementar” da Favela Compassiva em

---

<sup>6</sup> Os números aproximados dos VPs e dos apoiadores indicam que há alguma flutuação nesse grupo. Alguns apoiadores realizam doações pontuais e não mensais, com valores variáveis, enquanto outros doam valores fixos todo mês para fins específicos (compra de fraldas, auxílio financeiro para pacientes, custos de transporte dos voluntários pela favela, entre outros). Daqui em diante me referirei aos voluntários que são profissionais de saúde e não são moradores da Rocinha ou do Vidigal pela sigla VP seguida de sua especialização entre parênteses, por exemplo, VP (enfermeira). Para as voluntárias locais, moradoras da Rocinha ou do Vidigal que, independentemente de formação acadêmica, atuam no cuidado dos pacientes, usarei a sigla VL. É importante afirmar desde já que duas voluntárias locais têm ensino superior e atuam como assistentes sociais, e outras cinco possuem curso técnico em enfermagem em andamento ou concluído.

<sup>7</sup> Especialidades com nutrição, fisioterapia e psicologia podem oferecer atendimentos remotos ao longo do mês.

<sup>8</sup> Por exemplo, se há algum paciente com demanda para a psicologia, esta é encaminhada para a “líder do grupo” dessa especialidade. No grupo de Whatsapp, VPs psicólogos/as decidem quem irá atender a demanda, avaliar o paciente e, se for o caso, acompanhá-lo.

relação ao SUS. Nas palavras de uma VP (enfermeira) acerca do papel da organização: “É um modelo de atenção de apoio, complementar, ao sistema de saúde local pra cuidar de pessoas com doenças ameaçadoras de vida.” Na reunião após as visitas do mutirão, onde todos os grupos discutem os “casos” dos pacientes visitados, é comum que algum VP reitere o caráter complementar da organização em relação ao SUS. De fato, grande parte da atuação da organização consiste em “organizar os cuidados”, termo que na fala dos voluntários significa tanto mobilizar familiares e vizinhos, quanto a rede de saúde pública, muitas vezes conectando Clínica da Família, hospitais gerais, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), entre outros serviços de saúde aos pacientes. Perguntado sobre as voluntárias locais em uma entrevista para um programa de televisão, Alexandre afirma: “Nós temos mania de enfiar academia onde as pessoas já fazem as coisas. Eu percebi que tinha uma carência né. Então eu cheguei aqui e perguntei quem já fazia isso. Aí encontrei quatro senhoras, todas acima de 50 anos, que trabalham e queriam fazer algo pros outros e não tem tempo. Isso é compaixão.” A relação da Favela Compassiva com a “ecologia de cuidado” local (Das e Das, 2007, p. 79) é retomada posteriormente no texto.

Segundo, os membros da Favela Compassiva, em particular os VPs, atuam paralelamente em universidades públicas, onde desenvolvem pesquisas e projetos de extensão que tomam como objeto a organização. Um número significativo de VPs atuantes são extensionistas, isto é, orientando e alunos de outros voluntários que participam da Favela Compassiva como projeto de extensão em sua formação universitária. Logo, a expressão de Alexandre – “enfiar academia” – não é fortuita e traz dois vincos à tessitura do campo: os interlocutores envolvidos nessa pesquisa são eles também produtores de conhecimento, agentes reflexivos engajados em pensar a sua realidade e a organização da qual fazem parte; a Favela Compassiva é um objeto prismático, como todo fenômeno social, que já foi e continua a ser enquadrado em termos das expertises da saúde. Isso significa que a Favela Compassiva é uma organização com um grau considerável de “reflexividade institucional”, ou seja, caracteriza-se pelo uso contínuo de conhecimento expert por parte dos atores nela envolvida para regulação, interpretação e transformação de suas práticas (Giddens, 2002, p. 26). Ademais, o desenho descentralizado se traduz em um alto potencial de mudança e adaptabilidade, além de gerar um grande fluxo de comunicações. A rigor, é somente nos mutirões, uma vez por mês, que todos os voluntários se encontram, enquanto a interface entre

cada equipe no tempo restante gira em torno das informações passadas pelas VLs que visitam os pacientes semanalmente. Logo, a reflexividade não diz respeito somente ao conhecimento acadêmico produzido, mas também aos acordos e soluções dados entre os voluntários no cotidiano que, eventualmente, afetam os contornos da organização como um todo.

Na ecologia do cuidado desenhada em torno e através da Favela Compassiva, reencontramos o problema desse artigo. A “carência” identificada por Alexandre e por outros VPs nas favelas cariocas é espelhada na literatura especializada internacional pelo signo da “crise” – “crise de saúde” (Kennedy, 2016, p. 144), “crise da previdência” (Williamson, 2011, p. 288) e “crise do cuidado” (Fraser, 2016) – ou da “demanda” (Buch, 2015, p. 278; Lamb, Robbins-Ruszkowski e Corwin, 2017, p. 12). Embora com pesos e conotações distintas, os termos indicam para uma *lacuna percebida ou antecipada na organização do trabalho de cuidado* causada pelo *envelhecimento populacional* e pelo crescimento das doenças crônicas limitadoras de vida. Dito de outro modo, o crescimento da parcela da população com 60 anos ou mais coloca em questão nossas maneiras de assistir, controlar, manter e reparar os nossos corpos quando estes encontram seus limites. Se o cuidado é o ato de manter, reparar e dar continuidade a nós e aos nossos corpos (Tronto e Fischer, 1990, p. 40), e o trabalho de cuidado é socialmente dividido, coordenado e realizado em linhas de gênero, raça, idade e classe<sup>9</sup>, o envelhecimento e seus impactos peculiares na subjetividade corporificada humana (Soneghet, 2021) impactarão nos padrões de organização do trabalho de cuidar. O fato de que uma parcela cada vez maior da população lida com as vicissitudes do envelhecimento, dentre as quais estão a fragilização e o declínio de algumas capacidades, tem implicações na forma como concebemos o trabalho de cuidar dos idosos. Essa afirmação está no princípio de abordagens como a comunidade compassiva de Kellehear, que vê os problemas de saúde de pessoas envelhecidas como uma grande lacuna nas iniciativas de cuidados paliativos (2005, p. 52). Está também nas diversas reações conservadoras aos sistemas de bem-estar social e previdência estabelecidos ao longo do século XX que dependiam, em grande medida, de um senso de solidariedade intergeracional e de uma divisão estável do trabalho de cuidado entre famílias, Estado e mercado (Meyer e Parker, 2011, p. 269; Buch, 2015, p. 284).

---

<sup>9</sup> Essa é a perspectiva da economia política do cuidado, encontrada em Tronto (1993), Ehrenreich e Hochschild (2004), Faria e Moreno (2010), Carrasco, Boderías e Torns (2011), entre outras.

Falar de uma lacuna, porém, não significa afirmar que não há pessoas encarregadas do cuidado dos idosos e dos moribundos. Antes, trata-se de pensar que mudanças demográficas e epidemiológicas colocam novas pressões nas configurações de cuidado existentes, de modo que elementos como papéis de gênero tradicionais, instituições, políticas e agentes estatais, mercados e organizações da sociedade civil se repositonam em novas combinações. No coração desse processo de reconfiguração, o envelhecimento ganha novos contornos discursivos, aos quais me volto nas seções seguintes.

### **Capacitação e Voluntariado - Construindo idosos ativos**

‘A ideia de que idosos são frágeis, dependentes e necessitados é uma construção social. No passado e em sociedades tradicionais, os idosos eram respeitados, venerados e valorizados pela sua contribuição particular à comunidade.’ Essas duas afirmações, a primeira um truísmo que soa como argumento sociológico e a segunda um tanto imprudente do ponto de vista antropológico e histórico, ainda encontram espaço na vasta literatura sobre envelhecimento. Incluo aqui tanto disciplinas como geriatria, gerontologia, serviço social, sociologia, antropologia e economia, quanto livros de autoajuda, guias, manuais e matérias jornalísticas, dentre outros gêneros. A diversidade de perspectivas não impede a formação de um campo bem delimitado em que cada tipo de saber “contribui para definir a última etapa da vida como uma categoria de idade autônoma, com propriedades específicas, dadas naturalmente pelo avanço da idade, que exigem tratamentos especializados” típicos do tipo de saber definidor em questão (Debert, 2004, p. 52). Não procuro analisar toda essa literatura, mas destacar alguns temas a partir de outras leituras sistemáticas<sup>10</sup>, focando-me no século XX, em particular da década de 1960 em diante, até a segunda década do século XXI.

Os anos 1960 e 1970 trouxeram um *boom* na produção acadêmica científica sobre o envelhecimento. É a época de consolidação da geriatria no campo médico e da gerontologia

---

<sup>10</sup> Recorro principalmente a Guita Grin Debert (2004), Sarah Lamb (2014) e Guillermina Altomonte (2020). Não reconstruo aqui as teorias do envelhecimento do ponto de vista de seus pressupostos e minúcias, visto que o objetivo não é uma leitura metateórica, mas uma análise da polissemia moral do envelhecimento calcada nos pressupostos e prescrições normativas dessa literatura. Para esse tipo de análise, ver Settersten Jr. e Angel (2011), focados na sociologia do envelhecimento, Settersten Jr. e Godlewski (2016), para uma leitura ampla dos conceitos e teorias da idade e do envelhecimento, e Dannefer (2011), para um mapeamento detalhado do tópico do envelhecimento nas ciências sociais a partir de tipologias de *explananda* (tipos de fenômenos a serem explicados) e *explanantia* (tipos de explicação).

no campo acadêmico.<sup>11</sup> Segundo Lenoir, a velhice já havia emergido como problema social em meados do século XIX, principalmente ligada às classes operárias e graças à expansão da organização capitalista do trabalho que equaciona “velhice” à “invalidez” ou “incapacidade de produzir”. Assim, o problema de “assumir o encargo da velhice dessas classes” torna-se um problema social a ser resolvido (Lenoir, 1998, p. 79). Nessa visada, o problema da velhice está estritamente ligado ao da aposentadoria e da *produtividade* do sujeito idoso. Em uma lente mais ampla, podemos considerar fatores como o aumento da expectativa de vida a partir de novas tecnologias de saúde, urbanização e mudanças na composição familiar que, em conjunto, configuram um quadro em que pessoas idosas estão isoladas ou *separadas* da sociedade em virtude de suas *necessidades* específicas que demandam políticas públicas e serviços distintos, dentre os quais figuram como protagonistas os serviços *médicos* (Altomonte, 2020, p. 38-39).

Segundo Altomonte, o processo de problematização da velhice vai na direção contrária daquele observado na infância: idosos se tornam mais significativos economicamente enquanto perdem valor social. A velhice passa a ser vista, ao longo do século XX e especialmente após Primeira Guerra Mundial, como problema a ser resolvido pelo Estado, por profissionais de saúde e, posteriormente, pelo mercado. É nessa época que modelos de envelhecimento da gerontologia e da geriatria enfatizam as limitações físicas e psicológicas dos idosos, culminando na renomada e hoje malfadada “teoria do desengajamento” na década de 1960 (Idem, p. 39). A teoria do desengajamento de Elaine Cumming e William Henry (1961) atraiu críticas severas e fomentou controvérsias na época de sua publicação (Bengston, 2016, p. 103). Cumming, uma socióloga que estudou sob Parsons, e Henry, um psicanalista, postularam que a retirada do indivíduo de seus envolvimento sociais e psicológicos acompanhava normalmente o envelhecimento. O desengajamento seria inevitável e universal, além de funcional, visto que sinalizaria a saída do indivíduo de seus papéis antes da saída definitiva da vida. Assim, o indivíduo envelhecido encontraria satisfação ao se libertar de demandas que não poderia satisfazer, enquanto o sistema social se beneficiaria pela manutenção de equilíbrio resultante da substituição de indivíduos nos papéis sociais prescritos. Trata-se de um processo de retirada mútua em que

---

<sup>11</sup> A primeira sociedade de geriatria no Brasil foi fundada em 1961 (Debert, 2004, p. 196) e a International Association of Gerontology and Geriatrics em 1950.

indivíduo e sociedade se beneficiam, em última instância, do declínio de atividade que resulta do envelhecimento.

A perspectiva sociológica ostensivamente parsoniana de Cumming e Henry guarda pressupostos acerca da modernidade e das sociedades industriais que eram corroborados pelas teorias antropológicas da velhice no mesmo período. O refrão era semelhante, embora a entonação pudesse ser mais crítica: “nas sociedades industrializadas, baixa renda e baixo *status* seriam o destino inevitável daqueles que atingem os 60 anos e, nesse sentido, são uma minoria como qualquer outra.” (Debert, 2004, p. 72). Outros antropólogos e antropólogas discordavam acerca da homogeneidade do grupo “idosos”, afirmando a prioridade de outros fatores como etnia, classe e gênero. Em crítica às teorias do desengajamento, gerontólogos críticos, médicos e outros profissionais de saúde propuseram uma nova visada para o envelhecimento. Os fundamentos da “teoria da atividade” são lançados ainda na década de 1960 com Robert Havighurst. Segundo ele, a gerontologia teria a missão de aconselhar sociedades e indivíduos sobre suas escolhas acerca da velhice, e a teoria do envelhecimento bem-sucedido seria uma ferramenta na conquista desse objetivo. A teoria conta com quatro definições operacionais de envelhecimento bem-sucedido: sentimento de felicidade e satisfação com a vida; sentimento de satisfação com as atividades e status atuais da pessoa; manutenção de atividade da meia-idade; modo de vida que é socialmente desejável para esse grupo etária, isto é, um modo de vida considerado pela sociedade como apropriado para pessoas idosas (Bengston, 2016, p. 101). Em vez de passividade, dependência e necessidade, a velhice seria o momento da atividade, do engajamento, da independência e da produtividade.

Da década de 1970 em diante, observa-se uma maturação do campo do envelhecimento e da velhice, com revisão de suposições, perspectivas interpretativas e históricas que contrastam com o estrutural-funcionalismo outrora predominante e novas temáticas. Vemos, por exemplo: a passagem da pauperização para a segregação e a solidão como problemas centrais da velhice; a revisão de suposições sobre a correlação entre modernização e mau envelhecimento – e seu oposto, entre sociedade tradicional e boa velhice; novas evidências acerca do papel da família e do contato familiar na velhice, contrariando as suposições de que a distância em relação à família é necessariamente

negativa; e o estudo da complexificação e da diversidade de experiências de envelhecimento nas sociedades ocidentais (Debert, 2004, p. 75-81). Encontramos também a gerontologia crítica, especialmente a partir da década de 1980, e movimentos sociais organizados em torno da categoria “idadismo”, cunhada pelo médico Robert Butler em 1969. A idade, assim como gênero e raça, passa a ser fundamento de uma modalidade de discriminação e marginalização que afeta a sociedade como um todo (Altomonte, 2020, p. 41).

Um exemplo dessa tendência é o artigo de Peter Townsend (1981), no qual o sociólogo investiga a “dependência estruturada dos idosos”. Townsend critica a teoria do desengajamento por ser individualista e culpada de um “funcionalismo aquiescente”: “[...] o tipo de teoria de envelhecimento que atribui a causa dos problemas às dificuldades no ajuste individual ao envelhecimento, aposentadoria e declínio físico” enquanto absolve e encoraja o desenvolvimento do Estado, da economia e da desigualdade (1981, p. 6). Argumenta então que o conjunto de instituições e regras em uma sociedade é responsável por criar o enquadramento no qual os problemas dos idosos emergem. Como exemplo, aponta para leis de aposentadoria, criadas para atingir objetivos de crescimento econômico e produtividade através da rápida substituição de habilidades na força de trabalho, benefícios estatais (pensões) e espaços de cuidado como asilos que colocam a população mais velha em posição de dependência. Desse modo, as instituições e normas vigentes nas sociedades ocidentais do século XX (a generalização é de Townsend) produzem um padrão de dependência social que não é corroborado por evidências de dependência física ou psicológica. Ao envelhecer, indivíduos seriam realocados tanto pelo modo de organização do trabalho nas economias modernas quanto pelo modo de organização do poder via Estado: expulsos do mercado de trabalho e considerados improdutivos, encontram lugar em instituições públicas que ocupam o lugar das famílias e de outros modos de cuidado comunitário. No fundo, haveria um contraste entre a dependência manufaturada por esses mecanismos institucionais e o desejo dos idosos de permanecer envolvidos em atividades produtivas e sua capacidade de autocuidado (Townsend, 1983, p. 10, 16).

Outra representante da gerontologia crítica é Carroll Estes que examinou, junto com colaboradores (Estes, Swan e Gerard, 1982; Estes e Binney, 1989), o papel da ciência, em particular a biomedicina, na construção das políticas estatais para o envelhecimento nos

EUA. À moda da teoria crítica, Estes questiona os efeitos e pressupostos normativos de teorias científicas supostamente neutras, argumentando a favor de uma economia política do envelhecimento que deve “desenvolver um entendimento do caráter e do significado de variações no tratamento dos envelhecidos e relaciona-las a tendências sistêmicas mais amplas” (Estes, Swan e Gerard, 1982, p. 154). O problema do envelhecimento não é individual, como teorias biomédicas ou gerontológicas dominantes argumentariam, mas estrutural. Isso significa que outros fatores estruturantes no curso da vida como gênero, classe e raça, são importantes na definição da velhice. Ademais, a “biomedicalização do envelhecimento” construiria uma correlação entre declínio físico e velhice que só poderia ser gerida por saberes e tecnologias médicas. Esta ligação se consolida aos olhos do público leigo, impulsionando assim um “processo de hegemonia que se estende às experiências subjetivas e individuais” que torna visões alternativas do envelhecimento “inconcebíveis” (Estes e Binney, 1989, p. 594).

A onda de críticas e revisões das décadas de 1970 e 1980 legou lições importantes. Em contraste com a visão estrutural-funcionalista da velhice como estágio de desengajamento de papéis sociais com valor funcional, a economia política do envelhecimento aponta para as dinâmicas de status e poder envolvidas na classificação das populações por idade. Contribui também para iluminar as intersecções entre idade, gênero e raça, um ponto cego tanto nas teorias feministas do gênero e da sexualidade quanto nas teorias do envelhecimento (Rosenthal, 1990). Contrastando com visões macro, um olhar interacionista simbólico revela que a passagem para a velhice é uma passagem de status cujas normas e controle não estão dados de antemão, o que significa que áreas significativas das vidas de pessoas envelhecidas não estão *a priori* sob controle de nenhuma autoridade instituída, mas são moldados internacionalmente pelos atores sociais, incluindo o idoso (Marshall, 1978, p. 353). O rompimento com suposições funcionalistas não fundamentadas em evidências e a crítica de perspectivas informadas pela biomedicina deu lugar a estudos do envelhecimento que levaram a sério processos sociais de construção da velhice e de sua gestão. Do ponto de vista normativo, vimos a valorização da velhice em termos outrora vistos como contrários a esse estágio da vida, como produtividade, engajamento civil, capacidade e independência.

Paralelo à emergência de perspectivas críticas, político-econômicas e interacionistas, emerge um modelo de envelhecimento que virá a informar o campo nas décadas subsequentes. Em 1984, a Fundação MacArthur criou a Rede de Pesquisas sobre o Envelhecimento Bem-sucedido, um grupo interdisciplinar de pesquisa do qual participaram os gerontologistas John Rowe e Robert Kahn. A dupla cunhou um conceito de envelhecimento “normal” que seria dividido em dois subtipos. O primeiro, denominado “envelhecimento usual”, carregava as conotações “negativas” da velhice comuns na teoria do desengajamento e nos modelos biomédicos das décadas anteriores. O envelhecimento usual é marcado por alto risco de doença e deficiências medidas por riscos ligados ao estilo de vida (Rowe e Kahn, 1987). O segundo, denominado “envelhecimento bem-sucedido”, foi definido em três componentes: baixo risco de doença ou deficiências ligadas ao adoecimento, manutenção de função física e cognitiva, e engajamento ativo com a vida, incluindo relações ativas com os outros e produtividade em trabalho pago ou voluntariado. Alguns desses elementos já se encontravam no conceito de Havighurst, com duas diferenças notáveis: Rowe e Kahn (1998) incluem a ausência ou evitação de doenças e deficiências, e eliminam a menção à sociedade. Com menos ênfase em aspectos sociais e subjetivos, o novo conceito enfatiza a escolha e o esforço individual:

“Nosso conceito de sucesso conota mais do que um resultado feliz; implica conquista em vez de mera boa sorte... Ter sucesso requer mais do que conseguir algo por acaso; significa tê-lo desejado, planejado, trabalhado para isso. Todos esses fatores são fundamentais para a nossa visão do envelhecimento, que, mesmo nesta era da genética humana, consideramos estar amplamente sob o controle do indivíduo.” (Rowe e Kahn, 1998, p. 37)

Os autores enfatizaram a plasticidade e variabilidade entre indivíduos idosos e na trajetória de envelhecimento do mesmo indivíduo, se precavendo ao afirmar que uma proporção substantiva dos idosos, mas não todos eles, teriam o potencial de envelhecer com sucesso. O modelo Rowe-Khan (ou modelo MacArthur) foi aplicado em uma variedade de campos, com populações diversas e deu origem a mais de 100 variações (Rowe e Cosco, 2016, p. 616). Na literatura leiga e no mundo das políticas públicas, o conceito conquistou ampla aceitação, dando luz à livros sobre como envelhecer ativamente, manuais para uma velhice bem-sucedida e iniciativas globais de saúde em nome do envelhecimento ativo

(Lamb, 2014, p. 44). Duas pressuposições centrais subjazem a “linguagem do sucesso e da escolha pessoal nos processos de envelhecimento”: pessoas idosas não deveriam ser segregadas e isoladas como um grupo com necessidades diferentes somente pela sua idade, porque idade e doença podem ser desvinculadas; pessoas idosas são “agentes ativos de seu próprio processo de envelhecimento” (Altomonte, 2020, p. 42-43). Nas últimas três décadas do século XX, a velhice veio a ser interpretada e valorada de acordo com novos princípios. É verdade que a importância da manutenção de uma vida ativa fora afirmada anteriormente – como exemplificado por Havinghurst (1961) –, porém, há uma mudança significativa nas “formas de gestão” da velhice em um contexto marcado por mudanças nos regimes de identidade e subjetividade, na organização do trabalho sob o capitalismo e no aparato estatal em sua versão assistencial e de bem-estar. “Concepções autopreservacionistas” do eu e do corpo, expectativas de produtividade econômica, políticas de contenção de custos com assistência e saúde, e valorização da independência e da escolha individual confluem em um cenário onde o envelhecimento bem-sucedido parece ser o caminho *lógico e correto* (Debert, 2004, p. 227; Liang e Luo, 2012).

Noções de atividade e seus corolários – funcionalidade, produtividade, engajamento – confluem com valores como independência e autonomia, de modo que o envelhecimento bem-sucedido adquire carga moral e se torna altamente polissêmico. Contribui para essa polissemia a incorporação reflexiva de suas críticas. Rowe e Cosco (2016, p. 617-619), por exemplo, reconhecem a necessidade de considerar “fatores sociais” e as “considerações subjetivas de pessoas mais velhas”, embora não respondam tão bem às acusações de exclusividade nociva do modelo, reafirmando que “o modelo não foi feito para ser aplicado para todos” (p. 618). Não obstante, Rowe (2015) arrisca uma extensão do envelhecimento bem-sucedido para toda a sociedade que deverá se traduzir em “políticas que ajudarão a fortalecer a força de trabalho futura, aumentar o engajamento produtivo de indivíduos mais velhos e aumentar a capacidade das famílias de apoiar idosos.” (Rowe, 2015, p. 6). Se o envelhecimento bem-sucedido não é para todos, isso não significa que o fato do envelhecimento populacional não irá afetar a todos. Em resposta, o modelo do envelhecimento bem-sucedido enfatiza “as contribuições positivas substantivas e a produtividade potencial de uma sociedade envelhecida”, ou em outras palavras, “o dividendo da longevidade” que deriva da “capacidade previamente não imaginada de indivíduos mais

velhos participaram produtivamente na sociedade seja pela força de trabalho ou por *engajamento cívico*” (Rowe, 2015, p. 6-7, ênfase minha).

Observamos assim uma reversão dos sinais na literatura do envelhecimento. Diagnósticos pessimistas da velhice no mundo moderno – solidão, inutilidade, marginalização, pobreza, segregação – foram criticados em nome de pontos de vista que consideravam os benefícios de uma vida ativa, o valor das conexões sociais, a diversidade de experiências de envelhecimento e a arbitrariedade dos arranjos institucionais que colocavam a população envelhecida em posições de fragilidade e dependência. No processo, as pessoas mais velhas, outrora construídas como objetos passivos de reflexão ou destinatários de assistência médica e estatal, constroem-se como atores políticos, usando seu espaço na arena política para se contrapor a imagens negativas da velhice (Debert, 2004, p. 218). Entre diversos discursos, experts e leigos, na academia, no Estado, no mercado e na sociedade civil, alguns valores passaram a constituir a polissemia moral do envelhecimento, dentre os quais destaco dois.

A *produtividade* oscilou entre motivo para exclusão dos idosos do ponto de vista de um mercado capitalista<sup>12</sup>, valor a ser escolhido e conquistado pelos idosos que almejam uma boa velhice e, finalmente, potencial escondido dos mais velhos que, se bem explorado, levaria a uma boa sociedade envelhecida. Me interessa especificamente em como a produtividade vem a ser traduzida em termos de atividades de *voluntariado*, que emergem como um possível “papel formal de aposentadoria para pessoas idosas” (Cutler, Hendricks e O’Neill, 2011, p. 227). O tema “voluntariado e envelhecimento” tornou-se objeto de volumosa literatura na gerontologia e nas ciências sociais.<sup>13</sup> Nesse ponto, a noção do “envelhecimento ativo” mostra curiosa afinidade com iniciativas de saúde pública do tipo “comunitário”, bem como com discursos favoráveis ao engajamento cívico voluntário. A literatura lista muitos benefícios do voluntariado na velhice, tanto no âmbito social quanto pessoal (O’Neill, Morrow-Howell e Wilson, 2011, p. 338-340). Ser produtivo, portanto, não é somente voltar

---

<sup>12</sup> Nas perspectivas de Lenoir (1998) e Debert (2004), por exemplo, a aposentadoria é crucial na configuração do envelhecimento e esta, por sua vez, deriva dos imperativos do mercado de trabalho capitalista.

<sup>13</sup> Ver Warburton (2015) para um balanço conceitual, Filges et al (2020) para uma revisão sistemática e Morrow-Howell (2010) para um balanço (um pouco ultrapassado) do campo.

ao trabalho no mercado de trabalho, mas ser *ativo* em um sentido amplo, em sua comunidade e em relação a si mesmo.

Todavia, não basta somente confiar no potencial não realizado da produtividade dos idosos, nem tampouco esperar que o imperativo da produtividade se traduza em ação eficaz. A produtividade, na polissemia moral do envelhecimento, vem acompanhada de um aliado inseparável na *capacitação*. Às vezes chamada de “desenvolvimento do capital humano” (Rowe, 2015, p. 9) ou no jargão educacional de “lifelong learning” [aprendizagem ao longo da vida] (Jovic e McMullin, 2011, p. 229), a capacitação na velhice parece ser peça chave para a manutenção da produtividade. Aqui há uma ambiguidade em relação ao antigo valor da “sabedoria” na velhice e a atual demanda por “atualização” ou aquisição de novas “habilidades”. Seja como for, a capacidade de ser produtivo depende, em alguma medida, de ter habilidades consideradas úteis e desejáveis em um dado contexto social.

### **“Cuidando de quem cuida” – os contornos da ajuda mútua**

Em um sábado de manhã, na sede da Favela Compassiva Vidigal, os voluntários se reúnem para mais um mutirão. Antes das visitas, há uma breve reunião na qual costuma-se repassar os nomes dos pacientes, quem está presente de cada equipe e se as visitas serão de fato possíveis. Cada equipe tem um número de pacientes fixos e cada paciente é acompanhado por uma ou duas VLS. Valdete (VL) chega e fala para todos: “Olha pessoal, só vim aqui dar um abraço em vocês viu, porque to com saudades.” Conversando com Roberto (VP, médico), ela diz que estão com alguns problemas de saúde e recentemente trocou seu marca-passo, por isso “ainda não está boa” para ir no mutirão. Marcos (VP, enfermeiro) diz jocosamente que vai “arrastar” Valdete para as visitas e ela ri. Em um mutirão passado, ela havia contado que seu marca-passo havia passado seis anos do tempo de uso recomendado. Roberto a escuta e assente com a cabeça, confortando-a ocasionalmente e dando recomendações sobre dosagens de remédio e rotina de cuidados. Valéria comenta sobre um paciente que acompanha e que está em mau estado: “Eu não vou falar que não tem jeito. Acho que não é esse meu papel. Acho que o importante é estar ali com a pessoa, acolher, ficar com ela. Eu fiquei três anos com ele né. Mas fiz tudo que podia, isso é o voluntário, o voluntário é pra isso. Eu gosto muito de ajudar, sou muito coração.”

As voluntárias locais de fato acolhem e acompanham famílias e pacientes. Todavia, sua posição na Favela Compassiva tem muitas dimensões. Além de cuidarem dos pacientes e familiares sob sua responsabilidade, muitas VLs atuam como trabalhadoras domésticas e de cuidado profissionalmente e em suas casas. Ao mesmo tempo, na organização, se encontram ocasionalmente na posição de receberem ajuda e atenção. Nesse tipo de *arranjo*, define-se quem é destinatário legítimo de cuidado e quem é responsável por dispensá-lo. Um arranjo de cuidados é uma configuração relacional voltada para a coordenação de práticas de cuidado, isto é, de manutenção, gestão, assistência e controle do corpo e do sujeito em suas necessidades e perturbações.<sup>14</sup> Uso-o como ferramenta analítica para delinear alguns recortes em cadeias de divisão do trabalho de cuidado mais amplas. No relato acima, Valdete é tanto agente como objeto de cuidados: para o paciente que acompanha, ela é cuidadora, para Roberto, Marcos e os outros profissionais de saúde que a acompanham, ela é uma paciente ou uma pessoa em necessidade de atenção. Na mesma reunião, Alexandre (VP, enfermeiro) diz a todos os presentes: “Queria ressaltar mais uma vez a importância das cuidadoras locais, vi que mais algumas chegaram. Elas também têm suas vidas, seus problemas. A Sheila tá aqui, ela tem uma filha doente, dependente de cadeira de rodas, mas tá aqui cuidando de outras pessoas. E alguém cuida da filha dela. Isso que é comunidade.”

Tal mudança de registro é comum também ao longo do tempo. Em uma reunião após mutirão de visitas na Rocinha, enquanto discutia-se qual voluntário local iria acompanhar uma pessoa recentemente incluída como paciente, Dália (VL), 72 anos, se voluntaria. Carlos (VP, enfermeiro) diz: “Calma, calma... Vamo te consertar primeiro. Tá com a pressãozinha alta...” Dália ri e concorda. Algum tempo depois, ela e Carlos sentam e discutem as medicações que foram receitadas a ela. Ele explica os motivos de cada remédio, possíveis efeitos colaterais e recomenda alguns ajustes. Episódios assim são comuns no cotidiano da Favela Compassiva. Há uma preocupação explícita com a saúde e o bem-estar dos cuidadores, especialmente familiares e voluntárias locais. Todas as VLs recebem mensagens semanalmente de uma massoterapeuta voluntária, além de contar com eventuais consultas formais ou informais com os demais VPs. A organização conta também com uma reunião quinzenal chamada “Cuidando do cuidador”, na qual VLs e cuidadores de pacientes

---

<sup>14</sup> A definição pode ser encontrada em Soneghet (2020, 2022a). Fazzioni (2018) usa o termo com um sentido próximo, porém distinto, em sua etnografia de práticas de saúde no Complexo do Alemão.

(geralmente familiares mulheres) se encontram para realizar atividades variadas, como exercícios de meditação, rodas de conversa, costura, entre outros.

Não é incomum que cuidadoras familiares – o familiar que atua como cuidador principal no lar do paciente – sejam mulheres idosas. Nesses casos, problemas de saúde próprios se acumulam com as cargas do cuidado. Discutindo o caso de um paciente de 15 anos, cuidado pela avó de 70, os VPs refletem, debatem e lutam com o prospecto dos limites de sua ajuda. Transcrevo abaixo o diálogo:

“Clara (VP, médica): Ele não é cuidado paliativo exclusivo.

Laura (VP, fisioterapeuta): É, na verdade não é por causa dele, é por causa do cuidador.

Luciano (VP, médico): Ele teve neoplasia maligna, aí ficou tetraplégico. Ele tem uma questão cognitiva importante. Você não consegue estabelecer um diálogo com ele. E assim ele é totalmente dependente da avó. A única pessoa que ele tem na vida e vice-versa é a avó. E a gente meio que entendeu que ela tá se sobrecarregando.

Clara (VP, médica): É só ela. A atenção dela é 100% pra ele. A gente entendeu que ela não se cuida. Até quando vai no hospital, ela tem que se organizar pra levar ele.

Laura (VP, fisioterapeuta): E a questão maior também é a questão financeira. Que a vó faz cateterismo de 4 em 4 horas, então tá muito caro pra ela comprar. A única fonte de renda que eles têm é a aposentadoria da vó e o Benefício de Prestação Continuada.

Luciano (VP, médico): E ele precisa de acompanhamento de fono ou de fisio?

Laura (VP, fisioterapeuta): Então, a gente discutiu essa questão da fisio. É muito crônico o que ele tem, acho que não vai melhorar com fisioterapia. A gente pensou é de organizar o cuidado em três meses, na verdade organizar tudo da avó assim, colocar ela no “cuidando do cuidador”... Ela disse que vem ele, vem com o menino.”

Os VPs concluem que, embora haja a oferta do “cuidando do cuidador”, é pouco provável que a cuidadora familiar compareça. Discute-se então a possibilidade de uma VL ficar na casa dela com o filho enquanto ela participa das reuniões, visto que a periodicidade é quinzenal e as reuniões não duram mais do que duas horas. Assim, a cadeia de cuidado se estenderia para incluir outra mulher, talvez outra mulher idosa, para dividir a carga sem onerar-se. A proposta é registrada para visitas futuras.

A mutualidade do cuidado é central na autocompreensão dos membros da Favela Compassiva e aparece vinculada a um vocabulário afetivo – “sou muito coração” – que também descreve enquanto constrói a realidade circundante – “isso é comunidade”. Antes de ter seu nome atual, a organização carioca chamava-se “Comunidade Compassiva”, sendo adaptada após a expansão para outras cidades onde recebeu nomes personalizados correspondentes ao local onde se inserem.<sup>15</sup> O termo comunidade, embora ausente do nome, não perdeu sua força nas práticas e percepções dos voluntários. Muitas vezes, aparece próximo do termo “compaixão”, como na fala previamente mencionada de Alexandre (VP, enfermeiro). Os arranjos de cuidado formados a partir e ao redor da Favela Compassiva parecem evocar, na percepção de seus participantes, o senso de uma rede de relações de reciprocidade e interdependência, em que cadeias de cuidado são formadas e reformadas a todo tempo.

De fato, a reciprocidade é comum entre os voluntários locais que percebem, entre si, gradações de necessidade e ajuda. Por exemplo, uma pequena parcela das cestas básicas recebidas pela organização que não é explicitamente direcionada para os pacientes, costuma ser entregue a VLs que precisam. Todavia, diferente da ajuda recebida em forma de consultas informais ou pequenas intervenções de saúde (massagens, exames físicos superficiais e ajustes de medicação), atos de ajuda de caráter material – doação de cestas, de dinheiro ou de comida – costumam ser realizados de maneira menos explícita. Conversando sobre a distribuição de cestas básicas, Lourdes (VL) me diz: “Se alguém precisar e tiver como, a gente vê.” Ela relata que uma das voluntárias recebeu cestas por um tempo, mas agora só recebe ajudas eventuais. Então afirma: “A gente não dá cesta básica!” Lourdes diz que outra

---

<sup>15</sup> Em Minas Gerais a organização recebe o nome “Cabana Compassiva”, pois se localiza na favela Cabana do Pai Tomás.

pessoa, uma das voluntárias mais idosas, também havia pedido cestas, porém, ela própria não vê mérito no pedido: “Mas ela é aposentada que nem eu!”

Em todo arranjo de cuidados, sujeitos procuram definir quem *necessita*, quem *merece* e *como* se pode ajudar. Tanto relações de assistência na pobreza quanto de cuidado envolvem “dilemas morais” (Tronto, 1993, p. 197) e normas de “merecimento” (Watkins-Hayes e Kovalski, 2016), bem como debates sobre qual é a melhor forma de remediar a necessidade percebida. Na Favela Compassiva, os voluntários operam uma divisão entre ajuda socioeconômica e assistência em saúde, nem sempre clara e constantemente negociada. Paralela a essa divisão, está a distinção entre os que precisam de cuidados e não podem exercer seu papel e os que precisam de cuidados e podem exercer seu papel. Não se questiona a necessidade básica de atenção comum a todos, porém, distingue-se entre os problemas que impedem o exercício do papel de voluntária e os que não impedem. Essa distinção costuma ser verbalizada como temporária – no caso de Dália, que precisa ser “consertada” antes de voltar a acompanhar pacientes – ou não verbalizada de modo algum. No primeiro caso, as vicissitudes de um corpo envelhecido são passíveis de gestão e controle. No segundo, são percebidas como de alguma forma irreversíveis ou incontornáveis.

Embora o envelhecimento não apareça explicitamente nos relatos etnográficos acima, isso não significa que ideias acerca dele estejam ausentes, ou que seus efeitos não se façam presentes. Menções à aposentadoria e a problemas de saúde sobrepostos pressupõe que o interlocutor os entenda como parte *normal* da vida de quem fala. Em outras palavras, a velhice não precisa ser mencionada na medida em que não aparece como problema para os sujeitos, mesmo que algumas dimensões do envelhecimento sejam explicitamente tematizadas. Tal normalidade subentendida é reforçada pela relativa ausência desses elementos na vida de voluntárias de meia-idade (entre 45 e 60 anos) que raramente se encontram na posição de receber cuidados de saúde ou assistência socioeconômica, seja por ainda atuarem como trabalhadoras informais – geralmente como domésticas ou cuidadoras de idosos – ou por não experimentarem os efeitos da idade mais avançada no corpo. Isso não significa que as VLs mais jovens não usufruam da reciprocidade do cuidado. Distinções entre problemas incontornáveis e manejáveis, necessidades legítimas e ilegítimas, problemas anormais ou normais (Soneghet, 2022b) são sutis e não estanques. Para Dália (VL), por

exemplo, a hipertensão descontrolada aparece primeiro como um choque. Conversando com Joana (VP, enfermeira), ela confessa: “Eu comecei a ter pressão alta e eu nunca tive. Isso tá me incomodando sabe? Eu conversei aqui com o pessoal e eles falaram que é porque eu to velha. Que eu tenho que aceitar que eu to velha.” Joana responde: “Dália, ser velho não é problema não! Não é doença, não é demérito, faz parte da vida!”

A normalização da hipertensão através da velhice parece incomodar Dália. Porém, a gestão do problema enquanto questão de saúde oferece alguma esperança. A dissociação entre envelhecimento e doença, operada em alguma medida em novas formas de gestão da velhice (Debert, 2004, p. 24), contribui para a naturalização do envelhecimento e para sua ressignificação. Se a doença é um impedimento, um choque, uma ruptura biográfica (Bury, 1982), o envelhecimento não precisa ser. Se bem gerido, bem cuidado e administrado, pode desaparecer de vista, como um breve obstáculo em uma vida ativa. Esta, sempre no horizonte, tem seu valor reafirmado a todo momento. Sentado à mesa com algumas VLS e um VP (enfermeiro) na Rocinha, observei um momento em que os valores da vida e da atividade são reafirmados, um após o outro. Márcia (VL) conversa com as demais sobre problemas de saúde: “Tenho colesterol alto, tenho bronquite, tenho tudo!” Adriano (VP, enfermeiro) replica: “Aí você tem que falar ‘tenho vida’! Tem isso tudo, mas tem vida. Tem que falar mesmo!” Ao que Márcia responde alegremente: “Tenho mesmo, tenho vida, trabalho e ainda tomo umazinha!” Provocando risos em todos.

### **“Aprender a cuidar da ferida” - Potencial inexplorado e traduções**

Liliane (VL), 55 anos, me perguntou, enquanto almoçávamos na Rocinha, sobre minha formação. Explico que me formei em Ciências Sociais e pesquisei cuidados paliativos domiciliares no doutorado. Ela me conta que se formou como técnica de enfermagem e atualmente trabalha como cuidadora: “Olha, deixa eu te perguntar. A gente aqui vê muito paciente com ferida, outro dia eu ajudei um familiar a fazer curativo no paciente porque ficou meio ruim. Mas eu fiz com ela, ela não sabia bem. Aí eu tava pensando se não era bom ter um curso aqui pra gente aprender a cuidar da ferida. Por que isso não tá dentro do paliativo?”

Minha conversa com Liliane ocorreu algumas semanas antes do início do segundo Curso de Formação para Cuidadores, organizado pela Favela Compassiva e administrado pelos voluntários profissionais. O primeiro, anterior à entrada de Liliane na organização, foi

ofertado às primeiras voluntárias locais da Rocinha e do Vidigal. O curso é aberto a toda a comunidade na Rocinha e no Vidigal, do qual participam tanto as VLs já atuantes, quanto pessoas interessadas, com a intenção de se tornar voluntárias ou não. O curso é dividido em 14 unidades, havendo possibilidade de abertura de novas aulas para temáticas que VPs possam sugerir. As três primeiras unidades do curso são, respectivamente: O que são cuidados paliativos; Principais objetivos dos cuidados paliativos; Quem é elegível para ser acompanhado por uma equipe de cuidados paliativos.

Liliane é uma entre cinco VLs que tem formação técnica em enfermagem e trabalha como cuidadora de idosos. Aparte de educação formal, todas as VLs realizam trabalhos domésticos ou de cuidado, de forma remunerada e/ou não remunerada em suas casas. Distinguem-se, sobretudo, no grau de formação e experiência em cuidados de saúde. Em comum, todas compartilham um desconhecimento inicial da abordagem paliativa, o que causa tensões na interpretação das situações de pacientes e familiares, em particular acerca de sua “elegibilidade” para a organização. Embora seja unânime a opinião de que todos os que, de algum modo, chegam à Favela Compassiva têm necessidades, nem sempre há consenso sobre se essas necessidades devem ser supridas ali. O “olhar paliativo” (Livne, 2019, p. 26) que percebe as marcas distintivas de uma pessoa que em tese se beneficiaria do cuidado desse tipo não é ubíquo ou igualmente partilhado. A pergunta de Liliane – “por que isso não tá dentro do paliativo?” – é em parte retórica, visto que ela sabe que o cuidado de feridas de fato é comum na palição de doenças crônicas, e em parte revela uma interpretação própria do modelo. A fim de não homogeneizar a diversidade de percepções e interpretações, trago alguns recortes etnográficos que ajudam a pensar sobre práticas de *tradução, mediação e educação*. Estas práticas dizem respeito à articulação de cursos de ação, significados, normas e sujeitos.

Grande parte do trabalho da Favela Compassiva ocorre na troca de informações entre VLs e VPs nos grupos de Whatsapp de cada equipe. VLs realizam visitas semanais às casas dos pacientes, quando recolhem demandas, pedidos e perguntas que transmitem para os VPs, além de realizar ou auxiliar na realização de procedimentos como troca de curativos e mensuração de sinais vitais (pressão arterial, batimentos, oxigenação). VPs, por sua vez, dão retorno nos grupos orientando, tirando dúvidas e registrando demandas para visitas futuras.

Tal coordenação dos cuidados gera ruídos ocasionais, principalmente acerca de quais pedidos e queixas de pacientes e familiares podem ser atendidos pela organização. Mais precisamente, há dissonâncias entre o que a Favela Compassiva pode oferecer, o que os VLS comunicam aos pacientes e familiares, e aquilo que os VPs consideram dentro de seu escopo de atuação.

Oficialmente, a Favela Compassiva dedica-se ao acompanhamento de pessoas sob “cuidados paliativos exclusivos ou predominantes”. A terminologia diz respeito a se a abordagem paliativa é acompanhada de outra menos importante no caso específico (predominante) ou se é a única implementada (exclusivo). Contudo, antes ou simultaneamente à aplicação desse critério, há debates sobre quem é admitido como paciente, quem é o alvo do cuidado (se a pessoa adoecida ou o cuidador), qual tipo de assistência (dinheiro, fraldas, remédios, cesta básica, atendimento médico) e qual o objetivo do cuidado (organização das relações de assistência, palição, alívio da sobrecarga do cuidador familiar). Desse modo, o guarda-chuva do “cuidado paliativo” e da “Favela Compassiva” é mais variável do que um critério de elegibilidade restrito poderia indicar, mas não é variável a ponto de se tornar indiferente. Em meio à diversidade de interpretações, a tarefa de *educar* o “olhar paliativo” ganha mais peso. Quando perguntado sobre a Favela Compassiva em entrevista, Alexandre (VP, enfermeiro) afirma: “Meu cerne mesmo é a educação. Minha paixão sempre foi a educação”. De fato, as reuniões antes e depois dos mutirões são ocasiões em que voluntários profissionais, geralmente os mais antigos na organização, tomam a palavra em tom didático, explicando porque tal ou qual paciente é elegível e o que fazer em situações semelhantes ao caso discutido. Marcela (VP, enfermeira) expressa o sentido educacional da organização em uma reunião pós-mutirão:

“Cada reunião é um aprendizado. E aí quando a gente vai em uma visita pra fazer uma elegibilidade do paciente pro projeto. A gente também tem que ter muita consciência, tanto o profissional quanto o voluntário local, de fato olhar praquele paciente praquele caso clínico, quando a demanda chega, pra fazer uma filtragem. Será que esse paciente realmente precisa de uma visita? Acho que o próprio voluntário local já pode fazer uma investigação, caso ele realmente ‘ah não estou com dúvida’. A gente traz pra cá. Porque a gente viu que esse paciente, por exemplo, ele super tem uma rede boa,

hoje a gente fez lá o controle de dor. Mas assim, um paciente que só talvez encaminhar pra Clínica da Família. Por que qual é nosso perfil? A gente elege pacientes que estão em cuidados paliativos predominantes ou exclusivos. Quando a gente olha pra um paciente a gente faz uma pergunta prognóstica: Será que esse paciente vai morrer em menos de um ano? Se a gente acha que ele pode morrer em menos de um ano, esse paciente é elegível pro nosso projeto. Se a gente percebe que a condição social dele vai levar, vai acelerar esse processo, ele também vai ser elegível pro nosso projeto. Então só pra gente, cada vez que a gente fizer reunião, pontuar isso pra ficar mais vivo nas nossas percepções enquanto clínico, enquanto olhar clínico, enquanto olhar de avaliação.”

Em resposta, Marcos (VP, enfermeiro) diz que nos “treinamentos”, pode ser bom “trazer a questão da elegibilidade para o voluntário local de uma forma mais simples, acessível, menos técnica.” A diferença de percepções e saberes entre voluntários locais e profissionais também se mostra visível durante as reuniões pós-mutirão. É comum que voluntárias locais permaneçam em silêncio, respondendo quando são interpeladas por alguém. Quando falam, usualmente preludiam suas opiniões com expressões como “Eu não tenho o conhecimento técnico” ou “Eu não tenho o conhecimento de vocês, mas a meu ver...” A assimetria de conhecimentos entre profissionais de saúde e seus interlocutores não é novidade, nem é algo em si negativo. Podemos pensar que a situação da Favela Compassiva é uma em que diferentes repertórios de conhecimento se cruzam e, às vezes, se chocam. Os repertórios dessas mulheres mais velhas são, muitas vezes, relativos à sua vivência no espaço da favela e aos laços sociais que lá estabeleceram.

As VLS costumam guiar suas equipes aos endereços dos pacientes, sugerindo as formas melhores de trânsito (mototáxi ou a pé) e a ordem mais apropriada de visitas a fim de otimizar o tempo. Em uma visita acompanhando a equipe de Valdete (VL), ela também nos apresentou a homens armados atuantes no varejo de drogas ilícitas que fazem posto perto da casa de uma paciente, explicando o que era a “OnG” e o que estávamos fazendo naquele lugar. O conhecimento sobre as pessoas também é valorizado e os demais voluntários costumam recorrer a elas quando querem saber algo sobre as famílias dos pacientes e suas relações que não foi discutido no momento da visita, ou quando precisam de algum tipo de

mediação. Por exemplo, após um mutirão na Rocinha, duas VPs conversavam com Joana (VL) sobre a casa de um paciente que visitaram no dia. Alana (VP, médica) pergunta: “Então, a gente achou o espaço bem bagunçado, até um pouco sujo. Será que a gente não pode fazer uma intervenção na casa?” Joana diz que vai tentar abordar o paciente “aos poucos” e ir tentando arrumar algumas coisas. Dália (VL) intervém: “Eu conheço a esposa dele, sou amiga dela. Deixa que eu falo com ela e dou um jeito.” Os laços sociais estabelecidos no espaço da favela e o conhecimento desse espaço se convertem em recursos práticos que possibilitam a atuação dos voluntários profissionais e da Favela Compassiva. Nesse sentido, quanto mais “experiente” em algum assunto, mais legítima será o posicionamento como portadora de um conhecimento.

Liduína, mulher branca de 64 anos, líder comunitária e atuante no conselho municipal de saúde, costuma falar com autoridade nas reuniões e mobiliza histórias de seu passado na Rocinha como evidência do que afirma. Quando conversamos sobre o início da Favela Compassiva, ela diz: “Sempre trabalhei como voluntária, tudo no social né. Sempre ajudando na igreja, onde eu estivesse.” Liduína mora no Rio de Janeiro desde 1979, data que trabalhou como voluntária em uma creche da Legião da Boa Vontade. Depois de terminar o primeiro grau, uma de suas tias a incentivou a fazer curso de enfermagem: “Fiz curso de técnica. Técnico é o que? Eu já dava injeção lá no Ceará com meu pai. Meu pai fazia isso. Porque lá era no interior. Lá o farmacêutico era quem cuidava de tudo e meu pai era tipo aquele que ia lá, sempre onde precisava ele tava também, tá no sangue. Aí meu pai ia lá dar injeção nos doentes que tavam em casa... Meu pai aplicava e ele me ensinou a aplicar injeção na laranja. Pra eu ajudar ele.”

Liduína é um modelo do voluntariado no envelhecimento ativo, se já houve algum. Sempre costuma falar sobre os cursos que fez ou está fazendo, orgulhosa de sua capacidade de aprender coisas novas. Está envolvida em diversas organizações voluntárias, no governo local e na sua paróquia. Seu conhecimento sobre cuidado e saúde é inegável. Todavia, enquanto acompanho a Favela Compassiva, percebo que nem todo conhecimento das voluntárias locais é imediatamente traduzível para os fins da organização. Isso não significa que elas não sejam valorizadas ou que sua experiência e prática com cuidado não seja reconhecida. Do contrário, é explicitamente elogiada e laudada como peça chave para o

funcionamento do modelo compassivo. Em inúmeras ocasiões escutei tanto as VLs quanto os profissionais de saúde comentando a capacidade e os méritos de voluntárias específicas, sempre em tom positivo. Afinal, o intuito de uma comunidade compassiva é “capacitar a comunidade para cuidar de si mesma” (Joana, VP, enfermeira).

Capacitar, portanto, não é ensinar algo que as mulheres moradoras da Rocinha e do Vidigal não sabem. Muitas delas têm suas próprias experiências cuidando de pessoas em processo de morrer, geralmente parentes próximos como mães e filhos. A capacitação se desdobra, sobretudo, como um processo de *tradução* no qual, como é típico do ato de traduzir, ocorrem ajustes, tensões e aparas. Traduzir, no sentido dado por Latour, é tornar qualquer coisa “pertinente àquilo que dizemos” sobre ela (2004, p. 156). É também, fazer com que seja conferido a um ator a “autoridade para falar ou agir em nome de outro ator” em um processo em que podem ocorrer “negociações, intrigas, cálculos, atos de persuasão e violência” (Latour e Callon, 1981, p. 279). A ambivalência moral da tradução é um traço da prática. Pode haver um desconforto em pensar que, no processo de traduzir experiências de vida e saberes formalmente (cursos de técnica de enfermagem) e informalmente adquiridos (a injeção na laranja), ocorram negociações, intrigas, cálculos e violência. Não obstante, os sujeitos envolvidos em processos de tradução não devem ser entendidos como agentes passivos de forças externas que os impõem algum tipo de “violência simbólica”. Há transações e compromissos que ultrapassam uma visão reducionista e moralista que, descuidada, poderia retratar as relações entre voluntárias locais e profissionais como uma de dominação absoluta ou conflito incontornável. No caso de Liduína e de outras voluntárias locais, um compromisso particularmente espinhoso ocorre na tensão entre assistência socioeconômica e de saúde.

É como se as tensões do “olhar paliativo” descritas por Livne (2019, p. 32) se reproduzissem: de um lado, algo como uma orientação holista, presente tanto na filosofia *hospice* da década de 1960 quanto na percepção dessas mulheres acostumadas a ajudar pessoas em necessidade, sem critérios de elegibilidade formal ou distinção analítica entre biológico, social, emocional e espiritual. De outro, as exigências reais de uma organização que, diante de tamanha demanda, não seria capaz de acolher todos aqueles que necessitam. Tal tensão é sentida também pelos voluntários profissionais que, embora em posse de um

olhar paliativo aguçado, sentem as pressões da escassez de recursos que justifica a existência da organização – preencher as lacunas do SUS e do mercado – e limita seu escopo.

Semelhante ambivalência caracteriza o repertório do envelhecimento ativo e bem-sucedido, no qual a educação e a “aprendizagem ao longo da vida” podem ser lidas como formas de reabilitar o lugar dos idosos em um mercado de trabalho que privilegia a juventude, ou mesmo recuperar seu papel social em suas comunidades onde, possivelmente, sua sabedoria e experiência seriam ignoradas. Ao mesmo tempo, podem ser interpretadas como respostas ao imperativo de acumulação do capitalismo tardio que venceu a barreira da aposentadoria, outrora conquistada como direito de descanso do trabalhador após uma vida de exploração. É essa polissemia moral que permite, por exemplo, que a capacitação das voluntárias locais na Favela Compassiva seja mobilizada por diferentes sujeitos para fins diferentes, com significados não necessariamente harmônicos.

A fala de Marcela (VP, enfermeira) acerca da necessidade de ensinar VLS a corretamente averiguar a elegibilidade de potenciais pacientes indicam, junto com outros momentos de “ensino”, para a especificidade da educação de mulheres que, ao longo de suas vidas, adquiriram competências de cuidado por meios mistos, formais e informais, sem enquadrá-los em um ou outro modelo organizacional, ou mesmo em um nicho de mercado. Estes saberes permanecem, então, como “potencial inexplorado”. Nessa noção convergem os discursos do envelhecimento ativo pelo voluntariado e as iniciativas comunitárias de saúde no fim da vida.

Segundo Kellehear, a “construção de capacidades comunitárias” é parte central da abordagem compassiva e seu objetivo é “conscientizar as pessoas de suas próprias habilidades, conhecimentos e habilidades” (2005, p. 50). A aposentadoria da geração do “baby boom” oferece, segundo especialistas, uma “oportunidade sem precedentes para acessar uma larga base de voluntários em potencial” (O’Neill, Morrow-Howell e Wilson, 2011, p. 344). Alguns chegam a calcular o valor das atividades voluntárias de idosos em cifras monetárias.<sup>16</sup> Ademais, listam-se benefícios para “aproveitar o potencial do idoso por meio do trabalho voluntário”, como por exemplo, “retirá-lo da exclusão social, devolvendo-lhe a auto-estima e ajudando-o a exercer sabiamente a sua cidadania” (Souza e Lautert, 2008, p.

---

<sup>16</sup> Johnson e Schaner (2005) estimam esse valor nos Estados Unidos em 44,3 bilhões de dólares por ano.

374). Muitos autores listam benefícios de saúde, como melhora no funcionamento cognitivo (Oliveira, 2020), e menor dependência funcional e menores níveis de depressão (Cutler, Hendricks e O'Neill, 2011, p. 227).

A história de Lourdes (VL) nos mostra outra forma de entender tal potencial e sua complexidade. Conversando sobre o curso de capacitação das voluntárias, ela me diz:

“Lourdes (VL): Foi bom, teve o curso aqui e eu aprendi uma coisa, tirei uma dúvida. Minha mãe quando ela morreu, ela tinha 93 anos, ia fazer 94 em uma semana. Ela teve problema de coração. Eu lembro quando eu vi o médico chorando! Chorando! Imagina ver o médico assim? Ele foi tentar colocar o cateter na minha mãe e não conseguiu, aí voltou e eu vi a lágrima escorrendo. Minha mãe já tava... Os órgãos tavam todos quase parando. Eu falei pra ele: 'olha pode falar pra mim, eu sou a filha mais velha, pode falar.' Aí ele me disse tudo e falou que tinha duas opções, ou entubar ou dar a injeção. A morfina né? Aí a gente falou que entubar não. Ela já tinha dito que nunca ia querer ser entubada. Aí a gente falou pra fazer a injeção. Ele falou que seria uma ou duas. Dito e feito, foi uma só. Ela viu todo mundo, o quarto dela tava cheio. Ela não conseguia falar por causa do oxigênio. O médico falou que ia tirar tudo menos o oxigênio, ela ficou sem aparelhos. Ficou minha irmã de um lado, meu irmão de outro, segurando as mãos dela. Aí ela respirou fundo e foi. Aí a equipe veio e falou 'pronto gente é isso'. Foi muito bonito sabe.

Lucas (pesquisador): E o que você aprendeu com o curso?

Lourdes (VL): Ah sim! Foi o negócio da morfina. Que eu aprendi que não é eutanásia, que era pra dar conforto, porque os órgãos dela já estavam parando. Eu fiquei com isso guardado sabe? E no curso eu aprendi que era a coisa certa. A opção que deram pra gente foi correta. Eu até liguei pra minha irmã pra falar, foi um alívio.”

Lourdes já havia cuidado de sua mãe da forma que podia e que julgava melhor. Porém, com o enquadramento simbólico do “cuidado paliativo”, reinterpretou sua relação de cuidado com a mãe como “a coisa certa”. As dificuldades éticas que sem dúvida afligem cuidadores e pessoas em processo de morrer são, em alguma medida, mitigadas na abordagem paliativa

que funciona como uma espécie de teodiceia para o sofrimento crônico. Não é “eutanásia”, algo considerado problemático para Lourdes, nem é simplesmente “deixar morrer sem fazer nada”, para parafrasear o rico trabalho etnográfico de Copelotti (2023, p. 161) sobre decisões de fim de vida. Como mostra a antropóloga, a ênfase no caráter técnico de certas decisões de tratamento no fim da vida pode servir para reforçar o benefício de não tratar ou evitar certos tratamentos que tem o potencial de causar mais sofrimento (Copelotti, 2023, p. 167). Para Lourdes, o processo de capacitação ressignificou suas decisões e seu saber acumulado de cuidado no fim da vida, conferindo alívio a uma mente angustiada.

### **Conclusão – Saber, sentir, cuidar**

Na mesma conversa com Lourdes, ela desabafa: “Mas por isso que eu falo que não quero me apegar a paciente nenhum. Porque é dolorido, né? Eu já to muito apegada a Hermínia [paciente], vou lá quinta, terça, sábado... Mas acho que é porque ela não tem ninguém sabe? Só que eu já falei que não vou me apegar não, a gente sofre. Às vezes a gente nem quer, mas a gente vê a necessidade e tem que ajudar. O coração manda.”

Me recordo de quando visitei a casa de Hermínia com Lourdes na semana anterior. No caminho, subimos vários lances de escada e Lourdes tem que parar algumas vezes, pois seu joelho dói. Ela me diz: “calma que aqui é velha, tem que ir aos poucos.” Penso então que ela faz esse caminho várias vezes por semana. O potencial de Lourdes é, sem dúvida, enorme. Sua atividade, inegável. A capacitação oferecida na forma do curso de preparação para cuidadores parece tê-la beneficiado a nível pessoal de maneira profunda. Ao mesmo tempo, pergunto-me sobre as implicações éticas que resultam da sobreposição, nem sempre fácil, do “velho cuidando de velho” com a “comunidade cuidando de si mesma”. A crítica aos discursos de saúde que responsabilizam indivíduos enquanto “cidadãos responsáveis” já foi feita (Rose, 2007). Sua aplicação ao envelhecimento também (Lamb, 2014). De fato, parece haver alguma intimidade entre a autorresponsabilidade do envelhecimento ativo, a produtividade cívica e mercantil e os imperativos de responsabilização pela própria saúde que, de algum modo, respondem à falência das configurações de cuidado estabelecidas no

passado.<sup>17</sup> Há, todavia, um enorme potencial na abordagem compassiva para a expansão de arranjos de cuidado, de modo que nem um ator ou grupo se veja demasiado onerado, como ocorre, por exemplo, com a cuidadora familiar em modelos de assistência domiciliar (Soneghet, 2020; 2022a). Não se trata de, ingenuamente, pensar um mundo em que o cuidado no fim da vida não trará nenhum efeito negativo com cansaço, frustração, raiva e tristeza. Porém, em certos contextos sociais e com modelos de organização do trabalho de cuidado adequados, pode-se imaginar um mundo em que tais efeitos não sejam acumulados nas parcelas mais vulneráveis e, caso isso ocorra, que haja mecanismos para distribuir o ônus e o bônus de cuidar.

As voluntárias locais, mulheres acima de 50 anos, em sua maioria sem ensino superior, munidas de um repertório de saber próprio conectado às atividades domésticas e de cuidado que exerceram longo de todas as suas vidas, colocam-se na posição de cuidadoras de outros membros de sua *comunidade*. A potência e a polissemia desse termo não devem ser subestimadas, porquanto evoca “modalidades de pertencimento” existencialmente satisfatórias, “um tipo de terror” que tolhe a autonomia e um “discurso governamentalizado” que facilita novas tecnologias de poder e gestão social (Delanty, 2009, p. 14, 16, 67). Semelhantemente, o envelhecimento ativo e o engajamento cívico na velhice não eliminam possíveis armadilhas já existentes em velhos arranjos e configurações, onde os que precisam também são os que doam sem receber suporte adequado. Ao mesmo tempo, possibilitam imaginar novas formas de organizar o cuidado que permitam que os que se doam também recebam e, talvez mais importante, tenham seu trabalho reconhecido e valorizado.

### Referências:

ALTOMONTE, Guillermina. **Becoming old: Independent aging and transitions in elder care in New York City**. 2020. 326p. Dissertação (Doctor of Philosophy) – The New School for Social Research, Nova Iorque, 2020.

ARIÈS, Philippe. **The hour of our death**. Nova Iorque: Vintage Books, 1981.

BECKER, Ernest. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Record, [1973] 1995.

---

<sup>17</sup> Sarah Lamb, nesse sentido, fala sobre o envelhecimento populacional como “problema de governança biopolítica” que coloca o indivíduo autorresponsável como foco das políticas públicas para os idosos (2014, p. 50).

BENGSTON, Vern L. "How Theories of Aging Became Social: Emergence of the Sociology of Aging." In: BENGSTON, Vern L.; SETTERSTEN Jr., Richard A. (eds.) **Handbook of Theories of Aging**. Nova Iorque: Spinger Publishing Company, 2016, p. 96-117.

BUCH, Elana D. Anthropology of aging and care. **Annual Review of Anthropology**, v. 44, p. 277-293, 2015.

BURY, Michael. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of health & illness**, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982.

CARRASCO, Cristina; BORDERÍAS, Cristina; TORNS, Teresa. Introducción - El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. In: \_\_\_\_\_. (Eds.). **El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas**. Madrid: Catarata, 2011, p. 13-95.

COPELOTTI, Lucía. Os fins do cuidado: processos de tomada de decisão, suportes avançados de vida e cuidados paliativos. **Anuário Antropológico**, v. 48, n. 1, p. 153-170, 2023.

CUMMING, Elaine; HENRY, William. **Growing Old: the process of disengagement**. Nova Iorque: Basic Books, 1961.

CUTLER, Stephen J.; HENDRICKS, Jon; O'NEILL, Greg. "Civic Engagement and Aging." In: BINSTOCK, Robert H.; GEORGE, Linda K. **Handbook of Aging and the Social Sciences**. Londres: Elsevier, 2011, p. 221-233.

DANNEFER, Dale. "Age, the Life Course, and the Sociological Imagination: Prospects for Theory." In: BINSTOCK, Robert H.; GEORGE, Linda K. **Handbook of Aging and the Social Sciences**. Londres: Elsevier, 2011, p. 3-16.

DAS, Veena; DAS, Ranendra K. How the body speaks: Illness and the lifeworld among the urban poor. In: BIEHL, João; GOOD, Byron; KLEINMAN, Arthur (Eds.). **Subjectivity: Ethnographic investigations**. California: University of California Press, 2007, p. 66-98.

DEBERT, Guíta Grin. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP, 2004.

DELANTY, Gerard. **Community**. Routledge, 2009.

EHRENREICH, Barbara; HOCHSCHILD, Arlie Russell (eds.) **Global Woman: Nannies, maids, and sex workers in the new economy**. Nova Iorque: Metropolitan/Owl Book, 2004.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e morrer.** Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ESTES, Carroll L.; SWAN, James H.; GERARD, Lenore E. Dominant and competing paradigms in gerontology: Towards a political economy of ageing. **Ageing & Society**, v. 2, n. 2, p. 151-164, 1982.

ESTES, Carroll L.; BINNEY, Elizabeth A. The biomedicalization of aging: Dangers and dilemmas. **The gerontologist**, v. 29, n. 5, p. 587-596, 1989.

FARIA, Nalu; MORENO, Renata (orgs.). **Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres.** São Paulo: SOF, 2010.

FAZZIONI, Natália Helou. **Nascer e morrer no Complexo do Alemão:** políticas de saúde e arranjos de cuidado. 2018. 213f. Tese (Doutorado em Antropologia) — Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Programa de pós-graduação em Sociologia e Antropologia, 2018.

FILGES, Trine et al. Voluntary work for the physical and mental health of older volunteers: A systematic review. **Campbell Systematic Reviews**, v. 16, n. 4, p. e1124, 2020.

FRASER, Nancy. Capitalism's crisis of care. **Dissent**, v. 63, n. 4, p. 30-37, 2016.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade.** Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L. **Awareness of dying.** Chicago: Aldine Publishing Company, 1965.

JOHNSON, Richard W.; SCHANER, Simone G. Value of Unpaid Activities by Older Americans tops \$160 Billion per Year. **The Retirement Project - Perspective on Productive Aging**, n. 4, 2005.

JOVIC, Emily; MCMULLIN, Julie. "Learning and aging." In: SETTERSTEN, Richard A.; ANGEL, Jacqueline L. (eds.) **Handbook of Sociology of Aging.** Nova Iorque: Springer, 2011, p. 229-244.

KELLEHEAR, Allan. **Compassionate Cities:** Public health and end-of-life care. Oxfordshire: Routledge, 2005.

KENNEDY, Brian K. "Biological Theories and Concepts." In: BENGSTON, Vern L.; SETTERSTEN Jr., Richard A. (eds.) **Handbook of Theories of Aging**. Nova Iorque: Springer Publishing Company, 2016, p. 141-145.

LAMB, Sarah. Permanent personhood or meaningful decline? Toward a critical anthropology of successful aging. **Journal of aging studies**, v. 29, p. 41-52, 2014.

LAMB, Sarah; ROBBINS-RUSZKOWSKI, Jessica; CORWIN, Anna I. "Introduction: Successful Aging as a Twenty-first-Century Obsession." In: LAMB, Sarah (ed.) **Successful Aging as a Contemporary Obsession: Global Perspectives**. New Brunswick: Rutgers University Press, 2017, p. 1-26.

LATOUR, Bruno; CALLON, Michel. Unscrewing the Big Leviathan: how actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. In: KNORR-CETINA, Karin; CICOUREL, Aaron V (Eds.). **Advances in Social Theory and Methodology: Toward an integration of Micro- and Macro-Sociologies**. Londres: Routledge e Kegan Paul, 1981, p. 277-303.

LATOUR, Bruno. **Políticas da natureza: como fazer ciência na democracia**. Tradução: Carlos Aurélio Mota de Souza. São Paulo: EDUSC, 2004, 412p.

LENOIR, Remi. "Objeto Sociológico e Problema Social." In: CHAMPAGNE, Patrick; LENOIR, Remi; MERLLIÉ, Dominique; PINTO, Louis (orgs.) **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998, p. 59-106.

LIANG, Jiayin; LUO, Baozhen. Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. **Journal of aging studies**, v. 26, n. 3, p. 327-334, 2012.

LIVNE, Roi. **Values at the end of life: The logic of Palliative Care**. Nova Iorque: Harvard University Press, 2019.

MARSHALL, Victor W. No exit: A symbolic interactionist perspective on aging. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 9, n. 4, p. 345-358, 1979.

MEYER, Madonna Harrington; PARKER, Wendy M. "The Changing Worlds of Family and Work." In: SETTERSTEN, Richard A.; ANGEL, Jacqueline L. (eds.) **Handbook of Sociology of Aging**. Nova Iorque: Springer, 2011, p. 279-296.

MORROW-HOWELL, Nancy. Volunteering in later life: Research frontiers. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 65, n. 4, p. 461-469, 2010.

O'NEILL, Greg; MORROW-HOWELL, Nancy; WILSON, Sarah F. "Volunteering in Later Life: From Disengagement to Civic Engagement." In: SETTERSTEN, Richard A.; ANGEL, Jacqueline L. (eds.) **Handbook of Sociology of Aging**. Nova Iorque: Springer, 2011, p. 333-350.

OLIVEIRA, Liliane dos Santos. **O impacto da prática do voluntariado no funcionamento cognitivo de idosos**. 2020. 60p. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade de Coimbra, 2020.

ROSE, Nikolas. **The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

ROSENTHAL, Evelyn R. "Women and Varieties of Ageism." In: ROSENTHAL, Evelyn R. **Women, Aging and Ageism**. Nova Iorque; Harrington Park Press, 1990, p. 1-6.

ROWE, John W. Successful aging of societies. **Daedalus**, v. 144, n. 2, p. 5-12, 2015.

ROWE, John W.; KAHN, Robert L. Human aging: Usual and successful. **Science**, v.237, n. 4811, p. 143-149, 1987.

\_\_\_\_\_. **Successful Aging**. Nova Iorque: Pantheon Books, 1998.

ROWE, John W.; COSCO, Theodore D. "Successful Aging." In: In: BENGSTON, Vern L.; SETTERSTEN Jr., Richard A. (eds.) **Handbook of Theories of Aging**. Nova Iorque: Springer Publishing Company, 2016, p. 613-626.

SETTERSTEN, Richard A.; GODLEWSKI, Bethany. "Concepts and Theories of Age and Aging." In: In: BENGSTON, Vern L.; SETTERSTEN Jr., Richard A. (eds.) **Handbook of Theories of Aging**. Nova Iorque: Springer Publishing Company, 2016, p. 31-49.

SONEGHET, Lucas Faial. Fazendo o melhor da vida na morte: qualidade de vida, processo de morrer e cuidados paliativos. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 5, n. 10, p. 357-382, 2020.

\_\_\_\_\_. A subjetividade corporificada nos marcos da sociologia existencial. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 21, p. 23-34, 2021.

\_\_\_\_\_. **Cuidar até a morte**: o processo de morrer em um serviço de assistência domiciliar paliativa do SUS. 2022. 381p. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022a.

\_\_\_\_\_. A normalidade crítica do cotidiano diante do adoecimento e da morte. **Anuário Antropológico**, v. 47, n. 2, p. 205-222, 2022b.

SOUZA, Luccas Melo de; LAUTERT, Liana. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 371-376, 2008.

TOWNSEND, Peter. The structured dependency of the elderly: a creation of social policy in the twentieth century. **Ageing & Society**, v. 1, n. 1, p. 5-28, 1981.

TRONTO, Joan C; FISCHER, Berenice. Toward a Feminist Theory of Caring. In: ABEL, Emily K.; NELSON, Margaret K. (eds.). **Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives**. Albany: SUNY Press, 1990, p. 35-62.

TRONTO, Joan C. **Moral boundaries**: A political argument for an ethic of care. Nova Iorque: Routledge, 1993.

WARBURTON, Jeni. "Volunteering in later life." In: TWIGG, Julia; MARTIN, Wendy (eds.) **Routledge Handbook of Cultural Gerontology**. Londres: Routledge, 2015, p. 345-352.

WATKINS-HAYES, Celeste; KOVALSKY, Elyse. "The discourse of deservingness: morality and the dilemmas of poverty relief in debate and practice." In: BRADY, David; BURTON, Linda M. **The Oxford Handbook of the Social Science of Poverty**. Londres: Oxford University Press, 2016, p.

WILLIAMSON, John B. "The Future of Retirement Security." In: BINSTOCK, Robert H.; GEORGE, Linda K. **Handbook of Aging and the Social Sciences**. Londres: Elsevier, 2011, p. 281-292.

