ISSN: 2316-607X

ENVELHECIMENTO E DIGNIDADE: POLÍTICAS DE CUIDADO, INCLUSÃO SOCIAL E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Camila Parizotto Da Silva[1]
Camilla Cavasin Andreato[2]
Laura da Silva Massura[3]
Maria Isabela Ramos Haddad[4]
Marindia Feliciano Dos Santos[5]
Monica Picolo[6]
Samuel Jhonattan Emidio Brisch[7]

Resumo: O envelhecimento populacional brasileiro exige políticas públicas capazes de articular proteção de direitos, atenção integral à saúde e inclusão social. Este artigo tem como objetivo examinar a literatura sobre envelhecimento ativo, isolamento e violência, discutindo lacunas nas redes de cuidado e apoio à pessoa idosa. Realizou-se revisão bibliográfica narrativa, de caráter qualitativo, mediante levantamento exploratório de artigos científicos localizados em páginas indexadas da SciELO e PubMed/MEDLINE e de documentos oficiais nacionais e internacionais, com recorte principal de 2015 a novembro de 2026 e inclusão de marcos normativos anteriores. A síntese foi organizada por eixos temáticos e confrontou contribuições da saúde coletiva, da gerontologia e da proteção de direitos. A análise identificou avanços no reconhecimento da autonomia, da participação social e do direito ao cuidado, particularmente com a instituição da Política Nacional de Cuidados. A literatura também apontou desafios relacionados à continuidade assistencial, à distribuição desigual do cuidado familiar, ao isolamento social e à identificação da violência. Conclui-se que a dignidade na velhice pressupõe redes intersetoriais acessíveis, capazes de atender necessidades diferenciadas sem condicionar o reconhecimento de direitos à independência funcional. A natureza narrativa do estudo limita a generalização dos resultados e não permite aferir a efetividade das políticas recentes.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Dignidade Humana; Políticas Públicas; Isolamento Social; Saúde Da Pessoa Idosa.

Abstract: Population ageing in Brazil calls for public policies that integrate rights protection, comprehensive health care and social inclusion. This article aims to examine the literature on active ageing, isolation and violence, discussing gaps in care and support networks for older people. A qualitative narrative literature review was conducted through an exploratory search for scientific articles indexed on SciELO and PubMed/MEDLINE pages, alongside national and international official documents. The main period covered 2015 to November 2026, with earlier legal frameworks included when relevant. The synthesis was organised into thematic axes and compared contributions from public health, gerontology and rights protection. The

[1] Mestrado em Ciências Ambientais pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2025)
[2] Mestrado em Ciências em Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2021)
[3] Especialista em Farmácia Estética pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo – FAMEESP. (2019)
[4] Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil. (2017)
[5] Mestrado em Economia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2023)
[6] Especialização em Docência do Ensino Superior com ênfase em EAD pela Faculdade de Guarantã do Norte, Brasil. (2018)
[7] Graduação em Bacharelado em Direito pela Uniao das Faculdades do Norte de Mato Grosso, Brasi.l (2025)

analysis identified advances in the recognition of autonomy, social participation and the right to care, particularly following the establishment of Brazil's National Care Policy. The literature also highlighted challenges involving continuity of care, the unequal distribution of family caregiving, social isolation and the identification of abuse. The review concludes that dignity in later life requires accessible intersectoral networks capable of responding to diverse needs without making the recognition of rights conditional on functional independence. The narrative design limits the generalisability of the findings and does not allow the effectiveness of recent policies to be established.

Keywords: Ageing; Human Dignity; Public Policy; Social Isolation; Health Of Older People.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui uma transformação demográfica que modifica as relações entre saúde, proteção social, trabalho e organização familiar. No Brasil, os resultados do Censo Demográfico de 2022 registraram aproximadamente 32,1 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondentes a 15,8% da população. Entre elas, as mulheres representavam 55,7% (IBGE, 2023). Esses dados não significam, por si mesmos, aumento proporcional de dependência funcional, mas evidenciam a necessidade de reorganizar serviços e políticas para uma população cuja composição etária se altera de maneira significativa.

A ampliação da longevidade deve ser interpretada como conquista social, e não exclusivamente como problema econômico ou assistencial. Miranda, Mendes e Silva (2016) situam o envelhecimento brasileiro no contexto de mudanças demográficas e sociais que exigem planejamento da proteção social. A questão central não é simplesmente a quantidade de anos vividos, mas as condições nas quais esses anos transcorrem. A existência de serviços acessíveis, recursos materiais, oportunidades de participação e relações interpessoais seguras interfere na possibilidade de exercer direitos durante a velhice.

A dignidade humana, nesse contexto, oferece um fundamento para analisar as políticas de saúde pública para além da prestação de procedimentos clínicos. O Estatuto da Pessoa Idosa reconhece direitos à liberdade, ao respeito, à saúde e à convivência, atribuindo responsabilidades à família, à sociedade e ao poder público (Brasil, 2003). Dessa disposição decorre uma interpretação segundo a qual a pessoa idosa não deve ser tratada como destinatária passiva de benevolência, mas como sujeito de direitos cuja capacidade de decisão merece reconhecimento, inclusive quando necessita de apoio cotidiano.

A abordagem do envelhecimento saudável proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desloca o foco da ausência de doenças para as possibilidades de funcionamento

e bem-estar em interação com o ambiente (World Health Organization, 2015). Tal perspectiva permite compreender por que pessoas com condições crônicas podem preservar atividades significativas, desde que encontrem recursos adequados. A análise da saúde na velhice requer, portanto, atenção simultânea às condições individuais, à organização dos serviços e às características dos territórios.

O isolamento social, a solidão e a violência constituem problemas particularmente relevantes nesse debate. Embora não sejam consequências necessárias do envelhecimento, podem limitar a participação, comprometer a saúde e produzir situações nas quais a pessoa idosa encontra dificuldades para exercer escolhas ou buscar proteção. Sandy Júnior, Borim e Neri (2023) examinam a solidão em adultos e idosos brasileiros, relacionando-a a condições sociodemográficas e de saúde. Yon et al. (2017), por sua vez, apresentam evidências internacionais sobre a ocorrência de maus-tratos em contextos comunitários. A leitura conjunta desses trabalhos permite tratar os vínculos sociais como dimensão da saúde pública, sem reduzir situações de violência a conflitos privados.

A organização das redes de cuidado apresenta desafios adicionais. A atenção centrada em episódios agudos não necessariamente responde às necessidades de acompanhamento prolongado, reabilitação e apoio às atividades diárias. Veras e Oliveira (2018) defendem uma reorganização da atenção à saúde da população idosa orientada por promoção, prevenção e continuidade assistencial. Lima-Costa et al. (2017) mostram, em outra dimensão do problema, a importância do cuidado informal no domicílio. A articulação desses enfoques suscita a necessidade de investigar como os serviços públicos podem apoiar a pessoa idosa sem pressupor disponibilidade ilimitada de trabalho familiar.

A instituição da Política Nacional de Cuidados, em dezembro de 2024, acrescentou um marco ao debate brasileiro, ao reconhecer o cuidado como direito e prever responsabilidades compartilhadas (Brasil, 2024). O Plano Nacional de Cuidados, regulamentado em 2025 e detalhado por portaria interministerial, fornece instrumentos para organizar a implementação dessa política (Brasil, 2025). Entretanto, a existência de um marco jurídico não demonstra, isoladamente, que suas ações tenham alcançado todos os territórios ou produzido os resultados esperados. Uma revisão bibliográfica pode contribuir ao distinguir avanços normativos, evidências sobre necessidades sociais e lacunas de implementação.

Diante dessas questões, formula-se a seguinte pergunta norteadora: como as políticas públicas têm abordado a dignidade e a inclusão social da pessoa idosa? O objetivo geral consiste em examinar a literatura sobre envelhecimento ativo, isolamento e violência e discutir lacunas nas redes de cuidado e apoio. Especificamente, pretende-se identificar os

fundamentos normativos da proteção à velhice no Brasil; examinar relações entre autonomia, participação e saúde; analisar o isolamento social e as manifestações de violência; e discutir possibilidades de integração entre saúde, assistência social e demais setores envolvidos no cuidado.

A relevância científica do estudo reside na aproximação de campos que frequentemente são examinados separadamente. A gerontologia fornece instrumentos para compreender funcionalidade e participação; a saúde coletiva contribui para analisar acesso e organização assistencial; e a perspectiva dos direitos humanos permite questionar práticas que restringem a autonomia ou distribuem de modo desigual as oportunidades de envelhecer com proteção. Ao integrar tais contribuições, busca-se construir uma interpretação que reconheça a diversidade das velhices e evite identificar dependência física com perda de valor social.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica narrativa, de abordagem qualitativa e finalidade analítico-interpretativa, associada à leitura de documentos normativos e institucionais publicados. A opção por esse desenho decorre da amplitude da pergunta, que abrange dimensões jurídicas, sociais e sanitárias, e da diversidade dos tipos de evidência pertinentes. Não se pretende estimar um efeito agregado de intervenções nem produzir um inventário exaustivo de publicações.

O levantamento exploratório foi realizado em 23 de novembro de 2026 mediante buscas eletrônicas direcionadas às páginas indexadas da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da PubMed/MEDLINE, complementadas por consulta aos portais oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Câmara dos Deputados, do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. A localização das fontes ocorreu por mecanismo de busca na web, com restrição por domínio quando pertinente; não se afirma a execução de estratégias diretamente nas interfaces de bases assinadas.

Foram utilizados termos de busca em português e inglês, relacionados aos seguintes conceitos: envelhecimento, pessoa idosa, políticas públicas, envelhecimento saudável, envelhecimento ativo, inclusão social, isolamento social, solidão, violência contra a pessoa idosa, cuidado informal e cuidados de longa duração; ageing, older adults, healthy ageing, loneliness, social isolation, elder abuse e long-term care. As buscas combinaram termos por proximidade temática, por exemplo, pessoa idosa e políticas públicas; solidão e ELSI-Brasil;

elder abuse e systematic review; cuidado informal e idosos no Brasil. Não se pressupõe que todos os termos tenham sido validados como descritores controlados DeCS/MeSH.

O recorte principal compreendeu publicações de janeiro de 2015 a 23 de novembro de 2026, privilegiando estudos brasileiros e sínteses internacionais pertinentes à questão norteadora. Admitiram-se documentos normativos anteriores ao recorte quando indispensáveis à compreensão histórica e jurídica, especialmente o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A seleção considerou artigos publicados em periódicos científicos e documentos oficiais identificáveis, em português ou inglês, com pertinência ao tema e informações bibliográficas suficientes para localização. Estudos com adultos de meia-idade foram considerados somente quando explicitamente vinculados ao envelhecimento e interpretados segundo seus limites etários.

Foram excluídos materiais opinativos sem fundamentação identificável, publicações sem relação direta com os eixos, duplicatas e estudos estritamente biomédicos que não contribuíssem para a análise da participação, da proteção ou das redes de cuidado. A seleção foi intencional, a partir dos títulos, resumos e conteúdos acessíveis nas páginas consultadas. Foram considerados apenas os resultados ou argumentos efetivamente identificados nessas fontes; não se atribuiu leitura integral de documentos quando somente o resumo ou excertos estavam disponíveis.

A síntese foi organizada em cinco eixos: dignidade e fundamentos normativos; envelhecimento ativo e saudável; isolamento e inclusão social; violência e proteção; e redes de cuidado e apoio. A interpretação distinguiu enunciados normativos, achados empíricos de estudos já publicados e proposições analíticas derivadas da revisão. Procurou-se observar a população examinada, o desenho dos estudos e os limites de transferência dos resultados para o contexto brasileiro. Não houve coleta primária, aplicação de instrumentos ou contato com participantes.

Por se tratar de levantamento narrativo exploratório, não foram executadas triagem independente por revisores, avaliação formal de risco de viés ou metanálise. Tampouco foram estabelecidas contagens de registros recuperados ou excluídos, uma vez que o processo não foi concebido como busca sistemática. A síntese tem caráter interpretativo e não deve ser tomada como demonstração de efetividade das políticas analisadas. A ampliação e documentação da busca em bases adicionais, como LILACS e Portal de Periódicos CAPES, constitui possibilidade de aprimoramento metodológico antes de eventual submissão a revista que exija maior abrangência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Dignidade humana, direitos e diversidade das velhices

A dignidade humana não se confunde com a aptidão para realizar atividades sem auxílio. Na análise das políticas públicas, esse princípio exige que a necessidade de cuidado não determine redução do reconhecimento social ou das possibilidades de participação. Uma pessoa que demanda assistência para alimentação, mobilidade ou comunicação permanece titular de direitos e deve ser envolvida nas decisões que lhe dizem respeito. O Estatuto da Pessoa Idosa oferece fundamento jurídico para essa interpretação ao estabelecer proteção à liberdade, ao respeito e à integridade da pessoa idosa (Brasil, 2003).

O artigo 9º desse Estatuto estabelece expressamente:

> É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (Brasil, 2003, art. 9º).

A disposição associa a proteção da saúde à efetivação de políticas sociais, afastando uma leitura restrita ao tratamento de enfermidades. Seu alcance normativo permite reconhecer que a qualidade da velhice também depende de condições de moradia, mobilidade e convivência. A interpretação aqui desenvolvida considera que a responsabilidade estatal não pode ser reduzida à intervenção após a ocorrência de agravos, devendo alcançar condições que favoreçam a prevenção e o exercício dos direitos.

O conceito de capacidade funcional, empregado pela OMS, favorece essa ampliação analítica ao considerar a relação entre características individuais e ambientes (World Health Organization, 2015). Uma limitação de mobilidade, por exemplo, pode produzir consequências distintas conforme a existência de transporte acessível, calçadas adequadas, dispositivos assistivos e apoio humano. Nesse sentido, as desigualdades da velhice não se explicam apenas pela condição biológica. A adequação ambiental pode modificar a experiência da limitação sem exigir que a pessoa recupere integralmente suas capacidades anteriores.

A heterogeneidade também diz respeito aos trajetos de vida. A distribuição etária e por sexo apresentada pelo IBGE (2023) evidencia que a população idosa não constitui grupo demograficamente uniforme. A análise das políticas deve considerar que condições de renda, escolaridade, gênero, raça e localização territorial podem produzir necessidades distintas. A proposta de tratar todos igualmente, quando entendida como oferta idêntica de recursos, pode desconsiderar barreiras específicas enfrentadas por determinados segmentos.

A autonomia deve ser diferenciada da independência funcional. A primeira diz respeito à participação nas decisões sobre a própria vida; a segunda, à realização de atividades sem assistência. Embora possam estar relacionadas, a preservação de uma não depende necessariamente da existência plena da outra. A consequência prática dessa distinção é que serviços de cuidado precisam oferecer suporte à tomada de decisões e não presumir incapacidade a partir da idade ou do diagnóstico. Essa interpretação se harmoniza com a centralidade das capacidades e dos ambientes no relatório da OMS (World Health Organization, 2015).

3.2 Marco brasileiro de proteção e políticas de saúde

A trajetória normativa brasileira reconhece a velhice como questão de interesse público. O Estatuto da Pessoa Idosa, instituído pela Lei nº 10.741/2003 e atualizado terminologicamente em 2022, estabelece direitos e medidas de proteção dirigidos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A prioridade no atendimento e o reconhecimento da convivência comunitária explicitam uma concepção de proteção que não se limita à subsistência (Brasil, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada originalmente pela Portaria nº 2.528/2006 e incorporada ao processo de consolidação das normas do SUS, direcionou a atenção sanitária à recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência (Brasil, 2006). A relevância dessa orientação reside na possibilidade de organizar intervenções conforme a funcionalidade, em vez de definir a assistência exclusivamente pela idade cronológica ou pela quantidade de diagnósticos.

Miranda, Mendes e Silva (2016) examinam a necessidade de planejamento diante das mudanças demográficas. Veras e Oliveira (2018) aproximam essa preocupação da organização assistencial ao propor uma linha de cuidado. As duas abordagens são complementares: a primeira situa a questão no planejamento da proteção social, enquanto a segunda enfatiza a transformação da atenção à saúde. Uma rede que não contemple ambas as dimensões pode oferecer procedimentos clínicos sem resolver obstáculos cotidianos, ou conceder benefícios sociais sem garantir acompanhamento sanitário suficiente.

A atenção primária ocupa posição estratégica nessa articulação. Por sua proximidade territorial, pode identificar alterações funcionais, necessidades de reabilitação, dificuldades de acesso e situações de vulnerabilidade social. No entanto, a capacidade de reconhecer demandas não equivale à possibilidade de solucioná-las. Sem mecanismos de referência e retorno, equipes podem identificar problemas para os quais não encontram serviços

disponíveis. A continuidade defendida por Veras e Oliveira (2018) pressupõe que o encaminhamento seja acompanhado e que a informação circule de maneira apropriada entre os pontos de atenção.

A oferta de atenção domiciliar representa outra dimensão relevante. O Ministério da Saúde apresenta o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa como iniciativa vinculada à atenção primária, envolvendo equipes multiprofissionais e equipes de saúde da família (Brasil, [2026]). A medida indica reconhecimento institucional das dificuldades de deslocamento de parte da população idosa. Sua análise, contudo, requer distinguir a descrição do programa das evidências sobre cobertura, regularidade e resultados, que não foram mensurados nesta revisão.

O direito à saúde ganha concretude quando as ações são organizadas em continuidade. A alta de uma internação, por exemplo, pode ser acompanhada de novas necessidades de apoio para alimentação, higiene ou deslocamento. Se a unidade hospitalar não comunica adequadamente essas demandas à atenção primária e à rede social, a pessoa pode retornar a condições incompatíveis com seu estado funcional. A construção de uma trajetória assistencial coordenada é, assim, um desdobramento da concepção de integralidade discutida por Veras e Oliveira (2018).

3.3 Envelhecimento ativo, saudável e participação social

O envelhecimento ativo pode ser compreendido, para os fins desta revisão, como uma perspectiva que valoriza oportunidades de participação, proteção e realização de atividades significativas ao longo da velhice. Não se trata de estabelecer um padrão ideal de produtividade. Ao aproximar essa concepção do envelhecimento saudável, a OMS (World Health Organization, 2015) oferece elementos para enfatizar as possibilidades de viver de acordo com valores pessoais, independentemente da presença de doenças crônicas.

A participação social possui uma dimensão instrumental e outra intrínseca. Pode facilitar o acesso à informação, fortalecer vínculos e ampliar redes de ajuda, mas também constitui expressão da cidadania. O Estatuto reconhece, entre outros, o direito à “convivência familiar e comunitária” (Brasil, 2003, art. 3º). Consequentemente, a oferta de oportunidades de participação não deve ser justificada apenas por possíveis benefícios clínicos: ela também responde à necessidade de assegurar pertencimento e expressão social.

A transformação dessa orientação em ações públicas requer que se examine quem consegue utilizar os recursos oferecidos. Uma atividade de convivência instalada em local inacessível ou em horário incompatível com a rotina de cuidados pode excluir precisamente

aqueles que mais necessitam de apoio. A inclusão não se confunde, portanto, com a simples abertura formal de vagas. Exige examinar condições de deslocamento, comunicação, segurança e disponibilidade de suporte, à luz da interação pessoa-ambiente destacada pela OMS (World Health Organization, 2015).

É igualmente necessário evitar que a valorização do envelhecimento ativo produza uma classificação moral entre pessoas consideradas bem-sucedidas e aquelas que enfrentam dependência, adoecimento ou pobreza. A responsabilidade pela manutenção de vínculos e capacidades não pode ser atribuída exclusivamente ao indivíduo. Tal entendimento decorre da articulação entre o direito ao cuidado reconhecido pela legislação brasileira e a abordagem ambiental da saúde na velhice (Brasil, 2024; World Health Organization, 2015).

O idadismo representa um obstáculo transversal à inclusão. O relatório mundial sobre o tema sistematiza formas de estereotipação, preconceito e discriminação baseadas na idade, incluindo manifestações institucionais e interpessoais (World Health Organization, 2021a). No campo da saúde, uma aplicação possível desse diagnóstico é questionar situações em que sintomas são desconsiderados simplesmente por serem interpretados como normais da velhice, ou em que decisões são dirigidas apenas aos acompanhantes, sem consulta à pessoa atendida.

A inclusão digital merece atenção nessa perspectiva. A digitalização de serviços pode ampliar alternativas de comunicação e acesso, mas a adoção exclusiva desses canais pode produzir barreiras para pessoas com dificuldades sensoriais, econômicas ou de letramento. Não se presume que a população idosa seja incapaz de utilizar tecnologias. A questão é garantir alternativas e apoio conforme necessidades individuais. Essa formulação representa uma consequência analítica do princípio de acessibilidade e da compreensão ambiental do envelhecimento, não uma estimativa da prevalência de exclusão digital.

A participação também deve alcançar os espaços de formulação de políticas. Conselhos de direitos, instâncias de controle social e consultas públicas podem contribuir para que prioridades sejam definidas com a população idosa. A existência dessas instâncias está contemplada no marco estatutário (Brasil, 2003). Para que sua atuação seja substantiva, contudo, é necessário que informações sejam compreensíveis, que os canais sejam acessíveis e que as contribuições recebam respostas institucionais. A participação não se realiza plenamente quando a consulta é apenas formal.

3.4 Isolamento social e solidão como questões de saúde pública

Isolamento social e solidão são conceitos relacionados, mas não equivalentes. O primeiro refere-se à dimensão objetiva dos contatos e vínculos sociais, enquanto a segunda envolve a percepção subjetiva de insuficiência das relações desejadas (World Health Organization, 2021b). Assim, morar sozinho não constitui evidência suficiente de solidão, da mesma forma que residir com familiares não garante relações satisfatórias. A distinção é relevante porque intervenções orientadas somente pelo número de contatos podem não responder à experiência subjetiva da pessoa.

Sandy Júnior, Borim e Neri (2023) investigaram a solidão utilizando dados da linha de base do ELSI-Brasil, com participantes adultos e idosos. O estudo identificou associações entre sentir solidão frequentemente e sintomas depressivos, morar só e baixa escolaridade. O estudo estabelece um ponto de contato entre a discussão de vínculos sociais e os indicadores de saúde. Por abranger também pessoas com menos de 60 anos, seus resultados não devem ser automaticamente apresentados como estimativas específicas de toda a população idosa brasileira. O desenho observacional também recomenda cautela quanto à direção causal das associações.

Holt-Lunstad et al. (2015) examinaram associações entre isolamento, solidão e mortalidade em uma metanálise de estudos observacionais. A consideração desse trabalho permite inserir as relações sociais no debate sobre saúde populacional. Entretanto, a associação observada em populações heterogêneas não autoriza atribuir a cada pessoa idosa um risco individual determinado, nem garante que qualquer programa de socialização reduza a mortalidade. A passagem de uma evidência associativa para uma recomendação de intervenção exige examinar mecanismos e resultados específicos.

Hoang et al. (2022) analisaram intervenções voltadas à redução da solidão e do isolamento em pessoas com 65 anos ou mais, identificando limitações importantes na qualidade e na homogeneidade das evidências. Essa conclusão impede considerar um único tipo de intervenção como solução universal. A avaliação de atividades grupais, tecnologias ou estratégias psicossociais deve observar as preferências dos participantes, a natureza do problema e a possibilidade de manutenção dos efeitos ao longo do tempo.

A comparação entre Sandy Júnior, Borim e Neri (2023) e Hoang et al. (2022) evidencia funções distintas dos estudos. O primeiro contribui para reconhecer condições associadas à solidão em contexto brasileiro; o segundo examina possíveis respostas em estudos de intervenção. Articular essas contribuições significa identificar necessidades sem

presumir que soluções testadas em outros contextos sejam imediatamente transferíveis para municípios brasileiros. Aspectos como oferta de serviços, transporte e apoio familiar precisam ser considerados na adaptação das intervenções.

A abordagem territorial oferece um caminho para enfrentar essas questões. A identificação de pessoas que perderam vínculos ou apresentam dificuldades de deslocamento pode orientar visitas domiciliares, encaminhamentos e oportunidades de participação. Contudo, o contato institucional deve respeitar a liberdade de escolher a intensidade das interações. A solitude voluntária não é um agravo a ser corrigido. O objetivo deve ser reduzir barreiras e oferecer possibilidades de conexão, sem impor padrões de sociabilidade considerados desejáveis pelos profissionais.

A OMS (World Health Organization, 2021b) apresenta o isolamento e a solidão como temas que demandam respostas sociais e sanitárias. A partir dessa orientação, propõe-se que os serviços de saúde não assumam responsabilidade exclusiva por problemas cuja solução envolve também mobilidade, cultura, educação e assistência social. Uma consulta pode reconhecer a solidão, mas a possibilidade de reconstrução de vínculos depende de oportunidades concretas no território. Essa diferença entre identificação e resposta é decisiva para avaliar redes de apoio.

3.5 Violência contra a pessoa idosa e proteção integral

A violência constitui violação de direitos e problema de saúde pública. Pode manifestar-se em agressões físicas, psicológicas, sexuais, patrimoniais e em negligência, além de situações nas quais práticas institucionais comprometem a liberdade e o respeito. O Estatuto proíbe formas de violência e discriminação e estabelece mecanismos de proteção (Brasil, 2003). A pluralidade das manifestações exige que a identificação não seja restrita à presença de lesões corporais.

Yon et al. (2017) estimaram prevalência combinada de maus-tratos de 15,7% em estudos comunitários internacionais, com intervalo de confiança de 12,8% a 19,3%. A estimativa evidencia a magnitude do problema nas populações analisadas, mas não corresponde a uma taxa brasileira. Diferenças nas definições utilizadas, nas amostras e nos métodos de identificação precisam ser consideradas quando se comparam resultados entre contextos.

Ribeiro et al. (2021), em revisão integrativa, abordaram o perfil das vítimas e os fatores relacionados à violência contra a pessoa idosa. O estudo chama atenção para dificuldades de identificação e notificação, particularmente quando a situação se desenvolve

em relações de dependência e no espaço doméstico. Isso reforça a necessidade de não interpretar a ausência de denúncias como demonstração de segurança. O reconhecimento institucional deve incluir formas de violência que não produzem sinais imediatamente visíveis.

A discussão foi ampliada, em 2026, por Lima et al. (2026), que investigaram notificações de negligência e abandono contra mulheres idosas brasileiras entre 2009 e 2022. O desenho ecológico e a análise temporal empregada permitem examinar padrões de registros, mas não identificar a totalidade das ocorrências ou estabelecer causalidade individual. A incorporação dessa perspectiva contribui para reconhecer que o monitoramento da violência depende tanto da ocorrência dos eventos como das possibilidades de notificação.

As diferenças entre estimativas de prevalência e registros administrativos são fundamentais para a interpretação das políticas. O estudo de Yon et al. (2017) sintetiza investigações de ocorrência comunitária; o de Lima et al. (2026) examina notificações registradas. A comparação direta dos números não seria metodologicamente adequada, pois os denominadores e processos de identificação são distintos. Uma política de vigilância pode melhorar a detecção e, inicialmente, produzir aumento dos registros sem que isso comprove crescimento equivalente da violência real.

O artigo 19 do Estatuto estabelece a notificação compulsória pelos serviços de saúde de casos suspeitos ou confirmados de violência contra a pessoa idosa e sua comunicação aos órgãos indicados na legislação (Brasil, 2003). O cumprimento dessa obrigação deve ser associado à proteção efetiva. A notificação constitui instrumento de vigilância e acionamento da rede, mas não substitui a avaliação de riscos, o atendimento das necessidades de saúde e a construção de alternativas seguras.

A violência patrimonial evidencia a importância de articular saúde e proteção jurídica. Apropriação de recursos ou coerção em decisões financeiras podem comprometer as condições de subsistência e o acesso ao cuidado. A resposta institucional, quando necessária, deve preservar a participação da pessoa idosa e evitar que medidas protetivas reproduzam supressões indevidas de autonomia. O reconhecimento da proteção patrimonial como parte da dignidade é coerente com o conjunto de direitos estabelecido pelo Estatuto (Brasil, 2003).

A prevenção da negligência requer distinguir situações de violência de dificuldades estruturais na provisão de cuidado. A insuficiência de recursos familiares ou de serviços públicos não elimina a necessidade de proteger quem sofre privação, mas indica que a resposta não pode consistir exclusivamente na responsabilização individual. Minayo (2021) analisa a precariedade do suporte oferecido a cuidadores familiares. A aproximação dessa

discussão com a literatura sobre violência sugere a necessidade de combinar proteção, avaliação das condições de cuidado e oferta de alternativas assistenciais, sem relativizar a gravidade de agressões ou abusos.

3.6 Redes de cuidado, dependência e corresponsabilidade

A necessidade de apoio nas atividades da vida diária estabelece uma interface entre a atenção à saúde e a proteção social. Lima-Costa et al. (2017), ao analisarem dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, identificaram o predomínio da ajuda informal (81,8%) no domicílio entre pessoas idosas com limitações funcionais. Embora os dados antecedam a Política Nacional de Cuidados, oferecem uma referência histórica sobre a organização do apoio cotidiano no país. Não devem ser interpretados como mensuração da cobertura atual dos serviços.

Minayo (2021) amplia essa discussão ao examinar a situação dos cuidadores familiares, destacando a concentração feminina do trabalho e a insuficiência de apoio. Enquanto Lima-Costa et al. (2017) apresentam evidências populacionais sobre fontes de ajuda, Minayo (2021) problematiza a distribuição social das responsabilidades. A leitura articulada indica que a família constitui uma dimensão importante do cuidado, mas que sua participação não deve ser confundida com obrigação ilimitada de suprir necessidades sem recursos públicos ou proteção social.

A preferência por permanecer no domicílio precisa ser interpretada à luz das condições concretas de cuidado. A permanência pode preservar referências afetivas e comunitárias, mas, sem apoio adequado, pode também expor a pessoa idosa e seus cuidadores a situações de privação. A crítica de Minayo (2021) à transferência de responsabilidades para as famílias permite questionar políticas de desinstitucionalização que não sejam acompanhadas de serviços e suporte. A escolha entre cuidado domiciliar e institucional não deve ser formulada como oposição absoluta entre uma modalidade necessariamente digna e outra necessariamente inadequada.

A Lei nº 15.069/2024 constitui uma alteração relevante nesse cenário. Seu artigo 1º reconhece o cuidado como direito, e o § 2º explicita três dimensões complementares:

“O direito ao cuidado de que trata o caput deste artigo compreende o direito a ser cuidado, a cuidar e ao autocuidado” (Brasil, 2024, art. 1º, § 2º).

A formulação jurídica permite reconhecer tanto as necessidades das pessoas que recebem apoio quanto as condições de quem o oferece. Trata-se de um marco particularmente importante quando se considera que a capacidade de cuidar depende de tempo, recursos,

formação e proteção. A ampliação conceitual não demonstra, contudo, que a distribuição desigual do trabalho tenha sido modificada; essa hipótese exige avaliação da implementação e de seus efeitos.

A própria lei inclui entre os públicos prioritários as pessoas idosas que demandam assistência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. O Plano Nacional de Cuidados, regulamentado em 2025, organiza a implementação por eixos e ações intersetoriais (Brasil, 2024, 2025). A articulação entre saúde, assistência, trabalho e demais políticas oferece uma resposta normativa às necessidades discutidas na literatura anterior. No entanto, a avaliação dos resultados deve diferenciar ações planejadas, serviços efetivamente ofertados e mudanças observáveis nas condições de vida.

A rede de cuidado deve ser compreendida como um conjunto de relações institucionais, e não apenas como lista de equipamentos. A atenção primária, os serviços especializados, a assistência social, a atenção domiciliar e os serviços de longa permanência podem ter responsabilidades complementares. A qualidade da rede depende da possibilidade de construir trajetórias assistenciais nas quais a pessoa e seus cuidadores saibam a quem recorrer diante de alterações de saúde, necessidades de apoio ou situações de violência. Essa interpretação aproxima a linha de cuidado proposta por Veras e Oliveira (2018) da corresponsabilidade estabelecida pela legislação recente.

A atenção de longa duração constitui dimensão que não se resolve apenas pela expansão da assistência médica. As necessidades podem envolver apoio frequente ou permanente em atividades cotidianas, adaptação da moradia e suporte à tomada de decisões. A provisão de tais recursos deve ser organizada de modo compatível com as preferências e a segurança da pessoa atendida. A abordagem funcional da OMS (World Health Organization, 2015) e o direito ao cuidado previsto na Lei nº 15.069/2024 oferecem bases complementares para essa construção.

O apoio aos cuidadores pode incluir orientação técnica, acompanhamento da própria saúde e possibilidades de substituição temporária no cuidado. Essas medidas são apresentadas aqui como implicações programáticas da corresponsabilização, e não como intervenções cuja efetividade tenha sido mensurada no presente trabalho. A incorporação das necessidades do cuidador ao planejamento assistencial pode evitar que a continuidade do atendimento dependa exclusivamente de disponibilidade familiar não avaliada.

4 DISCUSSÃO

4.1 Convergências e tensões entre direitos e modelos assistenciais

A literatura examinada apresenta convergência em torno da insuficiência de uma concepção de envelhecimento restrita à doença. Os documentos da OMS enfatizam a interação entre capacidades e ambientes, enquanto a legislação brasileira reconhece dimensões sociais da proteção. Veras e Oliveira (2018) traduzem parte dessa preocupação para a organização assistencial ao enfatizar continuidade e prevenção. Miranda, Mendes e Silva (2016) acrescentam a necessidade de planejamento da proteção social. O ponto comum reside na compreensão de que as respostas ao envelhecimento precisam ultrapassar episódios isolados de atendimento.

Essa convergência não elimina diferenças de ênfase. Uma política organizada prioritariamente em torno da manutenção funcional pode produzir importantes benefícios, mas corre o risco de subordinar o valor da pessoa aos resultados de reabilitação. Uma perspectiva de direitos, por outro lado, permite reconhecer a dignidade mesmo quando a perda funcional não é reversível. A síntese proposta consiste em utilizar a funcionalidade como instrumento de planejamento sem transformá-la em critério de merecimento da proteção.

O Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Cuidados apresentam dimensões complementares. O primeiro consolida direitos específicos da população idosa; a segunda organiza o cuidado em perspectiva transversal e reconhece quem o presta. A inovação jurídica de 2024 pode ser interpretada como resposta a lacunas historicamente identificadas pela literatura sobre cuidado familiar. Entretanto, não é metodologicamente adequado utilizar estudos publicados antes da nova legislação como prova de que ela tenha fracassado ou obtido êxito. Esses trabalhos oferecem parâmetros para formular perguntas de avaliação, não respostas sobre os resultados de uma política posterior.

A inclusão social evidencia uma tensão adicional. A existência de atividades comunitárias pode ser contabilizada como oferta pública, mas não revela, necessariamente, a qualidade da participação. A presença física em um equipamento não equivale ao pertencimento ou à possibilidade de influenciar decisões. Essa distinção dialoga com a abordagem da OMS sobre isolamento e solidão (World Health Organization, 2021b), pois a quantidade de interações não substitui a avaliação de sua adequação às necessidades e preferências pessoais.

A dignidade, nessa perspectiva, possui implicações para o desenho das políticas e para sua implementação. Em vez de ser considerada apenas uma declaração geral de princípios,

pode orientar decisões relativas à acessibilidade, comunicação, proteção da privacidade e participação no planejamento do cuidado. Esses critérios permitem aproximar direitos abstratos de práticas observáveis, sem pretender reduzir a dignidade a um único indicador quantitativo.

4.2 Lacunas de integração, acesso e continuidade

A fragmentação das responsabilidades entre setores constitui uma questão central para a análise das redes. Necessidades de uma mesma pessoa podem demandar simultaneamente atendimento clínico, apoio domiciliar, transporte e proteção contra violência. Quando cada serviço atua com objetivos e registros próprios, sem mecanismos de articulação, a responsabilidade por coordenar a trajetória pode recair sobre o usuário ou seus familiares. A proposta de linha de cuidado discutida por Veras e Oliveira (2018) permite reconhecer esse problema como desafio organizacional.

Uma implicação para a gestão consiste em definir responsabilidades de acompanhamento após encaminhamentos. Encaminhar uma pessoa idosa a outro serviço não encerra, por si só, a demanda. A existência de mecanismos de retorno e comunicação pode permitir que a equipe de origem identifique obstáculos e avalie necessidades persistentes. Trata-se de uma proposição de organização da rede derivada da literatura, cuja viabilidade depende das capacidades institucionais e da disponibilidade de serviços em cada localidade.

A análise territorial precisa considerar diferenças entre municípios. Uma ação que depende de equipe especializada permanente pode ser difícil de organizar em localidades de menor porte, nas quais os recursos assistenciais estejam distribuídos regionalmente. A coordenação interfederativa prevista na Política Nacional de Cuidados oferece um fundamento institucional para enfrentar esse problema (Brasil, 2024). Contudo, a presente revisão não compara a oferta real entre municípios ou estados, de modo que a magnitude das desigualdades territoriais permanece como questão a investigar.

Outro desafio diz respeito à adequação da informação. Pessoas idosas e cuidadores precisam compreender direitos, alternativas disponíveis e fluxos de atendimento. A existência de canais exclusivamente digitais ou de formulários complexos pode dificultar o acesso de determinados grupos. Para evitar que a inovação tecnológica se converta em barreira, a organização dos serviços deve considerar alternativas presenciais, comunicação acessível e apoio ao uso de ferramentas digitais. A abordagem ambiental do envelhecimento fornece fundamento para esse entendimento (World Health Organization, 2015).

A continuidade também depende de financiamento e formação profissional. A existência de programas e diretrizes não estabelece automaticamente equipes suficientes, condições de trabalho ou cobertura assistencial. Por isso, a avaliação da implementação da Política Nacional de Cuidados precisa examinar recursos mobilizados, serviços disponíveis e resultados para usuários e cuidadores. A análise documental indica a direção normativa, mas não oferece elementos suficientes para mensurar a execução orçamentária ou a capacidade instalada em cada território.

4.3 Isolamento, violência e cuidado: interfaces e limites das evidências

A aproximação dos estudos sobre isolamento e violência permite considerar a importância de vínculos sociais e institucionais para o reconhecimento de necessidades. Pessoas com poucos contatos podem dispor de menos oportunidades de compartilhar dificuldades ou solicitar ajuda, embora essa condição não implique necessariamente exposição à violência. A associação entre os fenômenos é apresentada aqui como hipótese analítica e não como relação causal demonstrada pelo conjunto de trabalhos selecionados.

Os estudos de Sandy Júnior, Borim e Neri (2023) e de Ribeiro et al. (2021) tratam de problemas distintos, mas convergem ao evidenciar a necessidade de considerar dimensões relacionais da saúde. A identificação de solidão e a investigação de situações de violência não devem, entretanto, ser realizadas como se fossem procedimentos equivalentes. A primeira pode demandar apoio psicossocial e oportunidades de convivência; a segunda pode exigir medidas protetivas, notificação e articulação com órgãos responsáveis. A existência de sofrimento relacional não permite presumir a ocorrência de abuso.

A ampliação do contato social, embora relevante, não constitui proteção automática. Relações familiares ou comunitárias podem oferecer apoio, mas também podem ser fontes de coerção. Por essa razão, o planejamento das intervenções deve considerar a qualidade e a segurança dos vínculos. O respeito à preferência da pessoa idosa quanto a contatos e atividades é compatível com o princípio da autonomia, desde que situações de risco sejam avaliadas e as obrigações legais de proteção sejam observadas.

A interpretação dos achados internacionais requer atenção às populações estudadas. A metanálise de Hoang et al. (2022) reúne ensaios voltados a pessoas de 65 anos ou mais, enquanto a definição legal brasileira utiliza o limite de 60 anos. O trabalho de Sandy Júnior, Borim e Neri (2023) contempla também adultos de meia-idade. Essas diferenças impedem tratar os resultados como diretamente equivalentes. Ao utilizar evidências para orientar

políticas, é necessário considerar o contexto de aplicação e os critérios de elegibilidade de cada estudo.

Da mesma forma, a prevalência internacional de maus-tratos sintetizada por Yon et al. (2017) não pode ser comparada diretamente às taxas de notificação examinadas por Lima et al. (2026). A vigilância de violência depende de processos de identificação e registro que variam no tempo e no espaço. A revisão indica, assim, a necessidade de combinar informações epidemiológicas com avaliações de acesso aos canais de denúncia e do funcionamento dos encaminhamentos, sem transformar indicadores distintos em uma única medida de efetividade.

4.4 Equidade e avaliação das políticas de cuidado

A equidade constitui um critério para interpretar a distância entre reconhecimento universal de direitos e necessidades diferenciadas. A oferta de um mesmo conjunto de serviços a toda a população pode não ser suficiente quando as condições de acesso são desiguais. A distribuição de recursos deve considerar fatores que interferem na possibilidade de utilização dos serviços, tais como limitações funcionais, condições econômicas, acessibilidade e disponibilidade de apoio. A perspectiva de interação pessoa-ambiente discutida pela OMS oferece respaldo conceitual para esse raciocínio (World Health Organization, 2015).

A dimensão de gênero ocupa posição relevante na literatura sobre cuidado. O predomínio do trabalho familiar, discutido por Lima-Costa et al. (2017), e a análise de Minayo (2021) sobre a situação dos cuidadores oferecem fundamentos para questionar a naturalização da responsabilidade feminina. A Política Nacional de Cuidados reconhece a necessidade de distribuir responsabilidades de modo mais equitativo (Brasil, 2024). O acompanhamento de sua implementação deve, portanto, investigar se a oferta de serviços reduz a sobrecarga e amplia possibilidades de escolha, em vez de apenas formalizar responsabilidades já assumidas pelas famílias.

A avaliação da inclusão social também deve contemplar dimensões qualitativas. Indicadores de participação em atividades, frequência de contatos e acesso a equipamentos podem contribuir para o monitoramento, mas não substituem informações sobre pertencimento, respeito e satisfação com as relações. A distinção entre solidão e isolamento apresentada pela OMS (World Health Organization, 2021b) fornece fundamento para evitar que a mensuração da inclusão se restrinja à contagem de contatos.

Propõe-se, como desdobramento desta análise, que avaliações futuras de políticas de cuidado considerem três planos complementares. O primeiro corresponde às condições estruturais de oferta, como financiamento, equipes, acessibilidade e distribuição territorial. O segundo envolve os processos de atenção, incluindo continuidade, comunicação, encaminhamentos e participação nas decisões. O terceiro refere-se aos resultados percebidos pelas pessoas idosas e cuidadores, contemplando necessidades atendidas, segurança, autonomia e oportunidades de participação. Essa organização representa uma proposta conceitual, não um instrumento validado ou aplicado neste estudo.

Os resultados da revisão permitem sustentar que a proteção à dignidade exige integração de políticas que possuem lógicas administrativas distintas. A saúde pública contribui com prevenção, acompanhamento e reabilitação; a assistência social, com proteção e apoio diante de vulnerabilidades; e as políticas de direitos humanos, com mecanismos de participação e enfrentamento de violações. A legislação de cuidados fornece uma base transversal para aproximar essas dimensões. A efetividade dessa aproximação, entretanto, dependerá de evidências sobre a capacidade de coordenação e de resposta às necessidades reais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permitiu examinar o envelhecimento sob a perspectiva da dignidade humana e da saúde pública, articulando fundamentos normativos e literatura sobre participação social, isolamento, violência e redes de cuidado. Em resposta à pergunta norteadora, identificou-se que as políticas públicas brasileiras abordam a dignidade e a inclusão da pessoa idosa mediante o reconhecimento de direitos, a promoção da autonomia e da funcionalidade, a proteção contra violações e, mais recentemente, a incorporação do cuidado como direito e responsabilidade compartilhada. Essa trajetória é expressa pelo Estatuto da Pessoa Idosa, pela política de saúde específica e pela Política Nacional de Cuidados.

A literatura evidencia, contudo, que o reconhecimento normativo não é equivalente à efetivação dos direitos. Estudos sobre cuidado informal, solidão e violência oferecem elementos para identificar problemas que demandam respostas intersetoriais. Entre as questões destacadas encontram-se a distribuição desigual do trabalho de cuidado, a necessidade de continuidade assistencial, as dificuldades de identificação de violações e a insuficiência de respostas que considerem simultaneamente condições de saúde e participação social. A revisão não permite determinar em que medida cada uma dessas lacunas persiste após a implementação das políticas mais recentes.

O envelhecimento ativo deve ser compreendido como ampliação de oportunidades e não como imposição de desempenho ou independência. A dignidade não depende da capacidade de produzir, trabalhar ou realizar atividades sem apoio. Por isso, as políticas de inclusão devem contemplar tanto pessoas que preservam ampla independência quanto aquelas que precisam de cuidados contínuos, assegurando possibilidades de decisão, convivência e proteção de acordo com suas necessidades.

Recomenda-se, no plano das políticas públicas, o fortalecimento da coordenação entre saúde, assistência social e redes de proteção; a ampliação de alternativas de cuidado domiciliar e comunitário; a consideração das necessidades de cuidadores; e a adoção de estratégias de participação acessíveis. Essas direções não constituem demonstração de efetividade de intervenções específicas, mas implicações derivadas da leitura crítica das fontes examinadas.

As limitações incluem a natureza narrativa e exploratória da busca, a seleção intencional das fontes, a ausência de avaliação formal do risco de viés e a heterogeneidade das populações e dos indicadores examinados. A consulta a resumos e conteúdos parcialmente acessíveis restringiu a profundidade da apreciação de alguns estudos. Além disso, a revisão não realizou análise empírica da implementação da Política Nacional de Cuidados. Não se pode, portanto, generalizar os resultados para todos os contextos brasileiros ou estabelecer relações causais entre as políticas e os desfechos discutidos.

Sugere-se que pesquisas futuras realizem revisões sistemáticas ou de escopo sobre intervenções de inclusão social, estudos de avaliação da implementação do Plano Nacional de Cuidados e investigações comparativas sobre organização territorial das redes. Também são pertinentes estudos sobre as condições de vida de pessoas idosas com necessidades intensivas de apoio, sobre desigualdades de gênero e raça no cuidado e sobre a capacidade de resposta dos serviços a situações de violência. A inclusão das perspectivas das próprias pessoas idosas em investigações futuras pode contribuir para avaliar se as políticas correspondem às suas prioridades.

Conclui-se que envelhecer com dignidade implica mais do que prolongar a vida ou ampliar a oferta de procedimentos de saúde. Requer condições institucionais e sociais que permitam exercer direitos, preservar escolhas, receber apoio e participar da comunidade sem discriminação. O desafio brasileiro reside em transformar os avanços normativos em redes de cuidado acessíveis, contínuas e orientadas pela diversidade das experiências de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL**. Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Texto compilado. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741compilado.htm. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/antigos/portaria-ms-no-2-528-de-19-de-outubro-de-2006/. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. **Lei nº 15.069,** de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-15069-23-dezembro-2024-796797-publicacaooriginal-173901-pl.html. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Plano Nacional de Cuidados**: Brasil que Cuida. Brasília, DF: MDS, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/brasil-que-cuida/plano/plano. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa. Acesso em: 23 nov. 2026.

HOANG, P. et al. Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 5, n. 10, e2236676, 2022. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676. Acesso em: 23 nov. 2026.

HOLT-LUNSTAD, J. et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. **Perspectives on Psychological Science**, v. 10, n. 2, p. 227-237, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25910392/. Acesso em: 23 nov. 2026.

IBGE. **Censo Demográfico 2022**: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos. Acesso em: 23 nov. 2026.

LIMA, B. C. L. et al. Tendência temporal da violência por negligência/abandono em mulheres idosas do Brasil (2009-2022). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 79, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0379pt. Acesso em: 23 nov. 2026.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, 6s, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000013. Acesso em: 23 nov. 2026.

MINAYO, M. C. S. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 7-15, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020. Acesso em: 23 nov. 2026.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140. Acesso em: 23 nov. 2026.

RIBEIRO, M. N. S. et al. Evidências científicas da prática da violência contra a pessoa idosa: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR00403. Acesso em: 23 nov. 2026.

SANDY JÚNIOR, P. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. **Solidão e sua associação com indicadores sociodemográficos e de saúde em adultos e idosos brasileiros**: ELSI-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 7, e00213222, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213222. Acesso em: 23 nov. 2026.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018. Acesso em: 23 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042. Acesso em: 23 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on ageism**. Geneva: WHO, 2021a. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866. Acesso em: 23 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief**. Geneva: WHO, 2021b. Disponível em: https://www.who.int/publications/b/58086. Acesso em: 23 nov. 2026.

YON, Y. et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 2, p. e147-e156, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28104184/. Acesso em: 23 nov. 2026.