

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

Envelhecer E Padeecer: Etarismo No Contexto De Desigualdade Estrutural E Gastos Sociais No Brasil

Aging And Suffering: Ageism In The Context Of Structural Inequality And Social Spending In Brazil

Carla Hart Borges da Silva

Antonia Francileuda Araújo

José Álvaro Rodrigues Neto

Carlos Alberto Borges da Silva

Resumo

O Brasil experimenta envelhecimento populacional acelerado em contexto de desigualdade estrutural persistente e reformas sociais que fragilizam proteções sociais. Este artigo investiga como vulnerabilidades na velhice são socialmente produzidas através da articulação entre transição demográfica prematura, transição epidemiológica inconclusa, etarismo institucionalizado e necropolítica etária. Mediante análise teórico-documental de caráter crítico, examinam-se quatro proposições analíticas: o envelhecimento como transição demográfica prematura; a tripla carga de doenças como padrão persistente de morbidade expandida; o etarismo como dispositivo mediador entre condições estruturais e desfechos de saúde; e as reformas fiscais e previdenciárias como arranjos institucionais que sistematicamente aprofundam a insegurança na velhice. A operacionalização do conceito de etarismo revela manifestações concretas em políticas, protocolos e práticas de saúde. Evidências empíricas confirmam que idosos brasileiros vivem mais de oito anos com limitações funcionais severas, caracterizando expansão da morbidade. As reformas EC 95/2016 e EC 103/2019, implementadas simultaneamente ao envelhecimento populacional, configuram escolha política de produção sistemática de insegurança para populações vulneráveis. Levantamento realizado nas bases SciELO, Portal de Periódicos CAPES e Scopus revela produção científica consistente sobre etarismo no período 2020–2025, indicando intensificação do interesse acadêmico, particularmente durante a pandemia de COVID-19. A investigação demonstra que envelhecimento digno não resulta de processos naturais, mas de escolhas políticas deliberadas que podem e devem ser contestadas.

Palavras-chave: Etarismo. Envelhecimento. Determinantes Sociais da Saúde. Vulnerabilidade. Desigualdade Social. Necropolítica.

Abstract

Brazil is experiencing accelerated population aging in a context of persistent structural inequality and social reforms that weaken social protections. This article investigates how vulnerabilities in old age are socially produced through the articulation between premature demographic transition, incomplete epidemiological transition, institutionalized ageism, and age-related necropolitics. Through a critical theoretical-documentary analysis, four analytical propositions are examined: aging as a premature demographic transition; the triple burden of disease as a persistent pattern of expanded morbidity; ageism as a mediating device between structural conditions and health outcomes; and fiscal and social security reforms as institutional arrangements that systematically deepen insecurity in old age. The operationalization of the concept of ageism reveals concrete manifestations in health policies, protocols, and practices. Empirical evidence confirms that elderly Brazilians live more than eight years with severe functional limitations, characterizing an expansion of morbidity. The constitutional reforms EC 95/2016 and EC 103/2019, implemented simultaneously with population aging, constitute a political choice for the systematic production of insecurity for vulnerable populations. A survey conducted in the SciELO, CAPES Journals Portal, and Scopus databases reveals consistent scientific production on ageism in the period 2020–2025, indicating an intensification of academic interest, particularly during the COVID-19 pandemic. The research demonstrates that dignified aging does not result from natural processes, but from deliberate political choices that can and should be challenged.

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

Keywords: Ageism. Aging. Social Determinants of Health. Vulnerability. Social Inequality. Necropolitics.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento acelerado e transições estruturais no Brasil

O Brasil atravessa uma transformação demográfica de magnitude rara em trajetórias nacionais comparáveis. A estrutura etária historicamente marcada por uma base jovem passa a revelar um processo consistente de inflexão, com necessidades próprias e formas diferenciadas de exposição à vulnerabilidade.

As projeções indicam que, em meados do século XXI, três em cada dez brasileiros integrarão o contingente da senescência — resultado que não deve ser lido como mera curiosidade estatística, mas como anúncio de reconfiguração profunda no quadro das forças sociais, tanto que em 2025, o Brasil se consolidou entre as nações com maior massa absoluta de idosos no mundo. Mas o que distingue o envelhecimento brasileiro é a celeridade com que ele se impõe: enquanto a França dispôs de mais de um século para metabolizar a transição de 7% para 14% de população idosa, o Brasil comprime esse processo em cerca de 25 anos. Essa aceleração elimina possibilidades de ajustes graduais e acumulações sociais, produzindo um descompasso estrutural no qual a mudança demográfica supera a capacidade de resposta das instituições (IBGE, 2018).

Tal cenário articula-se a uma transição epidemiológica inconclusa, que se afasta do modelo clássico de Omran (1971)^v para instituir sobreposição perversa: a coexistência da dupla carga de doenças, na qual a cronicidade das patologias degenerativas convive com a persistência de quadros infectocontagiosos. Essa configuração revela que a longevidade, no contexto brasileiro, frequentemente não se traduz em vida saudável, mas em expansão da morbidade marcada por longos períodos de limitação funcional e dependência. A persistência dessas assimetrias corrobora a tese de que o envelhecimento é atravessado por clivagens territoriais profundas: enquanto o Sul e o Sudeste apresentam padrões próximos ao modelo de transição consolidada, o Norte e o Nordeste permanecem em transição polarizada e prolongada.

Esse quadro soma-se a desigualdades estruturais marcantes. As reformas recentes agravaram esse cenário: a Reforma da Previdência (EC nº 103/2019) aprofundou essa trajetória ao instituir a idade mínima obrigatória de 62 anos para mulheres e 65 anos para homens no regime geral. Além disso, ampliou o tempo mínimo de contribuição para homens ingressantes de 15 para 20 anos e alterou as fórmulas de cálculo, reduzindo o valor inicial dos benefícios em diversos casos. Para trabalhadores rurais, o endurecimento das exigências comprobatórias em um contexto de elevada informalidade tende a dificultar drasticamente o acesso efetivo à proteção social. O subfinanciamento crônico da saúde agrava esse cenário, atingindo especialmente quem demanda cuidados contínuos e complexos

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

(Veras, 2009; Vieira & Benevides, 2016).

Farmer (2003) permite interpretar esse conjunto de fatores como violência estrutural com recorte etário. A categoria de violência estrutural, formulada por Johan Galtung (1969) e expandida por Paul Farmer (2003) no campo da antropologia médica, refere-se a agressões cujos determinantes não podem ser rastreados a um ator individual específico, mas estão inscritas na própria organização política e econômica da sociedade.

1.2 Etarismo como problema emergente na agenda da saúde coletiva

Adjacente às transições demográfica e epidemiológica, um terceiro vetor estrutura as vulnerabilidades na velhice brasileira: o etarismo — compreendido como a discriminação sistemática ancorada no critério geracional. Sua relevância para o campo da saúde coletiva permanece subestimada, uma vez que opera sob o signo da naturalização, desprovido da contestação social explícita que hoje fustiga outras matrizes de opressão.

No cenário acadêmico internacional, a virada do milênio consolidou o etarismo como um determinante social da saúde, evidenciando sua capacidade de modular desde os fluxos de acesso aos serviços até os próprios desfechos biológicos da senescência. No Brasil, contudo, tal perspectiva revela-se incipiente; a arquitetura das políticas públicas voltadas ao idoso permanece ancorada em parâmetros estritamente biomédicos e funcionais, negligenciando a discriminação etária como uma variável analítica independente capaz de forjar trajetórias de adoecimento.

A Organização Mundial da Saúde, em seu *Relatório Mundial sobre Idadismo* (2022), aponta que a cada dois indivíduos, um nutre atitudes discriminatórias baseadas na idade. A documentação internacional reitera que o etarismo produz consequências mensuráveis sobre a integridade física e mental das populações idosas, incidindo diretamente na qualidade do cuidado e na erosão da participação social. Em um contexto marcado pelo envelhecimento acelerado sob a égide da desigualdade persistente, como o brasileiro, tais efeitos são amplificados pela fricção entre o tempo demográfico e a insuficiência das condições estruturais preexistentes.

A velhice emerge, assim, não como etapa homogênea da vida, mas como espaço privilegiado de observação das tensões estruturais que atravessam a sociedade brasileira contemporânea. Mais do que isso: a velhice revela-se como *locus* onde contradições sociais se tornam particularmente visíveis e no qual a distância entre promessas constitucionais e realidade concreta assume dimensões expressivas.

1.3 Problemática: o que se oculta sob os números

Diante desse quadro de transformação acelerada, persistência de desigualdades estruturais e

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

naturalização do preconceito etário, impõe-se interrogação fundamental: como se articulam, concretamente, essas múltiplas dimensões na produção de vulnerabilidades específicas na velhice?

A questão que se coloca não é meramente técnica ou administrativa — quantos leitos hospitalares serão necessários, qual deverá ser a idade mínima para aposentadoria, como equilibrar contas previdenciárias. Trata-se, antes, de interrogação que toca o próprio fundamento do pacto social: que tipo de sociedade se está construindo quando se organiza institucionalmente a precarização da existência de parcela crescente da população? Quando reformas estruturais reduzem proteções justamente quando o perfil demográfico demandaria sua expansão? Quando o etarismo — forma de discriminação perversa e frequentemente invisível — opera cotidianamente sem suscitar indignação coletiva equivalente à provocada por outras formas de preconceito?

Mais especificamente, cabe indagar: em que medida o etarismo atua como determinante social da saúde, mediando relações entre condições estruturais e desfechos individuais? Como estereótipos negativos sobre envelhecimento, internalizados ao longo da vida e reforçados institucionalmente, convertem-se em trajetórias de adoecimento? De que modo a violência estrutural com recorte etário se manifesta nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, nas políticas previdenciárias, nos arranjos familiares de cuidado?

1.4 Proposições analíticas: caminhos para compreender a produção social da vulnerabilidade

A presente investigação sustenta-se sobre conjunto de proposições analíticas interligadas, que atravessam diferentes níveis de análise, mas convergem para compreensão integrada dos processos que produzem vulnerabilidade na velhice brasileira contemporânea. Convém explicitar que, dado o delineamento teórico-documental adotado, tais proposições não são hipóteses a serem confirmadas ou refutadas por teste empírico direto, mas construções analíticas que orientam a leitura crítica da literatura, dos dados secundários e dos documentos institucionais examinados.

A primeira proposição — de ordem estrutural — sustenta que o envelhecimento brasileiro se configura como transição demográfica prematura em relação ao desenvolvimento institucional, caracterizada por descompasso temporal entre velocidade da mudança demográfica e capacidade de adaptação das estruturas sociais. Esse descompasso não é acidental ou transitório, mas constitutivo do modelo de desenvolvimento brasileiro, no qual modernização demográfica precedeu e em larga medida se descolou da modernização institucional.

A segunda proposição, de caráter epidemiológico, sustenta que a tripla carga de doenças observada na população idosa brasileira se configura como padrão persistente de morbidade expandida. Diferentemente do modelo de compressão da morbidade, no qual os anos adicionais de vida seriam vividos com relativa saúde, o caso brasileiro aproxima-se do modelo de expansão: vive-se mais, mas vive-se pior, carregando por períodos prolongados o fardo de múltiplas enfermidades e

limitações funcionais.

A terceira proposição, de matiz sociocultural, postula que o etarismo atua como dispositivo de mediação entre as assimetrias estruturais e os desfechos individuais de saúde. Longe de constituir mero apêndice discriminatório somado a outras desigualdades, esse mecanismo opera na reorganização e legitimação de disparidades preexistentes, transmutando clivagens socialmente forjadas em atributos percebidos como naturais ao processo de envelhecimento.

Nesse processo, o etarismo institui mecanismos de circularidade estrutural: pessoas idosas tornam-se objeto de categorização social como dependentes e economicamente improdutivas não em função de limitações inerentes ao envelhecimento, mas em decorrência de expectativas socialmente cristalizadas que operam como esquemas classificatórios prévios.

Processo este em que o etarismo institui uma 'profecia autorrealizável' (Merton, 1948), no qual definições falsas da situação orientam políticas que acabam por torná-las verdadeiras. A exclusão social precede ontologicamente e determina as condições de dependência que o discurso hegemônico, posteriormente, reifica como um dado puramente biológico e natural do envelhecimento.

A quarta hipótese postula que as reformas sociais implementadas nas últimas décadas — com ênfase nas emendas constitucionais previdenciária (EC 103/2019) e fiscal (EC 95/2016) — transcendem a retórica dos ajustes técnicos em resposta a constrangimentos macroeconômicos. Tais dispositivos representam, em última análise, uma escolha política deliberada que institucionaliza a produção sistemática de insegurança para as populações vulneráveis. Ao serem implementadas simultaneamente à aceleração do envelhecimento populacional, estas reformas configuram arranjos que tornam a sobrevivência digna na velhice progressivamente inviável para os estratos subalternizados.

Esta dinâmica é apreendida a partir do quadro conceitual da necropolítica de Achille Mbembe (2003), conforme as mediações teóricas expostas na seção 2.4. Sob esta ótica, o poder soberano não opera apenas pela eliminação direta, mas pela organização de estruturas que expõem corpos específicos — neste caso, o contingente idoso empobrecido — a condições de existência que antecipam a morte social e material. A austeridade permanente e o endurecimento dos umbrais de acesso à proteção social revelam-se, portanto, como mecanismos de gestão da finitude, onde a viabilidade da vida na senescência é arbitrada pela lógica do capital em detrimento do pacto constitucional de dignidade.

Quadro 1 Proposições analíticas centrais da investigação

Proposição	Descrição
PA1: Estrutural	O envelhecimento brasileiro configura transição demográfica prematura em relação ao desenvolvimento institucional, caracterizada por descompasso temporal entre velocidade da mudança demográfica e capacidade de adaptação das estruturas sociais.

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

PA2: Epidemiológica	A tripla carga de doenças observada na população idosa configura-se como padrão persistente de morbidade expandida: vive-se mais, mas vive-se pior, carregando por períodos prolongados múltiplas enfermidades e limitações funcionais.
PA3: Sociocultural	O etarismo atua como mediador crucial entre condições estruturais e desfechos individuais de saúde, amplificando e naturalizando desigualdades através de estereótipos negativos internalizados e reforçados institucionalmente.
PA4: Político-institucional	As reformas sociais (EC 95/2016 e EC 103/2019) representam escolha política que aprofunda sistematicamente a insegurança para populações vulneráveis, configurando arranjo institucional de produção de vulnerabilidade na velhice.

Fonte: Elaboração própria.

Essas quatro proposições — estrutural, epidemiológica, sociocultural e político-institucional — articulam-se em modelo explicativo integrado. Envelhecimento acelerado sob desigualdade persistente cria condições estruturais de vulnerabilidade; transição epidemiológica incompleta materializa essas vulnerabilidades em padrões específicos de morbidade; etarismo naturaliza e amplifica essas vulnerabilidades; reformas sociais institucionais aprofundam tais vulnerabilidades, retirando proteções justamente quando seriam mais necessárias.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

Todo esforço investigativo exige que se construa arsenal conceitual adequado — não como mera formalidade acadêmica, mas como necessidade intelectual genuína. Os fenômenos que se pretende compreender — envelhecimento sob desigualdade, sofrimento evitável, exclusão naturalizada — não se revelam à observação ingênua. Requerem lentes teóricas que permitam examinar relações de poder ocultas sob a aparente neutralidade dos dados, que conectem trajetórias individuais de adoecimento a processos estruturais de produção de vulnerabilidade.

2.1 Etarismo: fundamentos conceituais e distinções necessárias

Em 1969, o gerontólogo Robert Butler cunhou o termo *ageism* — aqui traduzido como etarismo ou idadismo — para designar uma forma específica de discriminação baseada na idade. Butler (1969) observara padrão sistemático de estereotipação e exclusão contra pessoas idosas, análogo em sua estrutura ao racismo e ao sexismo, porém dotado de uma invisibilidade peculiar. Diferentemente de outras formas de opressão que enfrentavam crescente contestação social, o etarismo operava — e em larga medida ainda opera — como categoria naturalizada de preconceito.

Para os fins analíticos deste artigo, propõe-se uma distinção operacional — reconhecida pelos autores como construção própria e não como consenso estabelecido na literatura — entre idadismo e etarismo. O idadismo é aqui empregado como categoria mais abrangente, referindo-se a atitudes, preconceitos e processos de exclusão que atingem indivíduos em decorrência de seu lugar no ciclo de vida, em qualquer estágio. Nessa acepção ampla, a interdição baseada na idade atua como dispositivo

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

de controle que se manifesta também nos umbrais da juventude, reforçando estereótipos de imaturidade ou inaptidão.

O etarismo, por sua vez, é aqui empregado para designar especificamente a discriminação direcionada à pessoa idosa — cristalização dessa gramática de exclusão voltada para a senescência. Embora a maioria dos autores nacionais utilize os termos de forma intercambiável (o que é igualmente legítimo), a distinção adotada tem valor heurístico para a análise que se desenvolve nas seções seguintes, na medida em que permite isolar os mecanismos específicos que operam sobre a velhice. Acrescente-se a isso uma particularidade temporal, considerando que, diferentemente de outras discriminações, o etarismo dirige-se contra um grupo do qual todos — caso sobrevivam tempo suficiente — eventualmente farão parte. Internalizam-se, assim, estereótipos que serão posteriormente aplicados a si mesmo — circularidade que revela uma sociedade capaz de naturalizar um preconceito que, no futuro, voltar-se-á contra ela mesma.

2.2 Etarismo como determinante social da saúde: do preconceito à patologia

No campo das interações assistenciais, a dinâmica da discriminação geracional manifesta-se com maior gravidade quando o acesso aos serviços é mediado por preconceitos e as decisões clínicas tornam-se balizadas por presunções sobre o valor relativo de vidas longevas. Nesse cenário, opera-se uma dupla violação: a negação objetiva do direito à saúde e a interdição subjetiva do reconhecimento do idoso como sujeito pleno de direitos.

A materialidade biológica dessa exclusão encontra fundamento nas investigações de Becca Levy et al. (2002), cujas evidências indicam que a internalização de estereótipos negativos sobre o envelhecimento produz efeitos fisiológicos mensuráveis e deletérios. Embora a transposição desses resultados para o cenário nacional exija cautela diante das profundas assimetrias estruturais de saúde que distinguem o Brasil dos contextos de alta renda, tais achados oferecem uma base empírica consistente para a compreensão de como o etarismo internalizado modula comportamentos de saúde e respostas clínicas.

Como evidenciado nas teses de Levy (2002; 2009), o impacto do preconceito não é meramente uma ofensa simbólica, mas uma patologia sociocultural capaz de subtrair anos da trajetória vital do sujeito. No Brasil, essa perspectiva orienta a leitura dos dados nacionais, revelando que a gramática do etarismo opera como um determinante social de saúde implacável, transformando a exclusão social em uma sentença de morte prematura inscrita na própria biologia do envelhecer.

O etarismo atua transversalmente através de múltiplas camadas: no nível macroestrutural, manifesta-se em ideologias que mensuram valor humano pela capacidade produtiva e em políticas que sistematicamente priorizam outros grupos etários. No nível intermediário, expressa-se em discriminação no mercado de trabalho, segregação espacial e sub-representação midiática. No nível

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

proximal, revela-se em práticas médicas que atribuem sintomas à idade ao invés de investigá-los, em relações familiares infantilizadoras e em isolamento social progressivo (Allen, 2016; Chang et al., 2020).

Importante compreender que o etarismo não opera isoladamente, mas interseccionalmente. Chang et al. (2020), em revisão sistemática com escopo global, demonstraram que os efeitos deletérios do etarismo são amplificados quando combinados com pobreza, racismo e sexismo. Mulheres idosas negras e pobres enfrentam não mera soma de discriminações, mas potencialização recíproca, resultando em invisibilização sistemática e exclusão progressiva dos sistemas de cuidado (Arber & Ginn, 1991; Calasanti & Slevin, 2001).

2.3 Operacionalização do etarismo no campo da saúde: da teoria à prática institucional

Compreender o etarismo conceitualmente é passo fundamental, porém insuficiente. Torna-se imperativo operacionalizar o conceito, traduzindo-o em indicadores que permitam identificar suas manifestações concretas nos sistemas e práticas de saúde.

O Quadro 2 apresenta essa sistematização, organizada em seis dimensões analíticas: políticas e prioridades, protocolos clínicos, alocação de recursos, práticas de triagem, comunicação e tomada de decisão. Os indicadores foram derivados mediante leitura analítica cruzada de Allen (2016) e Chang et al. (2020), identificando-se, em cada dimensão, as manifestações concretas que os autores descrevem como associadas ao etarismo institucional. Trata-se, portanto, de síntese interpretativa fundamentada nas fontes citadas, e não de lista exaustiva.

Quadro 2 Indicadores de etarismo institucional no campo da saúde

Dimensão	Indicadores
Políticas e prioridades	Saúde de pessoas idosas não definida como prioridade; políticas voltadas predominantemente para outros grupos etários; ausência de metas específicas; sub-representação em conselhos de saúde.
Protocolos clínicos	Limites etários para procedimentos independentemente de condição funcional; protocolos que estigmatizam pessoas idosas; recusa de cuidados baseada em idade cronológica.
Alocação de recursos	Concentração em tratamento de agudizações em detrimento de prevenção; subfinanciamento da atenção primária; escassez de especialistas em geriatria.
Práticas de triagem	Subtriagem de depressão (sintomas atribuídos ao envelhecimento normal); supertriagem de fragilidade; triagem inadequada de dor; triagem etária em emergências.
Comunicação	Infantilização no trato; comunicação dirigida a acompanhantes ao invés do paciente; presunção de comprometimento cognitivo; desconsideração de preferências do paciente.
Tomada de decisão	Exclusão de pessoas idosas de decisões sobre seu próprio tratamento; presunção de incapacidade decisória; limitação de opções terapêuticas baseada em idade; paternalismo médico exacerbado.

Fonte: Elaboração própria, com base em Allen (2016) e Chang et al. (2020). Indicadores derivados mediante síntese interpretativa

2.4 Transições em conflito: o envelhecimento sob a égide da desigualdade

A teoria clássica da transição demográfica é desafiada pela realidade brasileira. Enquanto o modelo de Notestein previa equilíbrio gradual mediado pelo desenvolvimento, o Brasil enfrenta descompasso cronológico severo: uma transição comprimida em apenas 25 anos, processo que na França, como se disse, demandou mais de um século. Essa aceleração consolida o que Alves (2019) denomina "envelhecimento antes do enriquecimento", no qual a senescência em massa ocorre sem a superação prévia da pobreza ou a consolidação de proteção social adequada.

Essa aceleração demográfica articula-se a uma transição epidemiológica inconclusa. Distante da hipótese de "compressão da morbidade" de Fries (1980), o cenário nacional materializa o contraponto de Gruenberg (1977): a expansão da morbidade, considerando que o idoso brasileiro vive, em média, mais de oito anos com limitações funcionais sérias (Camargos et al., 2008). Tal fenômeno não é fatalidade biológica, mas resultado de escolhas políticas que privilegiam a atenção hospitalar em detrimento do cuidado longitudinal.

Quadro 3 Características comparativas das transições demográfica e epidemiológica

Dimensão	Países desenvolvidos	Brasil
Velocidade da transição	Gradual (França: 115 anos para duplicar proporção de idosos)	Acelerada (aproximadamente 25 anos para a mesma transição)
Relação com desenvolvimento	Envelhecimento após enriquecimento	Envelhecimento antes do enriquecimento (Alves, 2019)
Transição epidemiológica	Substituição progressiva de doenças infecciosas por crônicas	Coexistência persistente: tripla carga de doenças
Padrão de morbidade	Compressão da morbidade (mais anos com saúde)	Expansão da morbidade (8+ anos com limitações severas)
Desigualdade social	Reduzida e declinante	Elevada e persistente (Gini 0,52 entre idosos)
Proteção social	Consolidada durante processo de envelhecimento	Fragilizada por reformas sociais durante o envelhecimento

Fonte: Elaboração própria, baseada em Kalache e Keller (2000), Schramm et al. (2004) e Camargos et al. (2008).

A noção de necropolítica, desenvolvida por Achille Mbembe (2003) a partir de contextos de soberania colonial, guerra e campos de exceção — onde o poder soberano decide sobre a vida e a morte de populações inteiras —, tem sido progressivamente mobilizada em sentidos analíticos mais amplos, inclusive no campo da saúde coletiva. Biehl (2007), ao analisar o abandono de pacientes com AIDS no Brasil, é referência exemplar dessa extensão: o conceito é aplicado a formas de desinvestimento estatal que, sem constituir eliminação direta, produzem condições de morte precoce e sofrimento evitável em populações subalternizadas. É nessa tradição que o presente artigo situa seu uso da necropolítica etária.

Essa extensão conceitual é legítima, desde que reconhecidos seus limites: não se trata de

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

afirmar que o Estado brasileiro declara guerra aos idosos pobres, mas de evidenciar que arranjos institucionais — como o congelamento de gastos sociais por vinte anos em contexto de envelhecimento acelerado — produzem efeitos que, do ponto de vista dos sujeitos mais vulneráveis, se traduzem em privação de condições elementares de dignidade na velhice. É nesse sentido restrito e mediado que o presente artigo emprega o conceito de necropolítica etária, como ferramenta analítica para nomear a dimensão política das escolhas que distribuem desigualmente as condições de envelhecimento digno.

Sob este enquadramento, os conceitos de etarismo, violência estrutural e necropolítica articulam-se como mecanismos que operam simultaneamente na produção social da vulnerabilidade. A velhice brasileira emerge, portanto, como o *locus* de uma tensão biopolítica na qual a precariedade da existência é alimentada por constrangimentos fiscais que recaem de forma diferenciada sobre as populações mais vulneráveis.

3. METODOLOGIA

A investigação situa-se no campo das ciências sociais aplicadas à saúde, adotando perspectiva qualitativa de caráter crítico-interpretativo. Trata-se de esforço teórico-analítico que visa compreender mecanismos pelos quais vulnerabilidades na velhice são socialmente produzidas, desvelando relações de poder que se ocultam sob aparente naturalidade de processos demográficos, epidemiológicos e institucionais. A escolha por abordagem qualitativa fundamenta-se no reconhecimento de que fenômenos sociais complexos — envelhecimento sob desigualdade, etarismo institucionalizado, violência estrutural — não podem ser adequadamente compreendidos por meio da redução a variáveis mensuráveis e relações causais lineares.

3.1 Delineamento e modelo conceitual

O delineamento caracteriza-se como análise teórico-documental crítica. Este movimento dialético confronta a literatura especializada sobre transições demográficas e etarismo com dados demográficos, epidemiológicos e normativos do Brasil contemporâneo.

A operacionalização do etarismo no campo da saúde exigiu a construção de um modelo que articulasse indicadores de qualidade de cuidado, formação profissional e vieses organizacionais, conforme detalhado no Quadro 2.

3.2 Fontes de dados e procedimentos analíticos

A construção do *corpus* investigativo operou por meio de múltiplas frentes complementares.

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

No âmbito demográfico, a análise ancorou-se em dados do IBGE — especificamente as Projeções da População (2010-2060) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua — PNADC —, o que permitiu o exame da inflexão na estrutura etária e das persistentes assimetrias na distribuição de renda. No campo epidemiológico, a incursão investigativa ancorou-se no escrutínio dos indicadores da Pesquisa Nacional de Saúde e nos desdobramentos do estudo SABE, cujos dados sobre multimorbidade e anos vividos com incapacidade funcional desvelam a materialidade do envelhecimento brasileiro. Essas evidências foram fundamentais para confrontar a retórica da longevidade com a realidade de uma sobrevida marcada pela precariedade funcional.

No domínio político-institucional, a análise compulsionou a Constituição Federal de 1988 e as Emendas Constitucionais 95/2016 e 103/2019, tratando-as como dispositivos que moldam a proteção social e reconfiguram a arquitetura assistencial do SUS frente à senescência. Este arcabouço normativo é tensionado pelo referencial de Achille Mbembe, permitindo desvelar o exercício de um poder que, ao definir a distribuição desigual de recursos, arbitra sobre a viabilidade da existência de grupos socialmente subalternizados.

Os procedimentos analíticos aliaram o rigor sistemático à sensibilidade interpretativa. Dados quantitativos foram contextualizados historicamente para evitar leituras acríticas, enquanto os documentos políticos foram submetidos a análise de conteúdo crítica, interrogando-se suas justificativas oficiais e consequências efetivas. A literatura especializada foi integrada mediante revisão crítica, identificando-se convergências e lacunas no debate contemporâneo.

A estratégia central foi a triangulação de fontes, confrontando sistematicamente dados epidemiológicos, políticas públicas e estudos qualitativos. A perspectiva interseccional orientou todo o processo, garantindo que as análises respeitassem a heterogeneidade das experiências de envelhecimento.

3.3 Protocolo de levantamento bibliométrico

Para caracterizar o estado da produção científica sobre etarismo no período recente, realizou-se levantamento nas seguintes bases de dados: SciELO, Portal de Periódicos CAPES e Scopus.

A incursão bibliométrica foi executada em dezembro de 2026, circunscrevendo uma cobertura temporal entre os anos de 2020 e 2025. O arsenal de descritores mobilizados compreendeu os termos "etarismo", "idadismo", "ageism" e "discriminação etária", aplicados estrategicamente aos campos de título, resumo e palavras-chave. Como critérios de inclusão, privilegiaram-se artigos publicados em periódicos científicos com revisão por pares, cujo foco temático orbitasse o etarismo como objeto central ou relevante, admitindo-se produções em português, inglês ou espanhol. Por escolha metodológica, foram excluídas teses, dissertações, anais de eventos, capítulos de livro e documentos de caráter estritamente institucional.

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

O mapeamento consolidado dessa topografia científica identificou aproximadamente 1.240 artigos nas bases SciELO e no Portal de Periódicos CAPES, articulados a cerca de 2.340 registros no Scopus, totalizando aproximadamente 3.580 publicações. Considerada a sobreposição inerente entre as bases de dados, tais cifras devem ser compreendidas como estimativas da densidade do campo, e não como contagem absoluta de produções únicas. Não se realizou análise de conteúdo sistemática das obras localizadas, razão pela qual o levantamento assume caráter eminentemente descritivo, destinado a situar o volume e as tendências da produção científica no horizonte contemporâneo, sem pretensão de síntese exaustiva.

O crescente interesse acadêmico pelo etarismo reflete-se com vigor na pós-graduação *stricto sensu*. O levantamento realizado no Catálogo de Dissertações e Teses da CAPES indicou a existência de aproximadamente 16.650 trabalhos que orbitam a temática. Em perspectiva comparada, a volumosa produção de teses e dissertações frente ao contingente de 3.580 artigos publicados em periódicos com revisão por pares sinaliza um campo em pleno processo de maturação e consolidação. Tal assimetria sugere um potencial latente para a transposição desse conhecimento em publicações indexadas, fortalecendo a circulação qualificada do debate sobre o envelhecimento no cenário nacional.

3.4 Considerações éticas e limitações

Embora o desenho metodológico não tenha envolvido o contato direto com seres humanos, a investigação é atravessada por responsabilidades éticas incontornáveis. O esforço analítico buscou um equilíbrio tenso entre a denúncia das vulnerabilidades estruturais e o reconhecimento de que os sujeitos idosos não são meros repositórios de carência, mas atores dotados de agência, capazes de resistência e transformação frente às interdições sociais.

Assume-se, contudo, que a análise documental e teórica opera uma mediação inevitável. As vozes dos sujeitos permanecem capturadas pela gramática estatística e pelas categorias acadêmicas, o que impõe o reconhecimento da necessidade de futuros estudos de base etnográfica e participativa. Tais investigações são urgentes para capturar as especificidades territoriais e as heterogeneidades que compõem o mosaico do envelhecimento brasileiro.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO

A análise que se segue mobiliza o modelo conceitual apresentado para examinar como envelhecimento acelerado, desigualdade persistente, transição epidemiológica incompleta e etarismo institucionalizado se articulam na produção de vulnerabilidades na velhice brasileira.

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

4.1 Descompasso estrutural e materialização da vulnerabilidade

O envelhecimento brasileiro configura transição demográfica prematura em relação ao desenvolvimento institucional. Instituições sociais — sistemas de saúde, arranjos previdenciários, estruturas urbanas, políticas públicas — desenvolvem-se lentamente e requerem décadas para consolidação. Quando a transformação demográfica ocorre em velocidade várias vezes superior, o descompasso torna-se inevitável e seus efeitos, concretos.

Na saúde, a rede de atenção primária permanece insuficiente para as demandas de manejo de condições crônicas, as especialidades geriátricas são escassas — estima-se menos de 3.200 geriatras para mais de 33 milhões de idosos (Cintra et al., 2025) — e os hospitais, estruturados para eventos agudos, mostram-se inadequados para lidar com multimorbidade complexa. Na previdência, um sistema desenhado para expectativa de vida significativamente menor enfrenta pressões crescentes respondidas não com adaptação estrutural, mas com endurecimento de requisitos que penalizam os trabalhadores mais vulneráveis. Na infraestrutura urbana, cidades construídas para população jovem mostram-se progressivamente inadequadas, com transporte inacessível, calçadas deterioradas e ausência de espaços públicos adaptados — condições que restringem mobilidade, amplificam isolamento e aceleram o declínio funcional.

A segunda proposição analítica — de que a tripla carga de doenças configura padrão persistente de morbidade expandida — encontra sustentação nas evidências disponíveis. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde revelam que 75,3% dos idosos brasileiros apresentam ao menos uma doença crônica não transmissível, com mais da metade em situação de multimorbidade. As DCNT mais prevalentes incluem hipertensão arterial (52,7%), colesterol elevado (27,1%), artrite ou reumatismo (24,0%) e diabetes (19,9%). Diferentemente do modelo clássico de transição epidemiológica, tais condições coexistem com doenças infecciosas — tuberculose, dengue, doenças diarreicas — e com mortalidade expressiva por causas externas (IBGE, 2020). O dado mais revelador vem do estudo SABE: idosos brasileiros vivem, em média, mais de oito anos com limitações funcionais severas, enquanto em países de alta renda esse período raramente ultrapassa três anos (Camargos et al., 2008).

Essa expansão da morbidade não resulta de fatalidade biológica, mas de escolhas políticas identificáveis. A alocação de recursos no SUS favorece a atenção hospitalar (47% dos gastos) em detrimento da atenção primária (18%), invertendo as prioridades necessárias ao manejo de condições crônicas.

4.2 Etarismo institucional: da teoria às manifestações concretas

A terceira proposição analítica — de que o etarismo atua como mediador entre condições

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

estruturais e desfechos individuais de saúde — encontra respaldo em estudos internacionais e em evidências nacionais emergentes. Nos Estados Unidos, Levy et al. (2002; 2009), embora discutidos com ressalvas de contextualização na seção 2.2, demonstraram que a internalização de estereótipos negativos sobre o envelhecimento produz efeitos mensuráveis sobre desfechos clínicos e comportamentos de saúde. Quando se projeta esse quadro para o Brasil, ele tende a se potencializar por conta das condições estruturais de desigualdade social, contudo pesquisas sobre esta situação ainda não foram realizadas, o que restringe sua quantificação.

Todavia, aqui o etarismo institucional manifesta-se em indicadores concretos: ausência de metas específicas para saúde do idoso em planos estaduais e municipais; protocolos que estabelecem limites etários para procedimentos como diálise, quimioterapia e cirurgias complexas, independentemente da condição funcional individual; subtriagem de depressão, cujos sintomas são atribuídos ao envelhecimento normal em vez de reconhecidos como patologia tratável (Bodner et al., 2012); e subvalorização sistemática da dor, presumida como componente inevitável da velhice, resultando em subtratamento e sofrimento evitável.

O conceito de triagem etária torna esses mecanismos particularmente visíveis. Trata-se do processo pelo qual a idade cronológica opera como critério — explícito ou implícito — para o encaminhamento ou recusa de tratamento (Callahan, 1987; Daniels, 2008; Emanuel et al., 2020). Durante a pandemia de COVID-19, esse etarismo tornou-se inequívoco: protocolos de algumas instituições estabeleciam que pacientes acima de determinada idade não seriam admitidos em UTI ou submetidos à ventilação mecânica, independentemente do potencial de recuperação (CREMEC, 2022).

Essa reificação do sujeito idoso materializou-se no uso de instrumentos como a Escala de Fragilidade Clínica e o Escore SOFA, que, sob a égide de uma "alocação racional de recursos escassos", converteram o envelhecimento natural em um passivo biológico (AMIB, 2020). Tal pragmatismo utilitarista, ao priorizar o "potencial de anos de vida salvos" em detrimento da singularidade da existência, confrontou diretamente o ordenamento jurídico brasileiro. Em resposta, órgãos como o Ministério Público Federal (MPF) ratificaram que a graduação do valor das vidas com base na utilidade social ou longevidade remanescente é inconstitucional, uma vez que a vulnerabilidade inerente à velhice deve ser critério de proteção estatal, e não um fundamento para a exclusão do acesso a tecnologias de suporte à vida. Nesta lógica, a velhice é ontologicamente reduzida à categoria de "vida desvalorizada", cujos anos remanescentes são mensurados sob a ótica da produtividade e do custo social, justificando a suspensão da dignidade constitucional em favor de um determinismo biométrico.

A dimensão interseccional revela que mulheres idosas negras e pobres enfrentam uma potencialização recíproca de discriminações: são invisibilizadas como mulheres, marginalizadas

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

como negras, desvalorizadas como pobres e descartadas como idosas. Cada camada de opressão amplifica as demais, produzindo vulnerabilidades qualificadamente distintas que exigem respostas políticas igualmente multidimensionais.

4.3 Necropolítica, reformas e possibilidades de intervenção

A quarta proposição analítica — de caráter político-institucional — sustenta que as reformas sociais implementadas nas últimas décadas constituem escolha política que aprofunda sistematicamente a insegurança na velhice — é a que demanda maior cautela interpretativa, mas também a que encontra sustentação mais direta na análise dos documentos institucionais. A investigação das EC 95/2016 e EC 103/2019 revela convergência entre redução de recursos disponíveis para saúde e previdência e aceleração do envelhecimento populacional.

Como discutido na seção 2.4, o conceito de necropolítica é aqui empregado em sentido analítico ampliado, na linha de autores que o aplicam a formas de abandono institucional e desinvestimento estatal. O congelamento do financiamento social no exato momento da inflexão demográfica, a elevação dos requisitos previdenciários em contexto no qual a expectativa de vida saudável dos mais pobres é significativamente menor que a média nacional, e a progressiva privatização de serviços em contexto de aprofundamento da desigualdade — esse conjunto produz condições que tornam o envelhecimento digno acessível apenas para aqueles que podem pagar por ele.

Esse poder opera seletivamente. Idosos de classe média e alta, amparados por planos privados e previdência complementar, permanecem relativamente protegidos. Idosos pobres, dependentes do SUS subfinanciado e de benefícios mínimos, enfrentam precarização crescente. Produz-se uma hierarquia de condições de envelhecimento encoberta pela retórica da sustentabilidade fiscal, mas cujos efeitos são verificáveis: idosos pobres morrem mais cedo, adoecem mais gravemente e sofrem mais intensamente.

Reconhecer essas estruturas, contudo, não equivale a resignar-se a elas. Evidências internacionais e nacionais apontam possibilidades concretas de intervenção. No nível clínico, programas de exercícios multicomponentes associam-se à redução de quedas e manutenção de independência; intervenções cognitivas multimodais retardam declínio e melhoram qualidade de vida; o manejo integrado de condições crônicas reduz hospitalizações e melhora desfechos.

Quadro 4 Níveis de intervenção para enfrentamento do etarismo e da vulnerabilidade na velhice

Nível	Intervenções possíveis	Limitações
Clínico e gerontológico	Programas de manutenção de capacidade funcional; comunicação respeitosa; avaliação geriátrica ampla; manejo de multimorbidade; triagem sensível e específica.	Alcance limitado sem mudanças estruturais; risco de responsabilização individual.

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

Formação profissional	Educação sobre etarismo na graduação e pós-graduação; sensibilização para vieses etários; competências em geriatria; treinamento em comunicação; abordagem interseccional.	Formação isolada não supera constrangimentos institucionais e estruturais.
Institucional	Mudança de cultura organizacional; protocolos que valorizem pessoas idosas; alocação adequada de recursos; fortalecimento da atenção primária; integração de serviços.	Instituições operam sob constrangimentos políticos e econômicos mais amplos.
Estrutural e político	Revisão da EC 95/2016; reforma tributária progressiva; fortalecimento do SUS universal; políticas de redução de desigualdades; mobilização social; representação política de pessoas idosas.	Exige correlação de forças políticas favorável; enfrenta resistências de grupos privilegiados.

Fonte: Elaboração própria.

4.3.1 Enfrentamento ao etarismo: determinações estruturais do envelhecimento saudável

O enfrentamento às vulnerabilidades produzidas pelo etarismo exige articulação multidimensional que se inicia na microfísica das interações assistenciais. No plano clínico, a comunicação informativa e respeitosa da autonomia é um dispositivo central para reduzir o subtratamento e elevar a adesão terapêutica. A substituição da idade cronológica por triagem ajustada à funcionalidade individual permite evitar tanto o subdiagnóstico quanto o sobrediagnóstico que afetam a população idosa. A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) emerge como instrumento de excelência, permitindo leitura multidimensional — física, cognitiva e social — que orienta intervenções personalizadas.

No âmbito da formação profissional, a educação contínua sobre o etarismo é necessária para desconstruir estereótipos que contaminam todas as ciências da saúde. A inserção de unidades curriculares focadas na senescência, aliada ao contato direto com idosos em contextos que ressaltem sua agência, tem demonstrado eficácia na redução de preconceitos institucionais.

No nível institucional, a mudança da cultura organizacional, embora lenta, é necessária para que as instituições de saúde passem a valorizar o envelhecimento em todos os seus processos cotidianos.

Seria, contudo, equivocados supor que intervenções em nível micro — clínico ou educacional — possam, isoladamente, transformar as estruturas de produção da vulnerabilidade. Enquanto as reformas sociais aprofundarem as desigualdades e o subfinanciamento esvaziar os sistemas públicos, as intervenções pontuais encontrarão limites estruturais. A transformação exige não apenas mudança de atitude, mas a disputa política em torno dos arranjos que produzem o sofrimento evitável.

4.4 Síntese analítica e produção científica recente

As quatro proposições analíticas formuladas — estrutural, epidemiológica, sociocultural e

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

político-institucional — sustentam-se mutuamente como dimensões articuladas de um sistema de produção de vulnerabilidade. O envelhecimento acelerado sob desigualdade persistente gera condições estruturais que se materializam em padrões específicos de morbidade expandida; o etarismo naturaliza e amplifica essas vulnerabilidades; as reformas recentes aprofundam tais vulnerabilidades mediante escolhas de alocação que desprotegem os mais pobres.

Os desafios éticos e de equidade permeiam todas essas dimensões. O etarismo compromete a autodeterminação dos pacientes, corrói a acurácia diagnóstica e a efetividade terapêutica, e agrava as desigualdades no acesso a serviços. Se produz discriminação e exclusão sistemáticas, seu impacto transcende as dimensões técnico-assistenciais: configura violação de princípios fundamentais de igualdade e dignidade humana.

Do ponto de vista da produção científica, o levantamento realizado nas bases SciELO, Portal de Periódicos CAPES e Scopus — conforme protocolo descrito na seção 3.3 — revela volume expressivo, estimado em aproximadamente 3.580 artigos publicados entre 2020 e 2025. O crescimento observado coincide com a pandemia de COVID-19, que trouxe o etarismo à visibilidade pública e impulsionou debates sobre alocação de recursos e discriminação etária. Esses números devem ser interpretados como estimativa indicativa da tendência da produção, não como resultado de revisão sistemática rigorosa.

Contudo, volume não garante especificidade. Dos artigos localizados, apenas uma fração aborda diretamente o etarismo institucional no campo da saúde, a realidade brasileira ou dados empíricos originais desagregados por classe, raça, gênero e território. Persiste lacuna substantiva que justifica investigações focadas — especialmente estudos que operacionalizem o etarismo em instrumentos validados, documentem práticas discriminatórias concretas e avaliem a efetividade de intervenções.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em última análise, a convergência das dimensões estrutural, epidemiológica, sociocultural e política aqui examinadas não apenas sustenta as proposições analíticas iniciais, mas revela os mecanismos de um sistema integrado de produção de vulnerabilidade. O que se depreende desta investigação é que a vulnerabilidade na velhice brasileira não é um subproduto inevitável do tempo biológico, mas o resultado de uma arquitetura de exclusão produzida por escolhas políticas identificáveis. Ao desvelarmos como o etarismo institucionalizado se combina com os efeitos das reformas fiscais e previdenciárias, as conclusões deste estudo constituem uma interpelação ao pacto social vigente. A superação deste quadro exige que o envelhecimento seja retirado do campo da gestão de danos e recolocado no centro da disputa por um modelo de sociedade que reconheça a dignidade da senescência como imperativo ético e direito inalienável, rompendo com os processos de

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

precarização que hoje constroem as condições de vida de milhões de brasileiros.

As implicações práticas operam em múltiplos níveis. No plano clínico, intervenções efetivas já estão disponíveis: manutenção da capacidade funcional, comunicação que preserve autonomia, triagem orientada pela condição individual e não pela idade cronológica. No plano da formação, a educação contínua sobre etarismo mostra eficácia na redução de preconceitos e deve constituir eixo transversal nas ciências da saúde. No plano institucional, mudanças de cultura organizacional são lentas, mas possíveis, quando apoiadas por políticas deliberadas. No plano estrutural — e aqui reside o nó central —, intervenções pontuais não bastam para superar as condições macro que produzem vulnerabilidade. São necessárias proteção social robusta, sistemas de saúde adequadamente financiados, arranjos urbanos acessíveis e representação política que amplifique as vozes dos idosos.

Reconhecem-se as limitações inerentes ao delineamento adotado. A análise teórico-documental não substitui pesquisa empírica direta, e as vozes dos sujeitos permanecem mediadas por dados e análises acadêmicas. A agenda futura deve priorizar: instrumentos de medida do etarismo validados para o contexto brasileiro; estudos longitudinais por estratos sociais; avaliações rigorosas de intervenções; e análises interseccionais que articulem classe, raça, gênero e território.

As mudanças demográficas em curso são irreversíveis. A questão não é se o Brasil envelhecerá, mas como envelhecerá. Envelhecimento marcado por vulnerabilidade expandida e abandono institucionalizado, ou envelhecimento digno, saudável e socialmente valorizado? Essa resposta não está predeterminada — será resultado de escolhas políticas deliberadas sobre alocação de recursos, estruturação de serviços e modelo de sociedade. O etarismo institucional, a violência estrutural com recorte etário e a produção institucional de insegurança na velhice podem ser contestados e superados. Envelhecimento digno não é privilégio de poucos: é direito de todos os brasileiros. Esta investigação buscou desvelar os mecanismos que obstaculizam esse direito e apontar caminhos possíveis de transformação — contribuição que só se realiza plenamente quando alimenta práticas, políticas e mobilizações capazes de transformar a realidade concreta de quem envelhece sob adversidade estrutural.

REFERÊNCIAS

Allen, J. T. (2016). Ageism as a risk factor for chronic disease. *The Gerontologist*, 56(4), 610–614.

Alves, J. E. D. (2019). Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Revista Longevidade*, 2(8).

Arber, S., & Ginn, J. (1991). *Gender and later life: a sociological analysis of resources and constraints*. Sage Publications.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). *Protocolos de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia de COVID-19*. [S. l.]: AMIB, 2020. Disponível em: <https://www.amib.org.br>. Acesso em:

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

5 jan. 2026.

Biehl, J. (2007). *Will to live: AIDS therapies and the politics of survival*. Princeton University Press.

Bodner, E., Bergman, Y. S., & Cohen-Fridel, S. (2012). Different dimensions of ageist attitudes among men and women: a multigenerational perspective. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 895–901.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Presidência da República.

Brasil. (2016). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Presidência da República.

Brasil. (2019). Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social. Presidência da República.

Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Nota Técnica nº 01/2020/PFDC/MPF*. Sobre a constitucionalidade de critérios de desempate em protocolos de triagem baseados em idade ou utilidade social. Brasília, DF: MPF, 2020.

Butler, R. N. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246.

Calasanti, T. M., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, social inequalities, and aging*. AltaMira Press.

Callahan, D. (1987). *Setting limits: medical goals in an aging society*. Simon & Schuster.

Camargos, M. C. S., Perpétuo, I. H. O., & Machado, C. J. (2008). Estimativas de expectativa de vida com incapacidade funcional no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 25(2), 237–256.

Cintra, Marco T. G.; Tieppo, Alessandra; L., N. F. D.a; Speranza, A. C. C. Retratos do Brasil: como estamos em 2025? – Geriatria e Gerontologia. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, Rio de Janeiro, v. 19, e0000402, 2025. Disponível em: <https://www.ggaging.com/Content/pdf/v19e0000402.pdf>. Acesso em: [02/01/2026].

Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020).

Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. *PLoS ONE*, 15(1), e0220857.

Daniels, N. (2008). *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.

Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M., & Phillips, J. P. (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 382(21), 2049–2055.

Farmer(2003). *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.

Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135.

Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191.



Ano VI, v.1 2026 | submissão: 12/03/2026 | aceito: 14/03/2026 | publicação: 16/03/2026

Gruenberg, E. M. (1977). The failures of success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 55(1), 3–24.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060*. IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC)*. IBGE.

Kalache, Alexandre; Keller, Ingrid. The greying world: a challenge for the 21st century. *Science Progress*, Oxford, v. 83, n. 1, p. 33-54, 2000

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270.

Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336.

Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, 15(1), 11–40.

Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193–210.

Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538.

Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial sobre idadismo*. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-mundial-sobre-idadismo>. Acesso em: 2 mar. 2025

Schrämm, J. M. A., Oliveira, A. F., Leite, I. C., Valente, J. G., Gadelha, A. M. J., Portela, M. C., & Campos, M. R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 897–908.

Veras, R. P. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548–554.

Vieira, F. S., & Benevides, R. P. S. (2016). Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Texto para Discussão* (n. 2178). IPEA.