

Dossiê: Velhices e experimentações teórico-metodológico em antropologia

“Isso é coisa da idade”: uma análise socioantropológica do sofrimento psíquico e dos silêncios na velhice

Franciely Fernandes Duarte

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

franciely.duarte@ufrn.br

<https://orcid.org/0000-0002-7682-5063>

Maira Yasmim Silva de Medeiros

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

maira.yasmim.152@ufrn.edu.br

<http://orcid.org/0009-0005-9227-8206>

Maria Clara Lopes da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

clara.lopes.702@ufrn.edu.br

<https://orcid.org/0009-0009-6612-0543>

Maria Eduarda Pimenta Fialho Ferreira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

eduarda.pimenta.702@ufrn.edu.br

<https://orcid.org/0009-0009-4669-3475>

Vinicius Costa de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

vinicius.oliveira.123@ufrn.edu.br

<https://orcid.org/0009-0004-4821-8364>

RESUMO

Esta pesquisa analisa criticamente a saúde mental de idosos no Brasil, destacando o hiato entre as políticas públicas de cuidado integral e a realidade dos serviços de saúde. Com um enfoque socioantropológico e recorte no interior potiguar, o estudo evidencia como a velhice, culturalmente associada a estereótipos de declínio e invisibilidade, sofre um esgarçamento dos vínculos afetivos. Esse contexto gera solidão e sofrimento psíquico, frequentemente naturalizados pela lógica biomédica. Através de metodologia qualitativa com entrevistas e análise documental, identificou-se a fragilidade das redes de apoio e a falta de escuta qualificada como centrais à experiência do envelhecer. Conclui-se pela urgência de superar o modelo tecnificante, defendendo um cuidado baseado na escuta, na reconstrução de vínculos e no reconhecimento das subjetividades idosas, assegurando um envelhecimento com dignidade.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional; Saúde Mental do Idoso; Cuidado em Enfermagem; Saúde Coletiva; Sociologia da Saúde.

“That’s just an age thing”: a socio-anthropological analysis of psychic suffering and silences in old age

ABSTRACT

This research critically analyzes the mental health of older adults in Brazil, highlighting the gap between public policies of comprehensive care and the reality of health services. With a socio-anthropological approach and a focus on the countryside of Rio Grande do Norte, the study shows how old age, culturally associated with stereotypes of decline and invisibility, undergoes a “fraying” of affective bonds. This context generates loneliness and psychological suffering, often naturalized by the biomedical logic. Through a qualitative methodology with interviews and documentary analysis, the study identified the fragility of support networks and the lack of qualified listening as central to the experience of aging. It concludes with the urgency of overcoming the technicist model, advocating for care based on listening, the reconstruction of bonds, and the recognition of elderly subjectivities, thus ensuring aging with dignity.

Keywords: Population Aging; Mental Health of the Elderly; Nursing Care; Collective Health; Sociology of Health.

“Eso es cosa de la edad”: un análisis socioantropológico del sufrimiento psíquico y de los silencios en la vejez

RESUMEN

Esta investigación analiza críticamente la salud mental de las personas mayores en Brasil, destacando la brecha entre las políticas públicas de cuidado integral y la realidad de los servicios de salud. Con un enfoque socioantropológico y un recorte en el interior de Rio Grande do Norte, el estudio evidencia cómo la vejez, culturalmente asociada a estereotipos de declive e invisibilidad, sufre un “desgarramiento” de los vínculos afectivos. Este contexto genera soledad y sufrimiento psíquico, frecuentemente naturalizados por la lógica biomédica. A través de una metodología cualitativa con entrevistas y análisis documental, se identificó la fragilidad de las redes de apoyo y la falta de escucha cualificada como elementos centrales de la experiencia de envejecer. Se concluye sobre la urgencia de superar el modelo tecnicista, defendiendo un cuidado basado en la escucha, en la reconstrucción de vínculos y en el reconocimiento de las subjetividades de las personas mayores, asegurando un envejecimiento con dignidad.

Palabras clave: Envejecimiento Poblacional; Salud Mental de los Ancianos; Cuidado de Enfermería; Salud Colectiva; Sociología de la Salud.

Introdução

O Brasil atravessa um processo de transição demográfica sem precedente, no qual o envelhecimento populacional se impõe como uma das marcas do tempo presente. Em menos de meio século, a população idosa cresceu de 7 milhões para 17 milhões (Veras, 2007), movimento que, embora estatisticamente expressivo, não pode ser apreendido apenas em números, sendo fundamental refletir sobre estratégias capazes de garantir o bem-estar, a qualidade de vida e a efetivação dos direitos dessa população em processo de envelhecimento.

Ainda que existam marcos normativos, como o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que prevejam um cuidado integral, observa-se uma distância estrutural entre sua formulação e sua efetiva materialização no cotidiano social. Nesse contexto, por trás das curvas demográficas e dos discursos oficiais sobre envelhecimento ativo, anunciam-se realidades marcadas por solidão, sofrimento psíquico e invisibilidade social. Esse quadro evidencia a dissociação entre a normatividade institucional e as experiências concretas da população idosa¹, expressão de um descompasso entre norma e prática que, conforme Foucault (1979) e Arouca (2003), revela a forma como os dispositivos institucionais operam de maneira desigual no tecido social.

A luz de Paim (2008), tal cenário não se configura como uma exceção, mas expressa um padrão recorrente nas políticas sociais brasileiras. Nesse hiato, a velhice tende a ser reduzida a uma condição estritamente biológica, desconsiderando dimensões afetivas, subjetivas e relacionais do cuidado (Waldow, 1997). O sofrimento psíquico, frequente entre idosos, permanece silenciado: ocultado por estigmas, naturalizado como parte do envelhecer e negligenciado pela lógica biomédica, que raramente dá conta da complexidade de tais experiências.

Nessa direção, o que se observa não é apenas um hiato técnico, mas um hiato estrutural sustentado por formas de descaso institucional e moral, no qual determinadas vidas, como as dos idosos, passam a receber menor prioridade política e simbólica. Análise que se alinha à perspectiva de Fassin (2016), segundo a qual as sociedades contemporâneas produzem hierarquias morais que atribuem valores desiguais às vidas, definindo quais existências são mais dignas de cuidado, reconhecimento e investimento político.

¹ Utiliza-se, neste trabalho, os termos “idoso” e “velho” não como sinônimos estritos, mas como categorias distintas: o primeiro, de natureza normativa e institucional; o segundo, de caráter social e simbólico, frequentemente atravessado por estigmas e representações culturais.

Nesse sentido, torna-se fundamental problematizar a própria noção de velhice que sustenta tais políticas e práticas. Longe de constituir uma categoria natural ou meramente biológica, a velhice deve ser compreendida como uma construção social e histórica, produzida a partir de determinados contextos culturais, econômicos e políticos (Uchôa, 2003). Como aponta Debert (1999), a definição de velhice não é fixa, mas varia ao longo do tempo, estando diretamente relacionada à institucionalização da aposentadoria e à reorganização das relações de trabalho na modernidade.

Nessa perspectiva, o critério cronológico que delimita a velhice, frequentemente estabelecido a partir dos 60 anos, não possui caráter ontológico, mas administrativo, sendo utilizado como instrumento de regulação e acesso a direitos no interior das políticas públicas. A própria emergência da categoria “idoso”, tal como a conhecemos hoje, está vinculada às transformações do século XX e à consolidação de formas estatais de proteção social, que passaram a reconhecer esse segmento populacional como objeto específico de intervenção (Silva, 2008).

Neste construto, a velhice não se apresenta como uma experiência homogênea, mas profundamente atravessada por desigualdades sociais que configuram distintas condições materiais, simbólicas e afetivas de envelhecer. É nesse cenário que a fragilização dos vínculos afetivos, associada à escassez de espaços de escuta e pertencimento, passa a produzir formas sutis, porém intensas, de exclusão social. Vivida sob tais condições, a velhice pode configurar-se como um processo de esgarçamento das subjetividades, no qual o tempo adquire densidade e a vida social se rarefaz, conforme sugere Norbert Elias (2001a).

Este artigo propõe uma reflexão socioantropológica e crítica sobre a saúde mental da população idosa, tomando como ponto de partida não apenas dados e diretrizes, mas também as narrativas e vivências de idosos no interior do Rio Grande do Norte. Ao articular teoria e experiência, busca-se compreender as dinâmicas de invisibilidade e exclusão que atravessam esse grupo social e, ao mesmo tempo, reconhecer o cuidado como chave para a transformação da velhice em um tempo de escuta, dignidade e presença.

Desse modo, propõe-se percorrer, sob lentes socioantropológicas, os caminhos que ligam o envelhecimento às suas representações sociais. Parte-se da articulação entre subjetividade e cultura para compreender como a velhice é socialmente construída, muitas vezes sob a perspectiva da fragilidade e da dependência, que podem resultar em processos de exclusão. Ainda que tais dinâmicas dialoguem com o contexto brasileiro mais amplo,

esta análise se ancora empiricamente no interior do Rio Grande do Norte, buscando compreender como esses processos se concretizam em realidades locais específicas. Em seguida, adentra-se o campo do sofrimento psíquico, não apenas enquanto diagnóstico clínico, mas como expressão de processos sociais e afetivos, atravessados por perdas, rupturas de laços e marginalização. Discutem-se, ainda, as políticas públicas de saúde para a população idosa, destacando as lacunas entre as propostas e sua efetivação prática nos territórios. Por fim, enfatiza-se o papel das redes de apoio e da atuação interprofissional no cuidado à pessoa idosa.

Cartografias do envelhecer: entre culturas, imagens e estereótipos

Certamente, seria incoerente supor que o envelhecer se apresenta de forma universal. Um Yanomami² não vive a velhice como um membro da etnia africana Azande³, tampouco compreende o “estar velho” da mesma forma que um brasileiro não indígena. Envelhecer é, antes de tudo, uma experiência culturalmente situada, mediada por valores, rituais, expectativas sociais e modos de pertencimento. Se cada sociedade desenha, à sua maneira, os contornos da velhice, de onde vem, então, a insistência em uma representação homogênea, deficitária e depreciativa do envelhecimento?

Entre os Bambara⁴, povo do Mali, envelhecer é sinônimo de conquista: quem envelhece, viveu intensamente, gerou descendência, acumulou saberes e, por isso mesmo, alcançou um lugar de prestígio na estrutura social (Uchôa, 2003). Um contraste gritante com o imaginário ocidental, onde o envelhecimento é associado ao declínio. A concepção oficial de velhice, no Brasil, está presente em documentos estatais, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que define idosa a pessoa com 60 anos ou mais (Brasil, 2006). Mas, não podemos reduzir o construto da velhice a um critério meramente etário. O ser idoso é resultado de tensionamentos entre subjetividade, pressões

² Os Yanomami são um povo indígena que habita a região amazônica, entre o Brasil e a Venezuela, vivendo em grandes casas coletivas chamadas malocas. Sua organização social e suas práticas cosmológicas foram amplamente estudadas por antropólogos como Bruce Albert (2002).

³ Os Azande, povo da África Central (Sudão do Sul, República Centro-Africana e República Democrática do Congo), são conhecidos por suas concepções sobre bruxaria, oráculos e adivinhação, estudados de maneira clássica por Evans-Pritchard (1937).

⁴ Os Bambara, grupo étnico do Mali, na África Ocidental, tradicionalmente agricultores, valorizam a velhice como símbolo de prestígio e sabedoria acumulada, associando-a ao papel social dos anciãos. Estudos etnográficos destacam seus sistemas de linhagem e rituais de iniciação.

sociais e culturais e econômicas que, não raro, produzem e reproduzem imagens estereotipadas da velhice.

É oportuno retornar ao olhar de Norbert Elias (2001a; 2001b), cuja abordagem, embora marcada por reducionismos em relação à complexidade do envelhecer, ainda nos diz muito sobre a velhice. O autor citado (2001b) observa que os mais jovens, ao olharem para os idosos, o fazem a partir de uma perspectiva limitada. Falta-lhes, portanto, repertório vivencial e cultural para interpretar a velhice para além das lentes do declínio, restando, assim, os discursos biologizantes — fragilidade, degeneração física, perdas cognitivas — que reduzem o idoso a um corpo em processo de apagamento.

É nesse construto que a complexidade da existência na velhice, especialmente nas sociedades ocidentais, é encoberta por “bioesteriótipos”⁵ que restringem o envelhecer a um processo meramente fisiológico, silenciando as subjetividades que o atravessam. Assim, o biológico não apenas engendra estereótipos, mas também dissimula o desamparo social. A perda de memória, a lentidão nos gestos, o silêncio prolongado, tudo é enquadrado como declínio natural, quando, em muitos casos, são expressões de um envelhecer solitário, sem presença, escuta e pertencimento.

Entre produtividade e invisibilidade: o idoso na lógica neoliberal

A biologia, por si só, não define os contornos simbólicos da velhice (Debert, 1999). Para compreendê-la em sua complexidade, é necessário considerar o papel histórico e social do capitalismo na construção das representações do envelhecimento. A centralidade da produtividade como medida de valor social não é um fenômeno recente, remontando à consolidação da modernidade industrial (Marx, 1980). Contudo, em sua fase neoliberal, essa lógica se intensifica, fazendo com que o indivíduo seja cada vez mais avaliado por sua capacidade de produzir e, sobretudo, por sua permanência no mercado de trabalho (Dardot; Laval, 2016).

Nesse contexto, para Minayo (2006a), o valor social do sujeito passa a ser condicionado à sua produtividade, de modo que ele vale aquilo que produz — e apenas enquanto produz. Assim, os mais velhos, ao se afastarem do trabalho formal ou ao terem

⁵ O termo bioesteriótipo refere-se a estereótipos construídos a partir de discursos biológicos ou biomédicos, que reduzem a velhice a um processo de declínio físico e cognitivo. Essa noção evidencia como marcadores biológicos (lentidão, fragilidade, perda de memória) são transformados em categorias sociais depreciativas, legitimando formas de exclusão e invisibilidade dos idosos (Minayo, 2006; Debert, 1999).

suas capacidades produtivas reduzidas, tendem a ser socialmente desvalorizados, frequentemente percebidos como um “peso” para o sistema. Motta (2002) aprofunda essa crítica ao apontar que, sob o olhar do capital, os idosos são sujeitos que, por não produzirem, não pertencem à sociedade.

No entanto, essa realidade apresenta-se de maneira ambivalente. Se, por um lado, o idoso é desvalorizado pela lógica neoliberal em função de sua saída do mercado formal de trabalho, por outro, ele ocupa um papel central na reprodução social das famílias. Em muitos contextos, especialmente em situações de vulnerabilidade, aposentadorias, pensões e benefícios sociais constituem fontes fundamentais de renda, além do exercício do cuidado intergeracional, sustentando redes familiares inteiras.

Laços frágeis, vidas longas: a velhice na modernidade

Para além do valor econômico, observa-se, na contemporaneidade, uma reconfiguração do espaço social ocupado pelo idoso. Essa dinâmica é tratada por Elias (2001b), ao analisar como as transformações próprias da modernidade deslocam os lugares anteriormente atribuídos aos mais velhos nas sociedades tradicionais. Segundo Elias (2001b), enquanto, nas formações pré-industriais, os idosos permaneciam integrados à vida familiar e comunitária, ocupando posições simbólicas e afetivas relevantes, na modernidade industrializada a velhice passa a ser frequentemente vivenciada sob a marca do afastamento e da solidão.

Não se trata, contudo, de uma simples oposição entre individualidade e vida em comunidade, mas de um deslocamento histórico nas formas de sociabilidade. As sociedades modernas passam a se estruturar em torno de indivíduos mais autônomos, porém inseridos em redes de relações mais frágeis e menos duradouras. A esse processo, Elias (2001a) denomina “esgarçamento de laços”. Trata-se de uma separação gradual e muitas vezes imperceptível, que tende a deslocar os idosos para posições periféricas na vida social, como se sua presença já não encontrasse lugar no enredo coletivo.

Nesse contexto, ganha força a interiorização de narrativas associadas à inutilidade, improdutividade e declínio. O idoso, atravessado por essas construções sociais, pode passar a percebê-las como expressão de sua própria condição, diluindo as fronteiras entre o que é socialmente produzido e o que é subjetivamente vivido. Esse movimento contribui para a experiência da chamada “morte social”, na qual o sujeito, embora biologicamente vivo, vê reduzido seu reconhecimento e pertencimento social.

Tal fenômeno se intensifica nas configurações sociais contemporâneas. Ainda que vivamos sob a aparência de uma hiperconectividade — mediada, sobretudo, pelas redes sociais —, muitas dessas interações se mostram superficiais e incapazes de substituir vínculos afetivos consistentes. Assim, ao “fechar o feed”, o sujeito se depara com uma experiência de solidão que evidencia o esgarçamento dos laços sociais. Na velhice, essa condição torna-se ainda mais evidente, à medida que há retração das redes de convivência e diminuição das interações sociais significativas.

Entre o eu e a norma: a produção social da subjetividade na velhice

Ao valor singular e pessoal que é dado aos fenômenos, dá-se o nome de subjetividade. No entanto, seria ingenuidade considerar a subjetividade como algo meramente individual. Na perspectiva de autores contemporâneos, a subjetividade se confronta e se entrelaça com os valores sociais (Gonzalez, 2005; Dreyfus; Rabinow, 1995; Bourdieu apud Ortner, 2007). Para Bourdieu (1974), os sujeitos são moldados pelas estruturas sociais, as quais orientam seus modos de agir, pensar e sentir — um conjunto que ele denomina *habitus*. Assim, aquilo que era para ser individual, é construído por questões sociais, culturais e econômicas.

Dubet (1994) nos convida a pensar a subjetividade não apenas como uma essência interior ou expressão autônoma do indivíduo, mas como resultado de um processo de construção no qual os sujeitos produzem sentidos sobre si mesmos a partir das experiências vividas em contextos sociais. No contexto do envelhecimento, a subjetividade se constrói à medida que a passagem do tempo e a reconfiguração dos papéis sociais demandam dos idosos um constante trabalho de reinvenção de si, revelando como o “ser idoso” é atravessado por normas, desigualdades e expectativas sociais que desafiam a construção de sentidos pessoais no envelhecimento.

Compreendemos aqui as subjetividades em ruínas como a diluição das fronteiras entre o “eu” íntimo e as imposições que moldam a identidade no envelhecer. As pressões sociais, culturais e econômicas não apenas delimitam o que se espera do idoso, mas também produzem um modelo normativo de como ele deve existir. Esse processo restringe a expressão autêntica da subjetividade, tornando difícil distinguir o idoso daquilo que ele se torna em função das exigências externas. Assim, a velhice é homogeneizada e, conforme Birman (2006) perde suas marcas singulares e seu estilo próprio de existir na

tentativa de se encaixar em um modelo ideal de existência, reproduzindo formas de ser que não lhe pertencem.

Sofrimento e silêncio: a experiência psíquica da velhice

Da mesma forma que o envelhecimento configura-se como um fenômeno multifacetado, ultrapassando a esfera biológica, o sofrimento psíquico na velhice não pode ser compreendido como consequência natural e inevitável da passagem do tempo, mas como expressão das condições sociais e culturais às quais os idosos estão inseridos. Aqui, a solidão não se limita a ausência de companhia, mas refere-se à perda de reconhecimento e a fragilização de vínculos significativos, aproximando-se do entendimento de Elias (2001a), que define a solidão como a experiência de estar entre outras pessoas, mas sem ser reconhecido ou valorizados por elas: “Solidão inclui também uma pessoa em meio a muitas outras para as quais não tem significado, para as quais não faz diferença sua existência, e que romperam qualquer laço de sentimentos com ela” (Elias, 2001a, p.40).

Importa destacar, contudo, que a solidão não constitui um fenômeno exclusivo da velhice. Ela está profundamente relacionada às dinâmicas da modernidade, que tendem a produzir vínculos mais frágeis e relações sociais menos duradouras. No entanto, na velhice, esse fenômeno se intensifica, em razão da redução das redes de convivência, da perda de papéis sociais e do enfraquecimento dos vínculos afetivos, tornando mais evidente uma condição que, em alguma medida, atravessa toda a sociedade.

Além disso, como aponta Mirian Goldenberg, “É muitas vezes por meio do olhar do outro que o indivíduo se percebe um velho” (Goldenberg, 2011, p. 9). Quando esse olhar social é atravessado por estigmas e preconceitos, ele passa a limitar a forma como a pessoa idosa se percebe, contribuindo para a internalização de sentimentos de exclusão, invisibilidade e não pertencimento. O sofrimento psíquico, nesse sentido, não é produto do tempo em si, mas das relações sociais que desvalorizam e marginalizam aqueles que envelhecem.

Observa-se que a sociedade ainda mantém um olhar depreciativo sobre a velhice, reforçando estereótipos que associam o envelhecimento à incapacidade e ao declínio. Goldenberg (2011) evidencia que a tristeza e a solidão vivenciadas por muitos idosos não decorrem exclusivamente do envelhecer, mas refletem, sobretudo, a maneira como são socialmente percebidos e tratados.

O preconceito e a discriminação contra a melhor idade contribuem para a marginalização desse grupo, dificultando seu acesso a oportunidades, à saúde e a espaços de convivência social. Além disso, a solidão, presente no cotidiano do idoso, atua como fator agravante do sofrimento psíquico, interferindo na sua saúde mental. Somado a isso, o afastamento das redes afetivas e a dissolução de vínculos familiares constituem pilares importantes para compreender o sofrimento emocional na velhice. Muitos idosos, mesmo quando não vivem sozinhos, sentem-se abandonados: trata-se de uma solidão relacional, resultando na escassez das interações sociais significativas e na ausência de espaços para compartilhar memórias, afetos e desejos.

Essa solidão relacional ocorre em função da reconfiguração das dinâmicas familiares, do enfraquecimento dos vínculos sociais e da desvalorização da velhice em uma sociedade centrada na produtividade. Esses fatores contribuem para a invisibilização das necessidades afetivas dos idosos, resultando na escassez de interações sociais significativas e na ausência de espaços de escuta, troca e reconhecimento.

Alinhado com essa perspectiva a vida moderna, com jornadas exaustivas de trabalho, mudanças na configuração familiar e o hiperindividualismo, contribui para que os idosos sejam isolados em seus lares ou em instituições. E o que é mais grave: quando expressam sofrimento, nem sempre são levados a sério. Frases como “isso é coisa da idade” ou “você está assim porque está ficando velho” ilustram como a angústia emocional na velhice é, frequentemente, invisibilizada. Tal postura dificulta o cuidado, pois naturaliza o sofrimento e retira dele qualquer possibilidade de enfrentamento e superação, perpetuando um ciclo silencioso de abandono emocional.

A abordagem predominante na saúde mental dos idosos revela um modelo biomédico que privilegia a medicalização dos sintomas e o controle de comportamentos desviantes, negligenciando o aspecto integral do cuidado. Enquanto deveria haver espaço para a escuta qualificada e o acolhimento das narrativas pessoais, muitos idosos em aflição emocional são encaminhados diretamente ao uso de psicofármacos, sem que lhes seja oferecida a oportunidade de expressar medos, perdas ou expectativas.

Contudo, esse fenômeno não ocorre da mesma forma em todas as camadas sociais. Nas classes médias e altas, observa-se maior acesso a serviços privados, capital cultural e redes de apoio, enquanto nas classes populares há uma dependência direta do Sistema Único de Saúde (SUS) e maior exposição à precariedade e isolamento. Embora o sofrimento psíquico atravesse diferentes classes sociais, ele se reconfigura conforme as condições materiais, o acesso a serviços e as redes de apoio disponíveis, evidenciando que

o processo de envelhecimento é heterogêneo e que as possibilidades de enfrentamento variam significativamente entre a rede pública e a privada.

Além disso, não raro os profissionais carecem de preparo específico para compreender as singularidades da velhice, o que contribui para um atendimento padronizado, frio e desumanizado. Como consequência, o sofrimento desses sujeitos se intensifica, pois não são vistos, não são conhecidos, não são escutados — elementos essenciais para qualquer processo terapêutico eficaz. Dessa forma, embora o envelhecimento costuma ser associado ao declínio físico, o sofrimento psíquico na velhice vai além dos diagnósticos clínicos — trata-se de uma experiência existencial e social marcada pela ruptura de vínculos, ausência de escuta e perda do sentido da vida.

Como aponta Zanatta; Santana; Domingos; Davico; Santos (2021) esse sofrimento manifesta-se a partir de vivências acumuladas ao longo da vida, envolvendo fragilidades emocionais e contextos de desamparo que raramente são legitimados socialmente. Quando os idosos enfrentam essa etapa da vida em ambientes de exclusão e sem apoio psicossocial, a dor subjetiva — silenciosa e invisível — se intensifica, exigindo abordagens de cuidado mais humanas e integradas às políticas públicas, capazes de reconhecer e acolher a singularidade da pessoa idosa.

A chamada “morte social” antecede a morte física e se constrói quando o sujeito não é mais reconhecido em sua autonomia, quando é tratado como incapaz ou invisível em seu meio. O sentimento de inutilidade, agravado pela ausência de vínculos significativos e pela desvalorização de sua experiência de vida, pode gerar o esvaziamento do desejo de viver. Assim, há a necessidade de um cuidado que ultrapasse a abordagem biomédica, valorizando a escuta, o reconhecimento da história pessoal e a reconstrução de vínculos afetivos, promovendo a dignidade e o bem-estar na velhice. Lima; Souza; Pinheiro; Ciriaco; Lima; Silva (2020) evidenciam, de modo alarmante, como a negligência afetiva, os maus-tratos e a ausência de escuta podem levar o idoso a um estado de desesperança extrema, muitas vezes culminando no suicídio.

Evidências epidemiológicas reforçam a gravidade desse cenário. No Brasil, a taxa de suicídio entre idosos é significativamente superior à da população geral, evidenciando a magnitude do sofrimento psíquico nesse grupo etário e sua relevância como problema de saúde pública (Santos; Giusti; Yamamoto; Ciosak; Szyt, 2021). Estudos também apontam que fatores como solidão, isolamento social, perdas afetivas, depressão e ausência de rede de apoio estão diretamente associados ao comportamento suicida em

idosos, sendo potencializados por contextos de negligência afetiva e ausência de escuta qualificada (Santos; Giusti; Yamamoto; Ciosak; Szylit, 2021).

Por conseguinte, fatores como a institucionalização sem acolhimento adequado, medicalização do sofrimento psíquico na velhice, compreendida não apenas como o uso ampliado de psicofármacos, muitas vezes prescritos de forma indiscriminada ou sem acompanhamento longitudinal adequado, mas também como a redução de experiências subjetivas a sintomas clínicos, assim como a escassez de espaços de convivência e expressão simbólica, dificultam a construção de novos sentidos.

Nesse contexto, a medicalização excessiva, não se refere apenas a um aumento quantitativo do uso de medicamentos, mas a um processo qualitativo no qual a escuta, o diálogo e a compreensão das dimensões psicossociais do envelhecimento são frequentemente substituídos por intervenções farmacológicas. Tal perspectiva dialoga com as reflexões de Michel Foucault (2008) acerca dos modos pelos quais saberes e práticas institucionais produzem formas de controle e normatização dos corpos e subjetividades.

Alinhado com essa narrativa, segundo Zanatta; Santana; Domingos; Davico; Santos (2021), a abordagem da saúde mental dessa população precisa ir além da lógica biomédica e incorporar estratégias que valorizem a escuta, o reconhecimento de suas histórias e a reconstrução de vínculos afetivos. Nessa perspectiva, o cuidado deve ser entendido como ato relacional, que considera o idoso como sujeito de direito, de desejos e de memórias, e não como um corpo que precisa ser apenas contido ou medicado.

O fortalecimento das redes familiares e comunitárias, bem como a promoção de espaços de convivência e valorização simbólica, como indica Lima; Souza; Pinheiro; Ciriaco; Lima; Silva (2020) são fundamentais para a prevenção do sofrimento psíquico grave e do suicídio na velhice. Relações afetivas genuínas, apoio social de qualidade e atendimento psicológico humanizado são pilares para reconstituir o sentimento de pertencimento, a autoestima e o desejo de viver entre os idosos. O cuidado, precisa ser ressignificado: não se trata apenas de assegurar a sobrevivência física, mas de promover condições para que o envelhecer seja também um tempo de dignidade, escuta e reconhecimento. Embora o Estatuto da Pessoa Idosa assegure formalmente direitos como dignidade, saúde integral e convivência familiar e comunitária, a literatura sociológica, como bem apontada por Duarte (2017; 2021) e a experiência empírica, evidenciam que tais garantias não se realizam de forma homogênea no cotidiano. Nesse sentido, é

fundamental distinguir entre direito formal inscrito no plano jurídico e direito vivido, que se concretiza (ou não) nas práticas institucionais e nas relações sociais.

A contribuição de Didier Fassin (2016) é particularmente relevante aqui. Ao discutir o “valor desigual das vidas”, o autor demonstra que, mesmo em contextos marcados pelo reconhecimento universal de direitos, as sociedades produzem hierarquias morais e políticas que fazem com que determinadas vidas sejam mais protegidas, cuidadas e reconhecidas do que outras.

Aplicado ao campo do envelhecimento, isso significa que, embora exista uma base normativa robusta, a efetivação do cuidado como dignidade, escuta e reconhecimento permanece desigual, especialmente quando atravessada por marcadores como classe, raça, gênero e inserção social. Assim, a necessidade de ressignificar o cuidado não decorre da ausência de previsão legal, mas da insuficiência de sua materialização concreta, sobretudo no que se refere à saúde mental e à construção de vínculos sociais. Trata-se, portanto, de deslocar o debate do plano normativo para o plano das práticas sociais, onde se evidenciam os limites das políticas públicas em garantir, de fato, o envelhecimento com dignidade.

Velhice, exclusão e cuidado: limites das políticas de saúde

A proclamação da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) destaca-se como um importante marco político e social, com o objetivo de orientar os cuidados oferecidos à população idosa em nível global. Entre as áreas de ação propostas, ressalta-se a necessidade de serviços de saúde voltados para o cuidado integral da pessoa idosa, respeitando todas as suas dimensões, sejam elas sociais, físicas ou mentais.

Entretanto, a homogeneidade das políticas públicas voltadas para a saúde da pessoa idosa é preocupante. A velhice é frequentemente vista como uma fase de declínio físico, caracterizada por uma “ausência de papéis sociais” (Debert, 1999). Assim, mesmo que o discurso político promova a ideia de um cuidado integral, na prática o que se observa é a manutenção de um modelo fragmentado e biomédico, que invisibiliza questões de extrema importância, como a saúde mental, resultando em problemas como solidão, sofrimento psíquico e exclusão social. Tal cenário gera uma desassistência que compromete o envelhecimento saudável, evidenciando a necessidade de avaliação crítica das políticas públicas.

A Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são iniciativas que visam garantir os direitos dos idosos, assegurando “condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Lei nº 8.842, Política Nacional do Idoso). Contudo, as ações dessas políticas concentram-se nas questões biológicas da pessoa idosa, abordando escassamente ou mesmo ignorando o cuidado com a saúde mental, desconsiderando o envelhecimento como um fenômeno social e cultural, marcado pelas subjetividades dos indivíduos (Brasil. Ministério da Saúde, 2007).

Sob essa perspectiva, embora a velhice seja biologicamente previsível, ela é também um fenômeno moldado pela sociedade e situado historicamente (Martins; Schier; Erdmann; Albuquerque, 2007). As ações voltadas para o envelhecimento têm seu foco na preservação dos corpos físicos e na longevidade dos indivíduos, reduzindo os custos sociais do envelhecimento, mas desconsiderando aspectos fundamentais, como vínculos afetivos, saúde mental e participação social. A abordagem de universalização das políticas públicas, que busca atender a todos igualmente, ignora as acentuadas disparidades sociais e territoriais presentes no Brasil.

Em comunidades menos favorecidas, os idosos enfrentam não apenas a falta de serviços especializados em saúde mental, mas também a escassez de profissionais capacitados para identificar e lidar com os problemas emocionais associados ao envelhecimento. Nesse contexto, a lógica da equidade abordada por essas políticas está longe de ser efetiva, permanecendo como um conceito especulativo, pouco materializado em ações concretas.

Além disso, a construção social do envelhecimento no Brasil perpetua o preconceito de que o idoso, por não ter mais capacidade de gerar renda, não é digno de investimentos consideráveis na área da saúde (Minayo, 2006a). Essa visão simplificada intensifica a exclusão e o descuido. Como resultado, perpetua-se um ciclo de invisibilidade e angústia, tornando o cuidado integral uma meta distante, ainda que proclamada em documentos oficiais e políticas públicas.

Envelhecimento, cuidado e práticas profissionais

A partir de uma análise crítica foucaultiana, compreende-se que esses mecanismos institucionais não servem apenas como garantias, mas também como métodos de controle biopolítico — representando como o Estado moderno regula a vida através da

administração dos corpos e comportamentos (Foucault, 2008). Nesse cenário, o processo de envelhecimento é gerenciado por padrões que priorizam a autonomia funcional, a produtividade e a autossuficiência. Assim, uma narrativa sobre “envelhecimento ativo” se torna uma exigência normativa, o que pode marginalizar diversas experiências vivenciadas, especialmente aquelas marcadas pela dependência, sofrimento e exclusão.

O idoso é transformado em um objeto de gestão epidemiológica, sendo rotulado como “paciente crônico” ou “consumidor de recursos”, enquanto sua subjetividade e angústia emocional continuam a ser negligenciadas. Essa configuração enfatiza a necessidade urgente de uma análise aprofundada do modelo atual, questionando até que ponto o discurso da integralidade é aplicado nas políticas e práticas de cuidado.

Portanto, com base no pensamento supracitado, implementar políticas públicas efetivas para os idosos é um desafio que precisa ser superado. Mesmo que existam normas com validade formal e ética, elas devem ser validadas na prática, deixando de se restringir ao papel. Um dos maiores impasses é a falta de interesse e conhecimento sobre o assunto, resultando em uma lacuna de cuidados durante o processo de envelhecimento. Isso culmina na escassez de financiamento, na ausência de articulação intersetorial e na fragilidade das redes de atenção psicossocial, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade social.

Entre vínculos e cuidados: a atuação da enfermagem na velhice

Analisar a enfermagem para além do tecnicismo é compreender que o cuidado não abrange apenas a ação, mas se estende às relações. Segundo Matumoto; Olieveira; Vieira (2018), a figura do profissional da enfermagem, nesse contexto, assume o papel de unir o paciente e as múltiplas camadas de suporte que o cercam. Contudo, problemáticas relacionadas à fragmentação da assistência, aos estigmas associados ao envelhecimento e à centralidade no modelo biomédico ainda obscurecem as potências da enfermagem como promotora de redes de apoio integradas e comunitárias.

A partir dessa premissa, não é possível desvincular que, em muitas famílias brasileiras, o indivíduo idoso ainda é visto como uma perspectiva de “problema a ser administrado”, cabendo à enfermagem a atuação como mediadora dos conflitos e reorganizadora das funções familiares e comunitárias no cuidado. Simultaneamente, faz-se necessário analisar como promover um cuidado integral sem compreender a

complexidade dos vínculos sociais que sustentam — ou fragilizam — o processo de envelhecimento (Matumoto; Oliveira; Vieira, 2018).

Cabe destacar que, embora a enfermagem desempenhe papel estratégico no cuidado à pessoa idosa — especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde —, não se pode atribuir a esse campo profissional a responsabilidade exclusiva pela mediação de conflitos familiares ou pela reorganização das redes de cuidado. No contexto do SUS, o cuidado ao idoso é concebido como uma prática multiprofissional e intersetorial, envolvendo diferentes categorias da saúde, da assistência social e do sistema de garantia de direitos.

Nesse sentido, existem dispositivos institucionais formais para o enfrentamento de situações de negligência e violência, como a notificação compulsória, o encaminhamento para serviços socioassistenciais, a atuação do Ministério Público e dos Conselhos da Pessoa Idosa. No entanto, a existência desses mecanismos não assegura, por si só, sua efetivação no cotidiano dos serviços. Persistem fragilidades estruturais — como a sobrecarga das equipes, a insuficiente articulação intersetorial e a limitação de recursos — que comprometem a resposta institucional e evidenciam uma distância entre os dispositivos normativos e sua operacionalização concreta. Dessa forma, a responsabilidade pelo cuidado e pela identificação de situações de vulnerabilidade não é exclusiva da enfermagem, mas compartilhada entre diferentes profissionais e setores, cabendo à enfermagem um papel relevante, porém não isolado, na articulação do cuidado e na visibilização das demandas no território.

O cuidado à pessoa idosa é um processo que exige presença, escuta ativa e negociação entre os sujeitos. A partir desse pressuposto, o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde (APS), por sua proximidade com os territórios e, conseqüentemente, com as famílias desses idosos, encontra-se em posição privilegiada para identificar os fluxos de cuidado informais, detectar sobrecargas, articular recursos e potencializar o que se convencionou chamar de rede de apoio — esse entrelaçamento de indivíduos, instituições e vínculos que corroboram para o bem-estar do idoso em sua vida cotidiana. Entretanto, essa rede, em algumas circunstâncias, é precária ou até mesmo inexistente, situação em que as famílias, por diversas vivências socioestruturais, se abstêm da atividade de cuidado para com esses idosos (Rodrigues; Fhon; Lima, 2021).

A abstração de que o cuidado do idoso é responsabilidade restrita apenas ao núcleo familiar precisa ser tensionada. Em muitos casos, o idoso torna-se isolado ou institucionalizado como forma de conflitos familiares. Diante dessa narrativa, as equipes de saúde, em particular as da Estratégia Saúde da Família (ESF), têm o desafio de mediar

esses vínculos, com o objetivo de reduzir os danos produzidos pelas redes disfuncionais. Nessa perspectiva, cabe à enfermagem criar espaços de escuta e mediação que não culpabilizem, mas sim empoderem todos os envolvidos no cuidado — inclusive o idoso (Brasil. Ministério da Saúde, 2007).

No que tange ao potencial da consulta de enfermagem, segundo Rodrigues; Fhon; Lima (2021) é possível analisá-la como um espaço de escuta, construção de vínculos e ativação de redes de suporte, ainda pouco explorado. Muitas vezes, a prática limita-se à coleta de sinais e sintomas, negligenciando os determinantes interligados aos aspectos sociais, afetivos e ambientais que perpassam o envelhecer.

Em contrapartida, quando desempenhada com intencionalidade ampliada, a consulta permite identificar vínculos frágeis, cuidadores invisíveis, situações de negligência e até violência, tornando-se um instrumento crucial para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares. Cabe ao enfermeiro, nesse espaço, direcionar a melhor conduta de cuidados com a família, orientar sobre o uso correto de medicamentos e construir planos realistas para o autocuidado do idoso (Rodrigues; Fhon; Lima, 2021).

O cuidado do idoso necessita mais do que prescrição médica e monitoramento de suas patologias. Requer planejamento coletivo, articulação intersetorial e ações que transcendam os perímetros da Unidade Básica de Saúde. A partir dessa premissa, a clínica ampliada, proposta pelo SUS, busca instigar os profissionais a co-construírem, com o idoso e sua rede de cuidado, propostas terapêuticas que incluam não só diagnósticos médicos, mas também demandas psicossociais (Brasil. Ministério da Saúde, 2007).

A corresponsabilização, dentro dessa perspectiva, é um imperativo. O idoso não é um receptor passivo, mas um sujeito ativo na delimitação e construção de sua órbita de cuidado. Ao reconhecer essa perspectiva, a enfermagem pode promover a autonomia do sujeito e auxiliar no sentido de pertencimento às redes de apoio – uma das formas de resistir à desumanização e ao abandono (Rodrigues; Fhon; Lima. 2021).

Entre políticas e lacunas: humanização, saúde mental e o cuidado à pessoa idosa

Como narrado por Benevides e Passos (2005), não é o bastante apenas escrever políticas, é necessário enraizá-las nos modos de fazer cuidado nos territórios em que os indivíduos envelhecem. E é a partir desse olhar crítico que o discurso da humanização colide com as práticas institucionalizadas, que ainda são conjunturas desenvolvidas sob uma óptica biomédica, fragmentada e sem aderir uma escuta ativa. Sendo assim, a Política

Nacional de Humanização (PNH), por exemplo, surge como um alvitre que convoca trabalhadores e gestores do SUS e a identificar o outro como sujeito de direitos, e protagonista de sua trajetória de cuidado. Nesse horizonte, termos como autonomia e vínculo se tornam palavras-chave que deveriam atravessar todos os espaços de atenção à saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2007).

No entanto, a perspectiva mais comum é a inversão dessa lógica. Desse modo, a Política Nacional de Saúde Mental, por sua vez, surge como um avanço ao interceder pela desinstitucionalização e a atenção psicossocial como estratégias cruciais para o cuidado integral. Todavia, ao indagarmos sua funcionalidade junto à população idosa, analisamos a persistência de lacunas profundas (Santos; Vasconcelos, 2018). Entre elas, podemos citar a invisibilidade da velhice nos projetos terapêuticos. Ademais, quando o sofrimento do sujeito é reduzido a idade, o cuidado torna-se distante e o sofrimento, oculto. Situação que exemplifica Amarante e Torre (2017), ao afirmarem que saúde mental ainda resiste em assumir a multiplicidade das formas de adoecer, em especial, aquelas que não gritam, mas se silenciam.

A Política Nacional da Pessoa Idosa, por sua vez, traz uma sucessão de diretrizes com o objetivo central, de garantir direitos, à participação cidadã e à promoção do envelhecimento ativo. No entanto, a intersetorialidade que ela propõe permanece, muitas vezes, apenas no papel, assim como é exposto no livro “Cidadão de Papel” do escritor Gilberto Dimenstein (1994). Dentro dessa perspectiva, é corriqueira a falta de equipamentos públicos especializados, número de profissionais inadequados e a falta de redes articuladas entre saúde, assistência e cultura. O que sobra, em contrapartida, é a responsabilização da família — quase sempre precarizada — e a solidão institucionalizada daqueles que envelhecem nas periferias do sistema (Brasil. Ministério da Saúde, 2007).

Ademais, é necessário analisar criticamente essas políticas perpassando não apenas o que elas propõem, mas também as conjunturas do que elas silenciam. Principalmente, quando se trata de um país, como o Brasil, ao qual é marcado por desigualdades estruturais, onde o acesso ao cuidado é limitado e o processo do envelhecimento é vivenciado de maneira profundamente desigual e singular para cada indivíduo. Sendo assim, as políticas públicas necessitam ir além da normatividade, instituídas como instrumentos de transformação completa, capazes de acolher as subjetividades que resistem à homogeneização da velhice.

Portanto, como é exposto por Ayres (2004), um sistema de saúde que não conceitua os sujeitos em sua complexidade existencial e simbólica não é apenas ineficaz — ele é

excludente. E a exclusão, neste caso, não ocorre por erro na esfera do Poder Legislativo, mas por excesso de negligência. Desse modo, pensar a enfermagem como agente de redes é reconhecer que o cuidado é um dever e não um favor. E que esse direito necessita ser garantido em todas as esferas sociais.

Contudo, na concretude, é importante reconhecer que a realidade enfrenta limites estruturais significativos. Embora existam experiências exitosas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Saúde Mental — como unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) que realizam busca ativa qualificada, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com forte atuação intersetorial e grupos de convivência de idosos — essas iniciativas ainda são pontuais e desigualmente distribuídas. Tal fragmentação reforça a distância entre o ideal normativo e a realidade cotidiana dos serviços. Portanto, admite-se que tais práticas são, infelizmente, experiências não hegemônicas, frequentemente cerceadas por baixos índices de cobertura e pelas disparidades regionais que ainda marcam o acesso à saúde no Brasil.

No que se refere à atenção especializada, cabe reconhecer que a rede pública de saúde no Brasil prevê e, em certa medida, estimula o acesso à geriatria, especialmente nos níveis secundário e terciário de atenção. No entanto, esse acesso ainda é limitado e desigualmente distribuído no território nacional, sendo insuficiente para responder à complexidade e à magnitude do envelhecimento populacional. Além disso, a centralidade exclusiva na abordagem médica especializada pode, em determinados contextos, reforçar processos de patologização e medicalização da velhice, reduzindo a experiência do envelhecimento a dimensões estritamente biológicas.

Nesse cenário, a ênfase na enfermagem — particularmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde — não implica a desvalorização da geriatria, mas a compreensão de que o cuidado ao idoso demanda uma abordagem ampliada, contínua e territorializada. Inserida no cotidiano dos serviços e na proximidade com os usuários e suas famílias, a enfermagem ocupa posição estratégica na articulação do cuidado, na identificação precoce de vulnerabilidades e na construção de vínculos, aspectos que frequentemente escapam ao modelo centrado na especialidade médica.

Assim, a tensão entre diferentes racionalidades do cuidado não deve ser interpretada como uma oposição entre campos profissionais, mas como expressão dos limites de um modelo ainda fortemente biomédico. O desafio, portanto, não reside em substituir a geriatria pela enfermagem, mas em integrar saberes e práticas de modo a superar a

fragmentação do cuidado, reconhecendo que o envelhecimento não pode ser plenamente compreendido nem atendido a partir de uma única perspectiva disciplinar.

Dos métodos e experiências do envelhecimento

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa, descritiva e reflexiva, centrada na compreensão do fenômeno do sofrimento psíquico e da solidão na velhice a partir da experiência de idosos e profissionais da saúde no interior do Rio Grande do Norte. A escolha pelo contexto interiorano se justifica pela relevância de observar contextos locais de atenção à saúde da população idosa, onde os recursos e as políticas públicas muitas vezes enfrentam limitações operacionais e estruturais.

O caráter qualitativo da pesquisa justifica-se pela natureza do objeto investigado: os sentidos subjetivos do cuidado, do sofrimento e da solidão, enquanto dimensões atravessadas por valores, memórias, afetos e vínculos. Tal escolha metodológica não implica a exclusão de abordagens quantitativas, mas decorre da necessidade de apreender aspectos da experiência humana que demandam interpretação contextualizada. Como destaca Minayo (2006b), a realidade social é constituída por significados que não se esgotam na quantificação, exigindo abordagens capazes de compreender sua complexidade simbólica. Nesse sentido, métodos qualitativos e quantitativos são compreendidos como complementares, sendo mobilizados de acordo com as demandas do objeto de estudo. A estratégia metodológica articula análise documental e bibliográfica sobre políticas públicas (Gil, 2008; Bardin, 2011), além de entrevistas exploratórias informais e de natureza narrativa com idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santa Cruz-RN, bem como com profissionais da saúde que atuam nesses espaços (Minayo, 2006b). O caráter informal das entrevistas permitiu que os participantes compartilhassem relatos espontâneos, revelando dimensões subjetivas do envelhecimento que não emergem em protocolos rígidos ou questionários estruturados.

A análise dos dados será realizada com base em análise temática, centrada na identificação de núcleos de sentido recorrentes nos relatos, e em análise relacional, que busca compreender as articulações entre os elementos discursivos dentro do contexto narrativo dos sujeitos (Minayo, 2006b). Essas técnicas superam a mera contagem de ocorrências de termos, propondo uma leitura que considera as estruturas de relevância e modelos de comportamento que emergem do discurso, articulando sentido, contexto e experiência.

Como recurso simbólico, os nomes reais dos entrevistados foram substituídos por nomes de constelações. Essa escolha se fundamenta na ideia de que cada indivíduo carrega formas próprias de viver e representar o envelhecimento, marcadas por memórias, valores e experiências singulares. Ao nomear os participantes com constelações, a pesquisa não apenas preserva sua identidade, mas também provoca uma reflexão sobre a diversidade das experiências de envelhecer e sobre a construção social da velhice em diferentes contextos. Convida-se, portanto, a refletir que, mesmo em contextos locais, o envelhecimento é atravessado por trajetórias únicas, e que cada idoso carrega em si uma “constelação” de memórias, modos de vida e formas de resistir.

Experiências do envelhecimento nos serviços de saúde

A análise das entrevistas em articulação com os documentos governamentais analisados permitiu a identificação de três núcleos temáticos centrais: (1) A prática cotidiana nos serviços de saúde e (2) Vozes da velhice: sofrimento e redes frágeis. Esses eixos refletem tanto as tensões estruturais na implementação das políticas quanto às vivências subjetivas de quem envelhece e cuida no contexto das UBSs.

A prática cotidiana nos serviços de saúde: entre protocolos e lacunas subjetivas

No cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS) o cuidado à pessoa idosa ainda se organiza sob os moldes biomédicos, priorizando condutas técnicas e protocolares, em detrimento das dimensões subjetivas e relacionais do envelhecer.

O fazer profissional frequentemente se reduz àquilo que pode ser medido, prescrito ou monitorado. Orion, técnica de enfermagem, exemplifica: “a gente faz curativo nos idosos, orientamos que façam as vacinas, verificamos a pressão e orientamos [...]”. Embora os profissionais estejam capacitados para procedimentos técnicos, como aferição de pressão arterial e regulação de medicamentos, a maioria ainda desconsidera aspectos biopsicossociais do envelhecimento. Por alguma questão, alguns profissionais “negligenciam dimensões subjetivas”. Ressalta-se que capacidade técnica se diferencia de prática ampliada de cuidado. Dessa forma, não se trata de ausência de capacitação técnica, mas de uma formação historicamente orientada pelo modelo biomédico, que prioriza dimensões clínicas e protocolares em detrimento das dimensões psicossociais do cuidado, ou seja, o profissional não é “incapaz” ele é formado, muitas vezes, dentro de um paradigma limitado.

Embora recorrentes nas narrativas dos idosos, a solidão, a tristeza persistente e o sentimento de desvalia permanecem pouco reconhecidos como demandas legítimas nos serviços de saúde, evidenciando um processo de invisibilização do sofrimento psíquico na velhice. Como relata Cassiopeia, 85 anos: “às vezes me sinto só [...] Minha rotina é essa: venho aqui no posto para conversar [...] acordo cedo, saio para andar [...] passo o dia todo fora”. Essas falas indicam que a busca pelo serviço de saúde, em muitos casos, não se orienta prioritariamente por necessidades clínicas, mas por tentativas de romper o isolamento cotidiano e produzir vínculos.

Nesse contexto, a baixa responsividade a essas demandas não decorre de ausência de capacitação técnica dos profissionais, mas dos limites de uma formação historicamente orientada pelo modelo biomédico, que privilegia dimensões clínicas e protocolares em detrimento das dimensões psicossociais do cuidado. Assim, não se trata de incapacidade profissional, mas de um horizonte formativo e organizacional que tende a reduzir o sofrimento àquilo que é mensurável e tratável segundo parâmetros clínicos, dificultando o reconhecimento da solidão e da tristeza como necessidades legítimas de cuidado.

Nessa perspectiva, a necessidade de presença na UBS deixa de ser vista como expressão do desejo de interação e pertencimento e passa a ser interpretada como comportamento disfuncional ou exagerado, sem o devido reconhecimento da solidão como fator adoecedor. Orion observa: “[Os idosos] querem estar na UBS todos os dias, mesmo medicados, continuam indo [...] acabam esquecendo as receitas [...] pedem medicamentos mesmo sem necessidade”. Lyra, técnico de enfermagem, reforça: “[...] é tudo tomando remédio controlado, viu? [...] teve uma [idosa] que chegou tão surtada aqui [...] É tanta receita controlada que eu fico aqui só entregando [...] chegam os idosos aqui tudo surtado.” O depoimento, além de reforçar o preconceito em torno da saúde mental na velhice, revela a ausência de ações institucionais voltadas à escuta, à convivência e à construção de vínculos.

Nesse contexto, torna-se fundamental crucial que o enfrentamento do sofrimento psíquico na velhice não se restringe ao setor saúde, exigindo uma abordagem intersetorial articulada com a rede de proteção social. Equipamentos como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) exercem função estratégica na promoção de vínculos, no acompanhamento de situações de vulnerabilidade e na prevenção de violências contra a pessoa idosa. Além disso, os Conselhos do Idoso e os mecanismos previstos no Estatuto da Pessoa Idosa constituem espaços fundamentais de garantia de direitos, participação social e controle das

políticas públicas. A articulação entre saúde, assistência social e instâncias de proteção legal permite ampliar as possibilidades de cuidado, deslocando o foco exclusivamente biomédico para uma narrativa integral, que considera o idoso em sua dimensão social, afetiva e cidadã (Brasil, 2004).

A ausência de ações institucionais de escuta e construção de vínculos evidencia o contraste entre o discurso das políticas públicas e a prática cotidiana. Andromeda, diretor administrativo de uma UBS, menciona: “Existem ações implementadas pela UBS para trazer pessoas idosas à unidade de saúde [...] realizamos projetos de integração aos idosos na prática de atividade física [...] com atividades, como danças e exercícios físicos”.

A fala, embora alinhada às diretrizes da PNSPI e ao discurso oficial da promoção do envelhecimento ativo, entra em tensão direta com os relatos dos idosos que, ao serem questionados sobre ações voltadas à população idosa, destacam não conhecer ou não serem informados sobre. Aquila, 90 anos, afirma: “não conheço, conseqüentemente não frequento”. Cygnus, 82 anos, acrescenta: “tem algumas palestras [...] mês passado teve uma, mas eu perdi [...] a agente de saúde não avisou”.

As falas revelam que as ações voltadas à convivência e ao fortalecimento de vínculos, embora existam no plano discursivo ou em registros administrativos, permanecem invisíveis para grande parte dos idosos. Tal cenário evidencia não apenas falhas de divulgação, acessibilidade e continuidade, mas também fragilidades na articulação entre os diferentes atores responsáveis por sua implementação — especialmente as equipes da Atenção Primária, os agentes comunitários de saúde, os serviços de assistência social e a gestão local. Nesse contexto, a efetivação dessas ações demanda estratégias como busca ativa territorial, comunicação acessível, regularidade das atividades e integração intersetorial, de modo a garantir que tais iniciativas ultrapassem o plano formal e se concretizem no cotidiano dos sujeitos.

Vozes da velhice: sofrimento, solidão e redes frágeis

O envelhecimento, marcado por transformações físicas, emocionais e sociais, expõe a velhice a sofrimento silencioso e enfraquecimento das redes de apoio. Muitos idosos enfrentam perdas significativas que aumentam sua vulnerabilidade, como relata Gemini: “Eu vivo aqui, daqui, não ando para nenhum canto. É na minha casa, no meu trabalho. [...] Aí, eu não saio de casa para passear em nenhum canto. Minha convivência é essa.

Desde que meu esposo morreu que eu fiquei aqui”. Perseus acrescenta: “Costumo sair de casa apenas para conversar com os meus vizinhos”.

Essas realidades evidenciam problemáticas que podem ser compreendidas a partir do que se denomina, neste estudo, como “pacto da solitude”. Trata-se de uma construção analítica que não corresponde a um conceito consolidado na literatura, sendo utilizada para descrever processos pelos quais a solidão na velhice deixa de ser apenas uma condição imposta por fatores externos e passa a ser, em alguma medida, internalizada, naturalizada e incorporada ao cotidiano dos sujeitos, especialmente em contextos marcados pela fragilização dos vínculos sociais, perdas afetivas e redução das interações significativas.

Tal compreensão dialoga com as reflexões de Zygmunt Bauman (2021; 2024) acerca da fragilidade dos laços sociais na contemporaneidade, marcada por relações mais fluidas e menos duradouras, o que contribui para experiências de isolamento mesmo em contextos de aparente convivência social.

Nesse sentido, observa-se que a solidão não se configura apenas como ausência de companhia, mas como uma experiência relacional complexa, atravessada por significados subjetivos e sociais. Tal dinâmica é evidenciada nos relatos apresentados, como o de Cassiopeia: “como a de Cassiopeia que afirma: “Eu tive uma ansiedade grande há um tempo, mas ansiedade não acaba, não. Não sei se a ansiedade foi por causa de ficar só”. Outro fator que agrava a falta de propósito e de pertencimento no processo do envelhecimento é a perda de membros importantes da família como é a situação do Orion que comenta: “A vida acabou após perder minha mãe”. Cassiopeia acrescenta: “Minha mulher faleceu há 5 anos, e às vezes me sinto só”.

Entretanto, a solitude não é necessariamente presente em todas as vivências. Alguns idosos afirmam gostar dessa nova fase, como o Perseus: “Gosto dessa nova fase, apesar dos problemas relacionados à saúde, dá para lidar com todos”.

Esses relatos evidenciam que ouvir as vozes da velhice significa reconhecer singularidades e padrões comuns nas vivências dos idosos, além de reforçar a importância da construção de vínculos afetivos e sociais sólidos como estratégia de cuidado integral.

Considerações Finais

Diante do exposto, evidencia-se que a discussão sobre o sofrimento psíquico e a solidão na velhice configura-se como um imperativo ético. No contexto brasileiro, envelhecer não se restringe à dimensão cronológica, mas constitui um processo

atravessado por rupturas de vínculos, invisibilização institucional e fragilização das relações sociais e afetivas. Embora tais fenômenos não sejam exclusivos do país, assumem especificidades marcadas por desigualdades estruturais e limitações na efetivação das políticas públicas.

Apesar da existência de marcos normativos, como o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, observa-se um descompasso entre os direitos formalmente assegurados e sua concretização no cotidiano dos serviços. Nesse cenário, o cuidado à pessoa idosa requer uma abordagem que ultrapasse o modelo biomédico, fundamentando-se na integralidade e na articulação interprofissional e intersetorial, envolvendo diferentes áreas do cuidado, bem como a família, a comunidade e as redes de proteção social.

Além disso, torna-se necessário romper com o modelo biomédico reducionista que estigmatiza a saúde mental na velhice e naturaliza o sofrimento como parte inevitável do envelhecer. Nesse sentido, o cuidado deve ultrapassar a prescrição de fármacos e abarcar dimensões invisíveis como o pertencimento, a escuta qualificada e o reconhecimento das subjetividades em ruínas.

Conclui-se, que o sofrimento psíquico na velhice não pode ser sinônimo de silêncio, solidão ou abandono. Desse modo, é preciso garantir uma assistência integral, rompendo as barreiras historicamente erguidas que desamparam essa estação da existência humana. Portanto, deve-se transformar o envelhecimento em um período de dignidade e reconhecimento, e não de apagamento. Logo, pensar políticas públicas para essa população exige mais do que criar leis, exige enfrentar as estruturas que perpetuam o descaso como norma e o esquecimento como política. Afinal, uma sociedade que acolhe verdadeiramente é aquela que cuida com humanidade, reconhecendo no idoso não apenas um passado vivido, mas um presente que ainda pulsa e um futuro que também merece cuidado.

Referências

ALBERT, Bruce. *A fumaça do metal: história e representações do contato entre os Yanomami e os brancos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Emanuelle. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

AROUCA, Sérgio. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100006>. Acesso em: maio 2025.

BAUMAN, Zygmunt. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561–571, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>. Acesso em: maio 2025.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*, 2006.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abacad19.pdf>. Acesso em: maio 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS)*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004. Acesso em: abril de 2026.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Editora Boitempo, 402 p, 2016.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP. Domingos, N. A. M., 1999.

DIMENSTEIN, Gilberto. *O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil*. São Paulo: Ática, 1994.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUARTE, F. F.. *Iatrogênese Social e Velhice: estudo sobre Bioeconomia da doença de Alzheimer*. Tese (Doutorado). João Pessoa: BC/CCHLA/UFPB, 2021.

DUARTE, F. F. “*Quando chega a idade*”: experiências de envelhecimento na comunidade Nossa Senhora da Guia, Lucena-PB. Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL, João Pessoa, 2017.

DUBET, François. *Sociologie de l'expérience*. Paris: Seuil, 1994.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*: seguido de “envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro: Zahar, p. 42-54, 2001a.

ELIAS, Norbert. Envelhecer e morrer: alguns problemas sociológicos. In: ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*: seguido de “envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro: Zahar, p. 42-54, 2001b.

EVANS-PRITCHARD, Edward E. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press, 1937.

FASSIN, Didier. *A razão humanitária*: uma história moral do tempo presente. Tradução de Rachel Gutiérrez. São Paulo: Editora Unifesp, 2016.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Organização: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GIL, Antonio. Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, Mirian. *Corpo, Envelhecimento e Felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

GONZÁLEZ REY, Fernando. (Org.). *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Thonson, 2005.

LIMA, Failla Maria Ferreira; SOUZA, Ana Beatriz Garcia de; PINHEIRO, Isadora Sousa Dias; CIRIACO, Clemilssa Firmiano; LIMA, Wesley Ferreira de; SILVA, Lielton Maia. Sofrimento psíquico e suicídio entre idosos. *Revista Encontros Científicos UniVS*, v. 2, n. 1, p. 98–106, 2020.

MARTINS, J. J.; SCHIER, J.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L. de. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-383, 2007.

MARX, Karl. *O Capital*: Crítica da economia política. Livro Primeiro: o processo de produção do capital. 5. ed. Tradução de Reginaldo Santana. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1980.

MATUMOTO, S.; OLIVEIRA, M. A.; VIEIRA, E. M. O trabalho da enfermagem na Atenção Básica: uma perspectiva crítica sobre o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, supl. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0610>. Acesso em: maio 2025.

MINAYO, M. C. S. *Violência contra idosos*: o avesso do respeito à experiência. 2006a.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2006b.

MOTTA, Alda Britto da. Envelhecimento e Sentimento do Corpo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR., Carlos E. A. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 153-174. 2002. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/y6n6q>. Acesso em: maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/decade-healthy-ageing-baseline-report-0> Acesso em: maio 2025.

ORTNER, Sherry Beth. Subjetividade e crítica cultural. *Horizontes Antropológicos*, v. 13, n. 28, p. 375–405, dez, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Editora Fiocruz, 2008.

RODRIGUES, Rosalina A. Partezani; FHON, Jack Roberto Silva; LIMA, Fabia Maria de. *O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19*. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. Disponível em: www.livrosabertos.abcd.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/1455. Acesso em: maio 2025.

SANTOS, I. L. B.; VASCONCELOS, S. C. O cuidado em saúde mental de idosos na Atenção Básica: reflexões sobre a prática da Enfermagem. *Revista Saúde em Debate*, v. 42, n. 118, p. 272–283, 2018.

SANTOS, Mariana Cristina Lobato dos, et AL. Suicídio em idosos: um estudo epidemiológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 55, e03694, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019026603694>. Acesso em: abril de 2026.

SILVA, L. R. F. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 801–815, 2008.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 849–853, 2003.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463–2466, out., 2007.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano e a enfermagem: ampliando sua interpretação*. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, p. 142-53, 1997.

WAUTIER, A. M. *Para uma Sociologia da Experiência*. Uma leitura contemporânea: François Dubet. *Sociologias*, n. 9, p. 174–214, jan. 2003.

ZANATTA, Cléia; SANTANA, Cláudio Manoel Luiz de; DOMINGOS, Luiz Fábio; DAVICO, Clarissa de Araújo; SANTOS, Maila Cândido Ferro. Sofrimento psíquico, envelhecimento e finitude. *Revista Valore*, Volta Redonda, v. 6 (edição especial), p. 92–108, 2021.

Recebido em 18 de dezembro de 2025

Aceito em 25 de abril de 2026