

Comunidades Compassivas no Brasil: envelhecimento tardio e cuidados

Lucas Faial Soneghet

A população brasileira está envelhecendo. O Censo Demográfico 2022 aponta que o total de pessoas com mais de 65 anos chegou a 10,9% da população, mostrando aumento de 57,4% se comparado a 2010 (IBGE, 2022). Com o envelhecimento populacional e outras mudanças – taxa de natalidade em declínio, mudanças em padrões de matrimônio, coabitação e divórcio, processos de urbanização, entre outros –, configuram-se novos cenários e desafios na vida das pessoas idosas. Por exemplo, é cada vez mais comum que pessoas idosas morem sozinhas – 40% do total de domicílios com um só morador é composto de uma pessoa com 60 anos ou mais (IBGE, out-dez. 2024) – e que, quando necessitam de cuidados, acabem contando com a ajuda de outras pessoas idosas. Em estudo realizado em 2019 em oito municípios nas cinco regiões brasileiras, constatou-se que mais de 30% desses cuidadores, especialmente familiares, tem acima de 60 anos (Ceccon et al., 2021).

Tal cenário traz consigo alguns desafios. É verdade que envelhecer não é o mesmo que adoecer. Também é verdade que o envelhecimento traz consigo algumas demandas relativas à mobilidade, realização de afazeres cotidianos e ao cuidado com a saúde. Assim, o envelhecimento populacional vem acompanhado de mudanças epidemiológicas significativas, como o crescimento nas doenças crônico-degenerativas ao redor do mundo (Cao, Soerjomatram e Bray, 2020). Como as sociedades cuidam de seus idosos, especialmente daqueles acometidos por doenças limitadoras da vida? O objetivo desse trabalho é refletir sobre essa questão com base em uma abordagem de saúde pública denominada “comunidades compassivas”. Na primeira seção, apresento e contextualizo essa abordagem. Na segunda, discuto algumas dimensões do envelhecimento na Favela Compassiva, organização do Rio de Janeiro baseada na abordagem compassiva. Na terceira e última seção, debato obstáculos e potenciais na propagação da abordagem compassiva no Brasil.

Comunidades Compassivas

O conceito “comunidade compassiva” foi cunhado nos trabalhos do sociólogo australiano Allan Kellehear, notório estudioso da morte e do morrer. Kellehear parte de uma crítica e elaboração de duas referências: o programa Cidades Saudáveis, lançado pela Organização Mundial de Saúde em 1996, e a abordagem multidisciplinar de cuidados para pessoas com doenças crônicas limitadoras da vida denominada cuidados paliativos.

O programa Cidade Saudável se baseia em três conceitos de saúde: saúde como conceito positivo e não como ausência de doença simplesmente; saúde

como conceito holístico, de modo que “o estabelecimento e manutenção da boa saúde depende do papel nutridor do ambiente físico, social, político, econômico e espiritual, não simplesmente a qualidade dos serviços de saúde por si só, isto é, saúde é uma ideia ecológica e não médica” (Kellehear, 2005, p. 39-40); e a conexão das Cidades Saudáveis com desigualdades em saúde, postulando que qualquer questão de saúde deve passar pela questão da estruturação desigual da mesma.

Os cuidados paliativos datam da década de 1960 na Inglaterra, quando emergem como abordagem de assistência em saúde multidimensional, multiprofissional e não curativa. Por multidimensional, quer-se dizer que o cuidado paliativo visa o indivíduo em suas dimensões física, espiritual, psicológica e social. Por multiprofissional, quer-se dizer que inclui profissionais de saúde de áreas diversas, não somente medicina e enfermagem. Por não curativa, quer-se dizer que o cuidado paliativo não tem como objetivo primário a reversão da doença, mas sim a manutenção da qualidade de vida, o controle da dor e de sintomas e, em última instância, uma “boa morte” (Soneghet, 2020).

Kellehear elabora a ideia de Cidades Compassivas incluindo temas como morte, perda e deficiência, e estende os cuidados paliativos para além dos âmbitos hospitalar e familiar, aos quais acabou limitado enquanto se propagou o pelo mundo. Assim, delineia uma abordagem de saúde pública em cuidados paliativos que visa transformar os arranjos estabelecidos de cuidado no fim da vida, especialmente no que diz respeito à centralidade do hospital e dos sistemas públicos/privados de saúde, e à posição dominante dos experts no debate e na implementação de políticas e iniciativas de cuidado no fim da vida.

Sendo assim, uma comunidade compassiva seria uma comunidade promotora de saúde na qual todos os atores – órgãos estatais, sociedade civil, famílias, empresas, escolas, hospitais, associações de vizinhança, entre outros – se responsabilizam pelo cuidado holístico daqueles com necessidades relativas ao fim da vida (Mills et al., 2024). Seu principal recurso são os laços sociais que nos unem de diversas maneiras, não somente no âmbito domiciliar/familiar ou hospitalar/profissional. Diferente dos arranjos tradicionais – em que a família e/ou algum serviço de saúde privado e/ou público compartilham (desigualmente) as responsabilidades de cuidado –, uma comunidade compassiva não é necessariamente dirigida por profissionais de saúde, nem depende de recursos públicos inteiramente.

Embora não endereçada diretamente ao envelhecimento, a abordagem compassiva o pressupõe como parte do cenário que exige “soluções sustentáveis” para além de sistemas públicos ou privados de saúde (Mills et al., 2024, p. 104). Além disso, ao clamar por um modelo de saúde pública que vai além da “integração de pessoas idosas e moribundas na comunidade”, pois visa a “saúde e o bem-estar de todos” (Kellehear, 2005, p. 34).

Favela Compassiva: voluntariado e cuidado

No Rio de Janeiro, a comunidade compassiva começa nas favelas Vidigal e Rocinha, geograficamente próximas e localizadas na zona sul da cidade.

Alexandre¹, um de seus fundadores, é enfermeiro paliativista e chegou ao Vidigal com intuito de começar um projeto de pesquisa sobre cuidados paliativos nas favelas. Começou então a atender pessoas com doenças crônicas limitadoras da vida que não conseguiam acessar ou não eram alcançadas pelo sistema público de saúde e que se encontravam quase totalmente desamparadas.

Os motivos para o desamparo são variados: a dificuldade de mobilidade comum a pessoas idosas, que se agrava pela geografia acidentada dos morros cariocas; subfinanciamento e a quantidade insuficiente de profissionais atuantes nas unidades de saúde local (Clínicas da Família principalmente); a ausência, inação ou incapacidade de redes informais de suporte, como familiares e entes queridos.

Ainda em 2018, Alexandre se une a profissionais de saúde residentes no Rio de Janeiro que passam a atuar voluntariamente em visitas domiciliares nas favelas. Porém, o principal braço da Favela Compassiva são as voluntárias locais, moradoras da Rocinha e do Vidigal. Em sua maioria mulheres de 50 a 75 anos de idade, muitas das “agentes compassivas” já participavam de iniciativas de assistência social e saúde antes da Favela Compassiva, ligadas a igreja católica, OnGs e conselhos locais de saúde. Inicialmente chamada “Comunidade Compassiva”, a organização adotou o termo “favela” para indicar a especificidade da comunidade compassiva carioca, na medida em que outras organizações semelhantes surgiram pelo país.

O funcionamento da Favela Compassiva reflete seu caráter interdisciplinar e nos dá uma pista para entender o que é a “comunidade” por trás do nome. Uma vez por mês, profissionais de saúde de diversas áreas – medicina, enfermagem, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, capelania – visitam as casas dos “pacientes” em um dia de “mutirão”. Nessas visitas, orientam cuidadores familiares, vizinhos e demais encarregados dos cuidados da pessoa adoecida, prescrevem medicamentos e tratamentos e tiram dúvidas.

Ao longo do mês, prestam atendimento online, seja por chamadas de vídeo ou em conversas pelo Whatsapp, ou presencial (menos comum) e são atualizados pelas agentes compassivas. Estas, por sua vez, visitam as casas semanalmente, às vezes mais de uma vez na semana, acompanhando os pacientes e cuidadores, ajudando na compreensão, adesão e prosseguimento dos tratamentos, recolhendo demandas e questões para os profissionais de saúde, em suma, cuidando do processo de morrer. Toda a organização é mantida por doações dos “apoiadores”, que contribuem com dinheiro ou materiais como fraldas, remédios, cadeiras de roda, camas hospitalares, entre outros.

Sustentada nesses três pilares – voluntárias locais, voluntários profissionais e apoiadores – a Favela Compassiva oferece cuidados paliativos para pessoas acometidas de doenças crônicas limitadoras de vida. Descrita a organização e seu funcionamento, pode-se verificar que o envelhecimento se faz presente como tema para pelo menos dois grupos. Primeiro, a maioria das pessoas atendidas pela Favela Compassiva são idosas. Segundo, e igualmente

¹ As informações aqui relatadas estão em parte disponíveis no site (favelacompassiva.org.br) nas abas “Quem Somos” e “Na Mídia” e no canal do Youtube da organização (<https://www.youtube.com/watch?v=JH2OvroRR9Y>), e em parte foram cedidas ao pesquisador em entrevista.

importante, uma parcela considerável das voluntárias locais tem entre 55 e 70 anos, logo, estão implicadas em seus próprios processos de envelhecimento, em graus distintos.

Para aqueles assistidos pela organização, a idade frequentemente aparece como um fator de agravamento ou determinante social da saúde junto a outros marcadores como status socioeconômico, gênero, raça e local de habitação. É difícil distinguir, do ponto de vista clínico, entre mudanças corporais advindas do envelhecimento e aquelas relativas ao processo de morrer (Diehr et al., 2002). Tal distinção é sempre atravessada de crenças, práticas e ideias sobre velhice típicas de cada cultura e grupo social, que moldam as interpretações sobre o envelhecimento, seus efeitos e sinais (Buch, 2015, p. 281).

Para as voluntárias locais, a idade ocupa lugar central na complexa rede de cuidados que compõe uma comunidade compassiva. Se interpretada como causa para, por exemplo, hipertensão, cansaço, dores crônicas e outros problemas corporais, a idade pode ser o motivo para que a cuidadora se torne recipiente de cuidados. É comum que os voluntários profissionais e as voluntárias locais se coloquem como cuidadores de uma agente compassiva, ajudando de várias maneiras: prescrevendo remédios, orientando acerca de tratamentos em andamento, recomendando terapias alternativas, aconselhando e oferecendo suporte emocional. A Favela Compassiva se constitui, então, como um emaranhado de relações de cuidado mútuo no qual as agentes compassivas atuam tanto no auxílio de pessoas em necessidade, quanto como destinatárias de cuidados.

O trabalho de cuidado costuma ser invisibilizado e desvalorizado enquanto atividade social (Molinier, 2012), além de relegado para populações marginalizadas que acumulam distintas vulnerabilidades (Hirata, 2016). Comumente dividido por linhas de gênero e raça, o cuidado também ganha contornos específicos de acordo com a idade. As voluntárias locais, em sua maioria mulheres, tiveram suas vidas marcadas pelo trabalho de cuidado, com suas mazelas e benesses.

A passagem de cuidadora a pessoa cuidada não é definitiva nem facilmente demarcada. Como a literatura sociológica e antropológica sobre envelhecimento já há muito argumenta, há diversas velhices e o número de anos é somente um dentre os vários marcadores de identidade relativos ao envelhecimento (Debert, 2004; Lamb, 2014). Na Favela Compassiva, alguns marcadores operam essa passagem e dinamizam o significado do envelhecimento, dentre os quais destaco o *conhecimento*.

Quanto ao conhecimento, o acúmulo de experiências possibilitado pela idade e a familiaridade das agentes compassivas com o território da favela e as pessoas que ali habitam, se configuram como recurso. Nas palavras de Edilene, voluntária local de 64 anos: “Eu sempre tive metida nisso. Sempre atuei no social, na saúde e tal. Então o que eu faço na compassiva pra mim não é novidade. A diferença é essa questão das pessoas acamadas, mais no fim de vida né.” Sustentada em um repertório mais amplo de práticas e saberes que vem tanto da atuação na esfera pública – é conselheira municipal de saúde –, pessoal – seu pai era farmacêutico em uma cidade pequena e ela o auxiliava na aplicação de vacinas – e profissional – formou-se como auxiliar de enfermagem

em curso técnico –, Edilene aplica e transpõe seus conhecimentos para um novo contexto, com novos desafios.

As agentes compassivas atuam tanto guiando os grupos de voluntários profissionais até as casas, quanto na captação de pacientes, muitas vezes referidos a elas por vizinhos, amigos e conhecidos. Após dois anos de funcionamento, a Favela Compassiva passou a ofertar cursos de formação para capacitar novos voluntários locais. Esses cursos são vistos como recurso na vida profissional de algumas agentes compassivas. Josiana, voluntária local, 60 anos, relata: “O curso é bom pra dar base naquilo que a gente faz. Isso do certificado é importante também, porque esse certificado me serve como cuidadora de idosos né. Mostra que eu sei.”

Obstáculos e potências: envelhecendo em comunidade

No limiar entre problema e potencial, a velhice nas comunidades compassivas se transfigura pela lente do voluntariado. A literatura corrobora o argumento de que há benefícios para pessoas idosas que atuam no voluntariado (Guiney e Machado, 2018; Nicol et al, 2024). Apoiadas pela gama de profissionais de saúde e suas companheiras de atuação, as voluntárias locais encontram na Favela Compassiva um senso de identidade e uma apreciação para o trabalho de cuidar que muitas realizaram durante todas as suas vidas sem qualquer reconhecimento ou capacitação formal. Ao mesmo tempo, também experimentam suas múltiplas vulnerabilidades enquanto tentam cuidar de suas famílias, de si mesmas e de sua comunidade, muitas vezes trabalhando em atividades remuneradas ao mesmo tempo.

É consenso entre as agentes compassivas que as famílias podem ser tanto fonte de problemas como de soluções para as pessoas idosas adoecidas. Também é consenso que o sistema de saúde público não dá conta de tamanha demanda. Mesmo se não acometidas por alguma doença grave como câncer, pessoas idosas podem acumular diversas condições de saúde debilitantes que se tornam ainda mais agudas em contextos de vulnerabilidade social.

Adriana, voluntária local, 61 anos, quando perguntada sobre o que ela considera ser o maior problema para seus pacientes, me responde: “São as escadas. Quer dizer, é toda a questão da *comunidade* né, do espaço, as casas. Como uma pessoa acamada consegue andar, fazer fisioterapia, ir pro hospital, se mora numa casa em cima de um monte de escada? Então assim, é muito difícil.” A comunidade aparece como signo ambivalente. É fonte de problemas e dificuldade: “Deixa muito a desejar, meu filho, o Estado. Principalmente em *comunidade*, principalmente o pobre. O pobre apodrece.” Edilene aponta para a comunidade como o lugar da pobreza e do desamparo, mas também como lugar da ajuda mútua e da autossuficiência: “Isso que é *comunidade*. Um vizinho ajuda o outro, a gente se ajuda. A comunidade é isso. Nós fazemos por nós mesmos.”

A ação das voluntárias locais é potencializada pelas trocas de conhecimento no bojo da Favela Compassiva. Munidas de seus repertórios e experiência, essas mulheres tensionam as categorias de trabalho das expertises em saúde. Um ponto de tensão em particular é a *elegibilidade*. Quem deve ser incluído como recipiente legítimo de cuidados? No modelo de cuidados paliativos que, ao longo

do tempo, estabeleceu-se na organização, incluem-se somente pacientes que, de acordo com prognóstico, teriam até 6 meses de vida. Todavia, a percepção de necessidades das agentes compassivas é, ao mesmo tempo, mais ampla e mais específica. É mais amplo porque considera insuficiente tais critérios de elegibilidade.

Nas palavras de Alda, voluntária local, 62 anos: “A gente no início pegava mais pacientes acamados e coisa e tal. Agora é menos, é mais restrito. Mas eu entendo que não dá pra pegar todo mundo. É muita demanda.” Mais específica porque considera aquilo que por vezes escapa o olhar dos voluntários profissionais. Como argumentou Eliane, 60 anos, em uma reunião na qual se discutia a “alta” de uma paciente que aparentava estar com estado de saúde estável: “Eu acho que assim, se a gente sair dali ela piora. Eu conheço sabe, vou lá toda semana, às vezes duas três vezes. Então eu vou continuar visitando. Acho que ela não tá bem pra gente sair não.” Desse modo, carregam de fato uma noção de cuidado multidimensional, socialmente sensível e comunitariamente orientado que ultrapassa os limites da própria organização.

Esse olhar é, em grande medida, corroborado pela proximidade entre as agentes compassivas e seus pacientes. Muitos são seus vizinhos, amigos e até parentes. Compartilham com eles não somente um CEP, mas muitos problemas que afetam aqueles que envelhecem em contextos de vulnerabilidade social: falta de suporte institucional, condições espaciais adversas, pobreza, falta de trabalho formal ou remunerado, rede de suporte faltante, entre outros. Ainda assim, atuando coletivamente, se propõem a imaginar um mundo em que o fim da vida, que para cada vez mais pessoas chega com o envelhecimento, é responsabilidade de todos, para o bem de todos.

Referências

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

DUMONT, Katia et al. How compassionate communities are implemented and evaluated in practice: a scoping review. **BMC Palliative Care**, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2022.

CAO, Bochen; SOERJOMATARAM, Isabelle; BRAY, Freddie. The burden and prevention of premature deaths from noncommunicable diseases, including cancer: a global perspective. In: WILD, C.P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B.W. (Eds.) **World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020, p. 15-49.

CECCON, Roger Flores et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 26, n. 1, p. 17-26, 2021.

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

DIEHT, Paula; WILLIAMSON, Jeff; BURKE, Gregory L.; PSATY, Bruce M. The aging and dying processes and the health of older adults. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 55, p. 269-278, 2002.

GUINEY, Hayley; MACHADO, Liana. Volunteering in the Community: Potential Benefits for Cognitive Aging. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 73, n. 3, p. 399-408, 2018.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. **Sur: Revista internacional de direitos humanos**, São Paulo, n. 13, p. 53-64, 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Quarto Trimestre de 2024**, out-dez. 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=72421>. Acessado em 21 abr.2025.

_____. **Censo Demográfico**, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 21 abr.2025

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

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

MILLS, Jason et al. The role and contribution of compassionate communities. **The Lancet**, v. 404, n. 10448, p. 104-106, 2024.

MOLINIER, Pascale. Care as work: mutual vulnerabilities and discrete knowledge. In: SMITH, Nicholas H; DERANTY, Jean-Philippe (org.). **New Philosophies of Labour: Work and the Social Bond**. Londres: Brill, 2012, p. 251-271.

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

Data de recebimento: 30/08/2025; Data de aceite: 15/09/2025

Lucas Faial Soneghet – Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutorado-sanduíche na University of Michigan. Pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGS/UFPE). É pós-doutorando no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA-UFRJ). Atua no grupo de pesquisa Sociófilo, sediado no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ, e no grupo de pesquisa Metamorfoses da Sociologia (CNPq). E-mail: lucas_faial@hotmail.com.