

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

JACIRA DO NASCIMENTO SERRA

**A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: UM OLHAR SOBRE A
VIOLÊNCIA ESTRUTURAL-SOCIAL EM DISTINTOS CENÁRIOS DE VIDA.**

São Luís

2014

JACIRA DO NASCIMENTO SERRA

**A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: UM OLHAR SOBRE A
VIOLÊNCIA ESTRUTURAL-SOCIAL EM DISTINTOS CENÁRIOS DE VIDA.**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para obtenção do título de doutora em Políticas Públicas.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maria Ozanira da Silva e Silva.

Co-Orientadora:

Prof^a Dr^a Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha

São Luís

2014

'Serra, Jacira do Nascimento.

A violência contra a pessoa idosa: um olhar sobre a violência estrutural-social em distintos cenários de vida. / Jacira do Nascimento 'Serra. - São Luís, 2014.

236f.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Ozanira da Silva e Silva

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Políticas Públicas, 2014.

1.Velho. 2. Pobreza 3.Violência. I. Título.

CDU: 241.12-053.9

JACIRA DO NASCIMENTO SERRA

A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: UM OLHAR SOBRE A VIOLÊNCIA ESTRUTURAL-SOCIAL EM DISTINTOS CENÁRIOS DE VIDA.

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para obtenção do título de doutora em Políticas Públicas.

Aprovado em:

Prof. Dra. Maria Ozanira da Silva e Silva (Orientadora) - UFMA

Prof. Dra. Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha
(Co-Orientadora) - UFMA

Profa. Dra. Marly de Jesus Dias - UFMA

Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho - UFC

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves - UFMA

Dedico este trabalho

À memória da minha mãe, eternamente querida Dalva.

Mulher negra, pequena no tamanho, forte, lutadora, destemida.

Sofreu na infância e na adolescência às auguras da violência estrutural-social.

Lutou bravamente pelos meus estudos, contra todos e todas que diziam “filho de pobre não faz Medicina”.

Leu atentamente minha dissertação de mestrado. Quando terminou, afagando minha cabeça disse: “Minha filha. Minha primeira filha, eu sabia.....”

E desta vez, tenho certeza, fará a leitura atenta em outra dimensão!

AGRADECIMENTOS

Todo percurso de uma pesquisa científica é cheio de obstáculos, percalços, pedras e pedregulhos pelo percurso do caminho. Nessa pesquisa eles foram enormes uns me pareceram intransponíveis. Só consegui pular alguns, chutar outros, vencer outros tantos, com ajuda e apoio incondicional de anjos protetores, para os quais não encontro palavras apropriadas para agradecer-lhes. Vou tentar, mas tudo que eu escrever será muito pouco expressivo para desvelar todo o sentimento que tenho no meu ser, que é muito maior e intimamente oriundo do meu profundo agradecimento.

A Deus pelo dom da vida, da paciência, da saúde e da existência.

Ao amado Serra, grande estimulador de minha trajetória profissional, quem sempre me tem feito acreditar que meus sonhos são possíveis e me ajuda a concretizá-los.

Aos nossos filhos, Hugo, Diogo e Tiago, por todas as alegrias, carinhos e presenças que nos fortalecem a existência.

A minha nora Dani, a filha esperada, que chegou de mansinho em nossas vidas e soube se fixar em nossos corações.

Aos meus pais, Dalva e Jurandyr, com os quais apreendi humildade, honestidade, abnegação, respeito e retidão dos meus atos.

A Ozanira, que foi muito além de orientadora: incentivadora, mãe, amiga, companheira, mestra; sem ela eu não teria conseguido transpor barreiras.

A Alba, que, como eu, teve percalços durante o percurso da execução da tese, mas não me abandonou, contribui com seus ensinamentos; estive sempre ao meu lado com incentivo, apoio, ternura, amizade.

A Lourdes, o fiel da balança do meu desespero em concluir a tese, contribui com sua vasta experiência na temática e com as suas colocações ponderadas.

A Marli, companheira desde o Mestrado, pelas valiosas críticas e sugestões apresentadas ao ensejo da realização do exame de qualificação e por ter aceitado participar da banca examinadora desta tese de doutorado.

A Maria Teresa, pela disponibilidade em contribuir com seus vastos conhecimentos na avaliação desta tese de doutorado.

A Zali, irmã, companheira, ombro amigo; nestes últimos meses assumiu meus compromissos acadêmicos, dando-me tranquilidade para terminar essa tese.

À assistente social Karina; com sua presteza e profissionalismo auxiliou-me na pesquisa do grupo de idosos do GEN.

Ao Prof. Ramiro Azevedo, grata sou pela correção gramatical do texto.

Aos integrantes da equipe da Telessaude do HUFMA Presidente Dutra, Anilton, Lucas, Rubem, Mauricio, Jessica e Aldair que não mediram esforços para a revisão bibliográfica e a normatização da tese.

A coordenação, aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas pelo acolhimento, ensinamentos e atenção de todas as horas.

Aos colegas de turma, pela amizade, companheirismo e o entrelaçamento dos ensinamentos.

À Isabel, Elizabette, José Ildo funcionários do consultório pela compreensão, paciência e ajuda em vários momentos desta jornada.

Aos profissionais e funcionários do ambulatório de Atenção ao Idoso do Hospital do Servidor do Estado Dr. Carlos Macieira e do Posto de Saúde da Vila Embratel pelo apoio e disponibilidade.

Aos idosos e a seus familiares com ao quais mantenho convívio salutar de trocas e respeito mútuo, pela disposição e desprendimento em fornecer material para minha pesquisa.

Em fim, a todas as pessoas que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta tese de doutorado.

Não vou lamentar
a mudança que o tempo traz, não
o que já ficou para trás
e o tempo a passar sem parar jamais
já fui novo, sim
de novo, não
ser novo pra mim é algo velho
quero crescer
quero viver o que é novo, sim
**o que eu quero assim
é ser velho.**

Envelhecer
certamente com a mente sã
me renovando
dia a dia, a cada manhã

Tendo prazer
me mantendo com o corpo são
eis o meu lema
meu emblema, eis o meu refrão

Mas não vou dar fim
jamais ao menino em mim
e nem dar de, não mais me maravilhar
diante do mar e do céu da vida
e ser todo ser, e reviver
a cada clamor de amor e sexo
perto de ser um Deus
e certo de ser mortal
de ser animal
e ser homem

Tendo prazer
me mantendo com o corpo são
eis o meu lema
meu emblema, eis o meu refrão

Eis o meu lema
meu emblema, eis minha oração
Eis o meu lema
meu emblema, eis minha oração

RESUMO

“*A violência contra a pessoa idosa: um olhar sobre a violência estrutural-social em distintos cenários de vida*” é um trabalho de tese de doutorado em que procuro compreender e interpretar a vida das pessoas idosas imersas na pobreza, buscando significados para as diversas tipologias da violência estrutural-social, em diversos cenários: meu consultório médico; Ambulatório do Serviço de Atenção Integral ao Idoso do Hospital do Servidor do Estado do Maranhão Dr. Carlos Macieira; Posto de Saúde da Vila Embratel/projeto de extensão da UFMA (Universidade Federal do Maranhão). A temática foi contextualizada através da contribuição de diferentes autores, numa heterogeneidade de pensamentos, com o objetivo de enriquecer as discussões a cerca dos fenômenos atuais, complexos, multidimensionais das categorias analíticas que norteiam a pesquisa: envelhecimento, pobreza, violência, violência estrutural-social. Utilizei a pesquisa qualitativa, na medida em que me proponho compreender dimensões da vida diária, da rotina de “ser velho pobre” no mundo contemporâneo. Adotei como um dos procedimentos metodológicos para a coleta do depoimento das “velhas e velhos”, a técnica de Grupo Focal como forma de compreender os pressupostos; além da “observação com registro” e o “*diário de escuta*”. Foi realizado 4-5 encontros em cada um dos grupos focais, cada grupo composto por 10-12 idosos, com idades entre 56 e 94 anos, de ambos os sexos, com predominância das mulheres velhas, viúvas, morando com a família. Delineie quatro eixos temáticos da violência estrutural-social: a violência dos mitos e preconceitos; a violência do (des)respeito; a violência das relações do cuidado, e a violência da estrutura do cenário da pobreza, propriamente dita. Apesar de presente na estrutura do Capital a violência nas suas mais diversas formas continua não sendo percebida como uma questão de caráter e de saúde pública, em que as tipificações da violência-estrutural social, não são vislumbradas por estarem no bojo do iceberg das relações conflituosas e violentas no cotidiano de velhas e velhos na sociedade contemporaneidade.

Palavras chaves: Idoso. Pobreza, Violência. Violência Estrutural-Social.

ABSTRACT

"Violence against the elderly: a look at the social - structural violence in different scenarios of life " is a doctoral thesis in which I try to understand and interpret the lives of elderly people immersed in poverty , seeking meanings for the various types social - structural violence , in different scenarios : a) my doctor's office ; b) Outpatient Service of Elderly Care of the Hospital Dr. Carlos Macieira of the State of Maranhão; c) Health clinic in the village Embratel / extension project UFMA (Federal University of Maranhão). The theme was contextualised through the contribution of different authors, in heterogeneous thoughts, aiming to enhance the discussions about the current, complex, multidimensional phenomena of the analytic categories that guide the research: aging, poverty, violence, social-structural violence. I used qualitative research, in that I propose to understand dimensions of daily life, the routine of being "poor old man" in the contemporary world. Adopted as a methodological procedures for collecting the testimony of the "elderly men, elderly women", the focus group technique as a way to understand the assumptions; besides "observation record " and " daily listening". About 4 or 5 meetings were held in each of the focus groups, each group consisting from 10 to 12 seniors, from 56 to 94 years old, of both genders, with a predominance of elderly widowed women living with family. I defined four themes of social-structural violence: a) the violence of myths and prejudices; b) the violence of disrespect; c) violence of the relations of care, and d) the violence of the structure of the scenario of poverty itself. Although being present in the structure of Capital, violence, in its various forms, is still not perceived as a matter of character and public health, to which typifications of social and structural violence are not envisioned by being in the midst of the iceberg of conflictual and violent relations in the daily elderly men and elderly women in contemporary society.

Key words: Elderly, Poverty, Violence, Social-Structural Violence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1. O QUE DESEJA UMA MÉDICA NUM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS	14
1.2. POR QUE OS VELHOS	18
1.3. POR QUE PESQUISAR A VIOLÊNCIA ESTRUTURAL - SOCIAL CONTRA AS PESSOAS IDOSAS	21
1.4. O STRA FELIZ NÃO FAZ PÉROLAS.....	24
1.4.1. Mar, Solos e Rochas	32
1.4.2. Pérola e as Pedras Preciosas	41
2 Capítulo 1: VIOLÊNCIAS NO ENVELHECIMENTO: um campo de intervenção de Políticas Públicas	58
2.1 Violências como Fenômeno Social: os dilemas da conceituação	58
2.2 A Dimensão do Fenômeno do Envelhecimento e sua Constituição como Questão Pública: uma conquista dos movimentos sociais	74
2.3 Violências no percurso do envelhecer: suas expressões e peculiaridades	88
2.4 Os Enfrentamentos da Questão Pública da Violência Contra os Idosos no Campo das Políticas Públicas	107
3 Capítulo 2: VIOLÊNCIAS CONTRA AS PESSOAS IDOSAS NO CENÁRIO DA POBREZA: um dilema histórico em tempos contemporâneos	119
3.1. Pobreza e suas expressões, conceituações nos percursos históricos: configurações contemporâneas no contexto do capitalismo.....	119
3.2. Violência Estrutural-Social contra a Pessoa Idosa: expressão da pobreza estrutural.....	131
2.3. Violência Estrutural-Social contra a Pessoa Idosa: estudo de caso.....	141
4 Capítulo 3: VIOLÊNCIA ESTRUTURAL SOCIAL CONTRA A PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DE SÃO LUIS-MA: adentrando em distintos cenários de vida	158
4.1. Ser velho não é defeito: mitos e preconceitos como uma das formas de violências	159

4.2. (Des)respeito por parte dos jovens e a não aceitação por parte dos idosos: uma forma de expressão da violência no contexto do envelhecimento.....	176
4.3. Repercussão das relações do cuidar de uma pessoa idosa e as implicações do não cuidar de quem cuida: distintas formas de violências	190
4.4. Velho não é problema: o que tenho raiva é de ser velho pobre: violências no cenário da pobreza.	204
5 CONCLUSÃO.....	213
REFERÊNCIAS.....	220

1 INTRODUÇÃO

1.1. O QUE DESEJA UMA MÉDICA NUM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Início¹ a apresentação da minha tese de doutorado, com uma reflexão sobre esta frase emblemática proferida por uma das professoras que compunha a banca examinadora da minha avaliação no concurso de mestrado para ingressar no Programa de Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão em 2003.

Inicialmente a frase me remeteu ao “preconceito” no real significado da palavra, da ideia pré-concebida de que ali não era o meu lugar. Senti-me pequena ao no olhar da questionadora, e até um “quê” de reprovação. Em segundos antes de proferir a resposta fiz mentalmente um resgate da minha trajetória de vida e de lutas, num contexto adverso para que estivesse ali naquele momento. E o sentimento de inferioridade logo se dissipou.

Nasci em 1958, sob a égide da ditadura, no Rio de Janeiro, àquela época capital do Brasil, num bairro do subúrbio carioca. No seio de uma família de classe média baixa, primeira filha de um conjunto de sete irmãos. Meu pai, branco de olhos claros, filho de portugueses, 11^o filho, órfão de pai desde a tenra idade, criado pela mãe que não contraiu outra união. Semialfabetizado; sem profissão formal, exerceu várias funções, maior parte da sua vida laborativa como guindasteiro², chegou a supervisor de equipe, não conseguiu “crescer na empresa” pela falta da educação formal. Sob as determinações da exploração do trabalho, tinha horário para iniciar o turno, mas não tinha horário para sair, trabalhava nos finais de semana e feriados. Minha mãe, mulher negra, neta de escravos; órfã de pai, antes mesmo de nascer. Minha avó contraiu outra união com homem, branco, português; desta união nasceram oito irmãos, dos quais mamãe ajudou a cuidar. Coursou até a 4^a série do antigo

¹ Escrevo na primeira pessoa do singular na perspectiva teórico-metodológica de que o espaço do pesquisador não é neutro, e o faço como forma de demarcar minha trajetória e posicionamentos assumidos na condição de pesquisadora.

² Exercia a função de motorista e manobrista de guindaste em fábrica de peças pesadas de ferro e aço.

curso primário em escolas públicas. Empregada doméstica desde os nove anos, profissão que deixou de exercer, apenas com o casamento. Mulher de personalidade forte conduzia a casa e a nossa educação “com mão de ferro”, fazia verdadeiro “malabarismo” para manter as despesas com o salário do papai; exercia todas as tarefas domésticas.

Estudei em escolas públicas; andei de transporte coletivo, fui atendida em postos de saúde ou em clínicas que tinham convênio com o sindicato a qual papai era inscrito. Vivi em casa alugada em bairros periféricos da cidade do Rio de Janeiro.

O sonho da minha mãe era ter feito um curso superior, como não conseguiu, não abria mão de nossos estudos. Desde muito cedo manifestei o desejo de fazer o curso de Medicina, o que fui desestimulada por vizinhos, parentes, para os quais isto “não cabia para filho de pobre”. Mamãe discordava e aconselhava: “Depende apenas de você. Tem uma coisa que ninguém pode tirar da gente: o estudo”. Levei isso a sério. Até minhas brincadeiras, eram pautadas sobre estudos e livros. Imbuída desta determinação, mamãe nos levava para fazer as pesquisas escolares nas bibliotecas públicas; para visitações de exposições, de museus, de concertos - era só ela saber que a entrada era gratuita. Nada a desestimulava, nem ônibus cheio, nem bairro distante, nem filho pequeno (sempre tinha um), nos levava, e afirmava: “Um dia vai servir para alguma coisa”

Com a luta e esforço dos meus pais, com muito estudo e determinação, consegui passar no meu primeiro vestibular, para cursar o tão sonhado curso de Medicina, em 1977, para uma faculdade pública do Rio de Janeiro. Novos tempos de lutas, de desafios e conquistas. Estudo, idas e vindas em ônibus superlotados, plantões em bairros distantes, noites insones sobre os livros, sem deixar de ajudar nos afazeres de casa. Concluí a graduação em Medicina em 1982. Casei em 1983, com um colega de turma e de lutas, por ser maranhense, com mais um determinante na sua trajetória de vida – nordestino em busca de dias melhores “na cidade grande”.

Nesse contexto, após o período regular da residência médica, “aportamos” em São Luís, em outubro de 1984. Nova cultura, novos costumes,

novo contexto. Com apoio e incentivo de meu marido, fui, novamente, atrás de outro sonho – fazer o curso de pós-graduação em Geriatria e Gerontologia. Naquela época, no Brasil, poucas instituições ofereciam o curso, inscrevi-me para tentar uma vaga no curso da PUC de Porto Alegre. Consegui ser aceita, frequentei o referido curso no período de julho de 1985 e julho de 1987; na primeira etapa com um filho de seis meses que deixei no Rio com minha família, na segunda etapa com dois filhos que ficaram em São Luís com meu marido. Durante a especialização, através das luzes dos ensinamentos dos mestres e doutores na temática, ampliei o meu olhar, para além do âmbito das Ciências médicas, passei a me interessar por temas mais abrangentes, de outras áreas, como Sociologia, Antropologia, Filosofia e de Políticas Públicas.

Destarte, nesses trinta anos de exercício do ofício de ser geriatra, tenho participado em várias frentes para além do consultório. Atuei em instituições de longa permanência, em grupos de convivência de idosos, na Universidade da Terceira Idade. Desenvolvi ações político-profissionais em diferentes espaços: como conselheira do Conselho Municipal, Estadual e Nacional do Idoso; como integrante da diretoria estadual e da nacional da Associação Nacional de Gerontologia; na discussão da implantação e implementação das políticas relacionadas ao segmento idoso, e, ainda, na formulação do texto-base da Campanha da Fraternidade de 2003 que tinha como tema “A fraternidade e as pessoas idosas”. Atualmente, presido à diretoria da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia seccional Maranhão; ministro palestra a nível municipal, estadual e internacional; participo de eventos científicos apresentando trabalhos, como palestrante, principalmente, na área de Políticas Públicas; atuo como docente de graduação e de pós-graduação em Universidades em São Luís e como convidada em outras localidades. .

O exercício da docência exigiu-me avançar nos estudos de pós-graduação. Neste percurso, encontrei-me com a Professora Dra Maria Ozanira da Silva e Silva. Explanei meu mais novo sonho - ingressar no curso de Pós-graduação em Políticas Públicas. Ela, com muito entusiasmo, esclareceu os objetivos do curso pautado em diversos olhares investigativos. Novamente luta e sacrifício, para dar conta, em pouco tempo, da extensiva bibliografia

sugerida. Em 2003, prestei concurso para o mestrado em Políticas Públicas. Dessa forma, ao ter vencido a primeira batalha do referido concurso - ser aprovada na prova teórica. Na segunda etapa - a entrevista, ser questionado se eu teria competência para frequentar o referido curso, remeti-me em segundos a minha trajetória de vida. Orgulhosamente respondi que me sentia em totais condições de estar ali naquele momento.

Ingressei e cursei o mestrado em Políticas Públicas na Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Novos desafios e questionamentos se ali era realmente meu lugar. Em meio às discussões da disciplina “Estado e Questão Social”, tantos termos para os quais, na minha formação acadêmica, tinha outra conotação, a exemplo, então de “fetiche”³. Nesse mesmo período, fiz a disciplina de “Metodologia Científica” com a Professora Dra Alba Maria Pinho de Carvalho. Com seu entusiasmo, ensinamentos, deu um norte para a minha pesquisa; com isso, voltei a ter a certeza de que ali era meu lugar. Juntas construímos a minha dissertação de mestrado, tendo a *violência simbólica contra as pessoas idosas*, no contexto de velhos da classe média-alta, média-média, como objeto de pesquisa.

As exigências do ofício da docência, a observação de campo - da qual nunca mais me afastei, me impuseram a ampliação do sonho. Assim, resolvi transpor mais um degrau dos desafios acadêmicos e pleitear, novamente, minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFMA, desta vez para o doutorado. Após a aprovação, ingressei no grupo de pesquisa sobre gênero, com a supervisão da professora Dra Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha.

³ Pela Psiquiatria é uma parafilia, ou seja: uma patologia. O objeto do fetiche é a representação simbólica de penetração; tem conotação sexual; é um objeto parcial e não representa quem está por trás do objeto. Os fetiches mais comuns são pés, sapatos, lábio, roupas íntimas. Além do que os objetos utilizados na prática do sadomasoquismo são um tipo de fetiches, como chicotes, algemas, velas acesas. Já para a Sociologia e Economia, estudiosos que seguem a escola marxista, o fetiche é um elemento fundamental da manutenção do modo de produção capitalista. Consiste numa ilusão que naturaliza um ambiente social específico, revelando sua aparência de igualdade e ocultando sua essência de desigualdade. O fetiche da mercadoria, postulado por Marx, opõe-se à ideia de "valor de uso", uma vez que este se refere estritamente à utilidade do produto. O fetiche relaciona-se à fantasia (simbolismo) que paira sobre o objeto, projetando nele uma relação social definida, estabelecida entre os homens.

Delimitei um duplo recorte da minha pesquisa: incidir o foco investigativo na violência estrutural-social, concebida como a forma de violência contra os idosos decorrente das desigualdades e apartações sociais, apresentando-se naturalizada nas manifestações da pobreza, miséria e exclusões; trabalhar com idosos empobrecidos, inseridos em diferentes contextos. Cujo fio condutor do estudo são as expressões atuais dessa violência no cotidiano de velhas e velhos pobres, avaliar como se articula formas distintas de violência neste contexto de desigualdades e precarização das condições de vida. Em decorrência desse objeto amplo, complexo, multifacetado, e da vasta experiência de cada uma delas, em sua linha de pesquisa, decidimos pela orientação da Professora Dra Maria Ozanira da Silva e Silva e da (co)orientação das professoras Dra Alba Maria Pinho de Carvalho e Dra Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha, o que ampliou meu olhar de pesquisadora da temática e aumentou os desafios no percurso da minha pesquisa..

Cumpri em tempo hábil às exigências teóricas, base do processo. Ao longo do caminho da realização da pesquisa empírica, tive vários percalços a nível pessoal, familiar e profissional que impuseram entraves para a conclusão desta pesquisa. Novamente, a instigante indagação da professora: “O que uma médica deseja do Programa de Políticas Públicas?” tangenciou o meu imaginário. Por várias vezes questione-me se ali era realmente “o meu lugar”. Destarte, ao perfazer minha trajetória de vida e do meu trilhar acadêmico, tenho a convicção de que estou “no meu lugar” - “médica com amplitude do olhar para além da Ciência médica, pesquisadora de Políticas Públicas, com vivência de trinta anos na observação diária de velhas e velhos em vários cenários de vida, no contexto da vida contemporânea”.

1.2. POR QUE OS VELHOS

A pesquisa desenvolvida tem suas raízes fincadas na minha história de vida, na minha relação com minhas avós; meus padrinhos; meus vizinhos - da minha época de criança; meus professores – de toda a minha vida

acadêmica; meus pais – cada um com sua velhice; meus pacientes – convivência diária há mais de trinta anos.

Na minha infância, tive o privilégio de conviver com minhas avós materna e paterna – tão diversas: a paterna, taciturna, rigorosa, religiosidade marcante; a materna, brincalhona, alegre, debochada; o avô materno – pouco convívio por já estar fragilizado pelas sequelas das doenças crônicas degenerativas de que era portador.

Meus padrinhos idosos – minha madrinha, gênio forte e castrador, alfabetizou-me, orientou-me em diversos momentos de minha vida acadêmica; meu padrinho, portador desde jovem de uma doença óssea deformante, que não o impediu de trabalhar, discussões fecundas sobre a política portuguesa e brasileira, base para meus estudos.

Madrinha da minha irmã e vizinhos de idade avançada – com os quais convivi no período da minha infância, os quais gostava de visitar, admirar os objetos fascinantes de suas residências, e escutar atenta a história de cada um deles.

Professores – de todos os níveis, desde o fundamental, até a graduação e pós-graduação, com seus ensinamentos e experiências. Nesse ponto, exemplifico com a presença marcante na minha formação gerontológica, da assistente social aposentada (como ela gostava de ser denominada; irritava-se ao ser apresentada como doutora. Dizia: “De quê? Não fiz doutorado, fiz apenas o mestrado”) Nara Costa Rodrigues, tantas horas de conversa sem fim, acompanhada por uma cuia de chimarrão (como gaúcha que era), vastos ensinamentos científicos, mais tarde ensinamento vivo sobre o envelhecimento bem sucedido, e, até mesmo, no percurso de sua finitude, o fez nos ensinando até o fim.

Minha mãe. Envelheceu como sempre viveu, firme forte, sem demonstrar fragilidade, estava sempre a postos para ajudar quem aparecesse, mas não gostava de ser cuidada. Lúcida, ativa, participante, fazia sozinha os afazeres domésticos; gostava de caminhar, ler, das atividades religiosas e de muita conversa, claro, no peitoral do muro de casa. Abateu-se,

apenas com a perda do filho querido, e desta feita desistiu de lutar, cansada de quase 80 anos de existência.

Meu pai, hoje com 83 anos, desde a viuvez, passa alguns meses comigo em São Luís, e outros meses com meus irmãos no Rio de Janeiro. Lúcido orientado, apesar de portador de doenças crônico-degenerativas, algumas com sequelas. Gosta de música, de cantar, de futebol.

Com cada uma dessas idosas e idosos, de presenças marcantes, absorvi seus ensinamentos e exemplos, como pano de fundo para minha pesquisa empírica.

Em outra vertente, a presença dos velhos esteve e continua presente na minha trajetória de vida. Para além da vida familiar e social, eles demarcam presença na minha vida acadêmica. Ingressei na Faculdade de Medicina com a intenção inicial de especializar-me em clínica médica, e depois de formada trabalhar no interior do Estado do Rio de Janeiro. Nos primeiros anos da graduação, visitando um asilo para idosos, no Rio de Janeiro, conversando com os moradores e técnicos, deparei-me com os termos “Geriatria” e “Gerontologia”. Busquei desvendar a abrangência de tais termos e à proporção da descoberta dos seus significados; fui tomando a decisão quanto à especialidade médica que abraçaria. Desde esta escolha, passei a participar de vários eventos relacionados ao tema. Em todos os estágios obrigatórios do curso de graduação, sempre encontrava algum “velho ou velha” para conversar, acalantar, absorver seus ensinamentos, ajudar, cuidar.

No percurso do meu caminhar profissional, encontrei em São Luís, ao chegar, o trabalho com os idosos trilhando os seus primeiros passos. Logo, pude participar da semente geradora de várias iniciativas do setor. Timidamente, vivenciei o início do consultório, justamente pelo caráter inovador da especialidade, tanto para os idosos, como para as famílias e profissionais de outras áreas. Aos poucos, o trabalho foi florescendo, gerando frutos nem sempre adocicados e, mesmo, alguns amargos. A rigor, algumas sementes não germinaram, mas a maioria cresceu, floresceu e fecundou.

Com efeito, as pessoas velhas sempre estiveram presentes, seja na minha trajetória de vida, seja no meu percurso profissional, de forma articulada, em muitos casos, os dois planos se interpuseram.

Além do mais, pelo acelerado envelhecimento populacional, no Brasil, nas últimas décadas, tem aumentado a demanda nas diversas áreas de atuação - Saúde, Educação, Transporte, habitação, prestação de serviços, pesquisa e Políticas Públicas. Considero, portanto, de suma importância, o investimento na formação de recursos humanos. No bojo desta perspectiva, ao ingressar na vida acadêmica, defini como campo de investigação científica o envelhecimento, em toda a sua tessitura, nos mais diversos contextos.

De fato, os profissionais especialistas da temática – geriatras e gerontólogos - têm importante papel na realização de pesquisas sobre as características das pessoas velhas, na busca dos determinantes do envelhecer bem e, principalmente, na divulgação dos conhecimentos acerca das ações que previnem o desajustamento, a doença, a incapacidade, o envelhecimento bem sucedido a todas as pessoas idosas. As necessidades evolutivas dos idosos requerem um foco não apenas sobre o declínio, as mudanças biofisiológicas, a manutenção do controle de sua vida, mas também, sobre as suas condições de vida nos diversos contextos.

1.3 POR QUE PESQUISAR A VIOLÊNCIA ESTRUTURAL - SOCIAL CONTRA AS PESSOAS IDOSAS

No Brasil, a discussão sobre a violência contra as pessoas idosas tomou um impulso nas últimas décadas, tendo como um dos fatores o aumento crescente da população idosa. Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos cresceu vertiginosamente de 4% (1,7 milhão) em 1940 para 8,6% (14,5 milhões) no ano 2000. Projeta-se para o ano de 2025 um contingente de aproximadamente 32 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos, o que representará aproximadamente 15% da população brasileira total, e tornará o Brasil o sexto país com maior número de idosos no mundo (CARDOSO; SILVA, 2013; MONTEIRO et.al., 2014).

Cabe sublinhar que o interesse de comunidades acadêmicas pela questão da violência contra as pessoas idosas é um fenômeno a gestar múltiplos olhares investigativos. Com efeito, na produção científica, foi se constituindo uma matriz de conhecimento centrada na violência contra esse segmento populacional, desvendando as suas distintas configurações: física, psicológica, financeira, simbólica, institucional, interpessoal, estrutural e social. Em verdade, a violência contra velhas e velhos poderá ocorrer no seio da própria família, nas instituições de longa permanência, nos órgãos públicos, nos transportes coletivos, nos centros de convivência; enfim, nos mais diversos espaços sociais em que homens e mulheres, considerados velhos, vivem e convivem.

A rigor, nos anos 2000, intensificou-se uma reflexão coletiva sobre a temática de violência contra a pessoa idosa nos espaços de discussão científica, a exemplo de cursos, seminários, fóruns, conferências, congressos. E, muito se avançou no desvendamento das formas e expressões das violências que atingem as pessoas em fase de envelhecimento de diferentes classes e grupos sociais. Nesse contexto, num país como o nosso, com vasto contingente de velhos pobres, urge, portanto, fazerem-se pesquisas sobre esse emblemático segmento populacional.

Após minha inserção no mestrado do Programa de Políticas Públicas da UFMA, configurei o fenômeno da *violência simbólica contra a pessoa idosa*, como objeto de estudo. Na minha dissertação de mestrado, centrei o foco da investigação em idosos da classe média e média alta com quem desenvolvi uma relação na condição de geriatra em meu consultório de atenção integral a saúde do idoso.

No projeto para seleção do doutorado do Programa de Políticas Públicas da UFMA, ampliei o meu olhar numa dupla perspectiva: investigar a violência em suas múltiplas formas, buscando compreender como se juntam e se articulam; trabalhar com idosos de diferentes segmentos sociais, analisando como as violências repercutem em seu universo de vida.

Após a inserção no curso de doutorado em Políticas Públicas da UFMA, ao longo dos processos de orientação, foi se impondo a exigência de

redefinição do objeto, no sentido de recortes mais específicos, superando a amplitude da proposta de estudo na versão original do projeto.

A ampliação de horizonte investigativo acompanha a própria extensão do âmbito de minha atuação como geriatra, nos ambulatórios de atenção integral ao idoso: do Hospital do Servidor do Estado e em duas clínicas localizadas em bairros periféricos de São Luís, conveniadas com a Secretaria Estadual de Saúde, onde trabalhei com idosos de classe média baixa e, até mesmo, velhos pobres. Além do que me propus a responder, no doutorado, a uma das indagações da banca examinadora na defesa da minha dissertação de mestrado: será que eu encontraria tantos determinantes da violência simbólica no contexto da pobreza? Ademais, pela minha trajetória de vida, embebida em questões da pobreza estrutural e de meu percurso acadêmico permeado pelas pessoas velhas vítimas de várias formas de violências, interessa-me estudar seus determinantes como fonte geradora da violência estrutural-social contra pessoas idosas.

Na ampliação do discernimento do fenômeno da violência contra as pessoas idosas, configuro a violência estrutural-social como aquele tipo de violência vinculado às expressões do modo de organização da vida social, envolvendo dimensões objetivas e subjetivas, pelas condições de vida decorrentes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria; as várias formas de preconceito e discriminação imbuídos à pessoa idosa; as situações no âmbito do envelhecimento social, proporcionado pela aposentadoria com suas várias implicações, e pelo envelhecimento precoce decorrente da própria estrutura do trabalho no Capital.

Na sociedade brasileira, essa categoria de violência envolve desde o padrão de estruturas sociais marcadamente desiguais até as dimensões culturais consubstanciada no imaginário coletivo. É uma expressão do processo de exclusão social em nossos dias, gerando insegurança, angústia, instabilidade, depressão e desamparo. Uma das formas de materialização reside na dificuldade de acesso a médicos e serviços de saúde, na incidência de desnutrição, desamparo e abandono dos mais pobres, enfim, na destituição de direitos sociais.

Como se depreende desta análise inicial, a *violência estrutural-social* contra as pessoas idosas é um processo que vem junto com a elevação da consciência de direitos, transformando a violência contra esse segmento populacional em problema social. Por conseguinte, a violência contra as pessoas idosas traduz-se em problema de grande monta para a sociedade brasileira, e de enorme desafio para as Políticas Públicas, necessitando de estudos e pesquisas que abordem todas as formas de violência, relacionadas ao envelhecimento, analisando como essas formas que atingem velhas e velhos em diferentes inserções sociais e em distintos espaços.

Assim, em meio à multiplicidade de expressões da violência contra as pessoas idosas no contexto da vida contemporânea, delimitei um duplo recorte: incidir o foco investigativo na violência estrutural-social, concebida como a forma de violência contra as pessoas idosas decorrente das desigualdades e apartações sociais, apresentando-se naturalizada nas manifestações da pobreza, miséria e exclusões; trabalhar com idosos empobrecidos, inseridos em diferentes contextos. O fio condutor do estudo são as expressões atuais dessa violência no cotidiano de idosos e idosas pobres, avaliando como se articulam formas distintas de violência nesse contexto de desigualdades e precarização das condições de vida.

1.4. OSTRA FELIZ NÃO FAZ PÉROLAS

Sob este título, de uma das obras do escritor Rubens Alves “Ostra Feliz Não Faz Pérolas”, descrevo o percurso investigativo da minha pesquisa.

“Ostras são moluscos, animais sem esqueleto, macias, (...) Sem defesa, são animais mansos, seriam uma presa fácil para os predadores. Para que isso não acontecesse, a sua sabedoria as ensinou a fazer casas, conchas duras, dentro das quais vivem” (ALVES, 2008, p.11).

Em verdade, muitas pessoas que vivem em meio às determinações da pobreza, formam verdadeiras carapaças ao seu redor, “conchas duras” para que consigam suplantar as diversas penúrias da sua existência.

Uma ostra solitária destoava das outras ostras alegres. Cantava uma música muito triste (...). Era dor. Pois um grão de areia havia entrado dentro da sua carne e doía, doía, doía. Ela não tinha jeito de se livrar dele, do grão de areia. Mas era possível livrar-se da dor. O seu corpo sabia que, para se livrar da dor que o grão de areia lhe provocava, em virtude de suas aspereza, arestas e pontas, bastava envolvê-lo com uma substância lisa, brilhante e redonda. Assim, enquanto seu canto triste, o seu corpo fazia o trabalho - por causa da dor que o grão de areia lhe causava. Um dia passou por ali um pescador com seu barco (...) levou-as [as ostras] para casa e sua mulher fez uma deliciosa sopa de ostras (...), de repente seus dentes bateram num objeto duro que estava dentro da ostra. Ele o tomou nos dedos e sorriu de felicidade: era uma pérola, uma linda pérola. Apenas a ostra sofradora fizera uma pérola (...) Isso é verdade para as outras. **É verdade para os seres humanos** (ALVES, 2008, p.12). (grifos meus).

Assim, durante o percurso da pesquisa empírica percebi que o “canto triste” das pessoas que viveram e vivem num contexto social imbricado numa teia estrutural adversa, permitiram com este sofrimento (muitos se utilizaram desta palavra – sofrimento), a construção de “pérolas” na sua vida interligada por adversidades com tipificações de exclusões sociais. Num dos trechos do livro, no tópico sobre velhice, o escritor tangencia as determinações estruturais no cenário do envelhecimento.

“Quem deixou de ter função econômica deixou de ter identidade. Vai para um lixo social chamado exclusão” (ALVES, 2008, p.257).

Sob o exposto, tal qual ao pescador “Rubens Alves”, “pesquei” “ostras” nas falas das pessoas integrantes da pesquisa. Os depoimentos dessas pessoas idosas são achados preciosos escondidos, camuflados no contexto da pobreza.

“Não tenho idade para ser velho, mas sou um velho, me sinto um velho. A vida me “acagibou”, não sirvo para mais nada, nem para trabalhar. Vivo doente, com muitas dores, não ando direito, minha mão não abre direito, não posso trabalhar. Era carroceiro; perdi tudo, minha carroça, meu animal. Me sinto um velho! (Pérola, homem, 56 anos, solteiro, carroceiro, GF3).

Desta feita, para garantir o anonimato e preservar as pessoas idosas, que fizeram parte da minha pesquisa, atribuí-lhes nomes de pedras preciosas brasileiras numa linguagem simbólica, pelo valor imensurável das suas falas. Inspirada pela obra de Rubens Alves, denominei de “pérola” ao “autor” do depoimento mais contundente pela minha “avaliação” de

pesquisadora: com trinta anos de experiência com a temática – envelhecimento, diariamente surpreendida pela beleza de pedras preciosas garimpadas no campo empírico dos atendimentos no consultório, no ambulatório do serviço público, nas visitas domiciliares; pela escuta atenta das falas demarcadas por alegrias, tristezas, dissabores, dores, privações, força, crenças nos diversos cenários da pesquisa.

O ato de “construir pérolas” sob a égide do sofrimento no contexto da pobreza de “garimpar pedras preciosas”, na complexidade das violências estrutural-sociais demarca a minha opção pela abordagem qualitativa por achar que este tipo de pesquisa, um método mais adequado para compreender e identificar as expressões da violência estrutural-social no cotidiano de velhas e velhos pobres, avaliar como se articulam formas distintas de violência neste contexto de desigualdades e precarização das condições de vida.

De fato, este objeto exige a pesquisa qualitativa, na medida em que me proponho a interpretar a vida das pessoas idosas imersas na pobreza, buscando significados para as diversas tipologias da violência estrutural-social. Ademais, a metodologia qualitativa não se constitui apenas numa técnica de colher informações: permite ao pesquisador a ausculta atenta a pessoa pesquisada, pois trata-se de uma investigação do contexto e das emoções das respostas humanas, traz consigo uma natureza interpretativa dos dados. Por conseguinte, vale a pena frisar que uma das razões da escolha deste método da investigação repousa no acesso à profundidade das falas visando à compreensão do fenômeno. Outro motivo foi a própria natureza da investigação na qual subjetividade e intuição são elementos constitutivos, e que se fazem presentes na definição do problema, na necessidade de informação na formulação de hipótese e definição de variáveis.

Como a pesquisa qualitativa trabalha dimensões de vida das pessoas, mergulhando no complexo universo do subjetivo, envolto em sentidos e emoções, valores e intenções, faz-se necessária uma permanente vigilância epistemológica para que o pesquisador mantenha-se em sintonia com a

realidade que emerge dos discursos⁴, dos silêncios, dos gestos, das atitudes, das omissões. É este o alerta que estudiosos da problemática da velhice fazem aos que decidem aventurar-se pelos (in)certos caminhos da pesquisa qualitativa:

Estudar a problemática de um grupo singular de idosos a partir da experiência profissional requer a atenção e cuidado do pesquisador para que ele não perca a objetividade e ao mesmo tempo formule indagações que devam ser respondidas à luz da fundamentação teórica. (BERZINS, 2000, p. 46).

Indiscutivelmente, hoje, a pesquisa qualitativa é uma tendência que se vem afirmando na Gerontologia, pois:

Esta abordagem está preocupada em descrever padrões de comportamento e processos de interação, assim como revelar os significados, valores e intenções que invadem a experiência de pessoas idosas, ou a experiência dos outros em relação à velhice. (MENEZES, 1999, p. 67).

E no âmbito do estudo gerontológico, a pesquisa qualitativa está incluída como recomendação, na conclusão do documento final da Assembleia Mundial sobre Envelhecimento de 2002, para os estudos relacionados à violência contra os idosos:

Necessita-se melhorar a base de conhecimentos e informações da política nacional e local, e elaborar diretrizes amplas para o estabelecimento de estratégias e programas de intervenção e prevenção. Também se planejam problemas metodológicos: (...) determinar a etiologia e os efeitos dos maus tratos em diversos contextos: realizar estudos qualitativos com objetivos claramente definidos a fim de entender as relações causais das práticas abusivas; (...) para documentar a incidência dos maus tratos entre as pessoas idosas. (ONU, 2002, p.12).

Desta forma, norteadas pela pesquisa qualitativa, instituí como ponto de partida do percurso metodológico um levantamento bibliográfico e documental das principais obras, trabalhos e artigos relevantes relacionados à

⁴ Isto é, a língua atualizada na própria fala e na escrita.

temática; a caracterização socioeconômica dos velhos residentes no Maranhão, especificadamente em São Luís. Realizei leituras e fichamentos dos textos. Assim, a temática foi contextualizada através da contribuição de diferentes autores, numa diversidade de pensamentos, com o objetivo de enriquecer as discussões a cerca de fenômenos atuais, ambíguos, multidimensionais, complexos como a velhice, a pobreza e a violência. E, fornecer embasamento teórico para construir a conceituação das categorias de análise fundantes da minha tese: envelhecimento, pobreza, violências, violência estrutural-social.

A partir da definição do objeto de pesquisa, foi necessária a escolha do cenário da pesquisa. Nesta perspectiva, desenvolvi o trabalho investigativo com velhos e velhas inseridos(as) em diferentes três espaços sociais com características diversas e os sujeitos da pesquisa com perfis peculiares.

(1) Local de pesquisa – idosos pobres atendidos no meu consultório. Pela estruturação do meu consultório, a clientela é majoritariamente da classe média-média e/ou média-alta. Contudo, vislumbrei neste universo um grupo de idosos pobres, que inicialmente foram atendidos por mim em projetos temporários promovidos mediante ações conveniadas com a Secretaria de Saúde municipal, estadual, ou em mutirões, mas que quiseram manter o acompanhamento no meu consultório de forma gratuita ou com pagamento simbólico. A maioria oriunda de bairros da periferia de São Luís ou da interlândia do Estado. Denominei-o de Grupo Focal – GF1.

(2) Ambulatório do Serviço de Atenção Integral Geriátrico-Gerontológica – GEN (Gerenciamento do Envelhecimento Natural) do Idoso Hospital do Servidor do Estado Dr. Carlos Macieira, onde atendi diariamente, durante dez anos (durante o percurso da o programa foi extinto). Denominei-o de Grupo Focal – GF2.

(3) Grupo de Idosos, atendidos pela Fisioterapia, do Posto de Saúde da Vila Embratel, bairro da periferia de São Luís, um dos locais para desenvolvimento de atividades de extensão da UFMA – Universidade Federal do Maranhão. Denominei-o de Grupo Focal – GF3.

Ao mesmo tempo da pesquisa bibliográfica e documental fiz um levantamento de dados da clientela atendida nos três locais de pesquisa, através das fichas de identificação dos idosos atendidos no meu consultório e no hospital do servidor público estadual e o levantamento de informações na ficha cadastral dos velhos participantes das atividades do posto de saúde do bairro da Vila Embratel, para a construção do cenário da pesquisa.

Dentre as possibilidades da pesquisa qualitativa há a abordagem fenomenológica que privilegia a análise dos pressupostos fundamentando a vida das pessoas. Para tanto, utilizei a técnica de Grupo Focal como um dos procedimentos metodológicos para o levantamento de depoimentos dos idosos, como forma de compreender os pressupostos da pesquisa e estabelecer relação entre o universo de entrevistados e os objetivos da pesquisa.

Segundo Gatti (2005, p.7), grupo focal é “um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”, e tem como objetivo.

Captar, a partir das trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, de um modo que não seria possível com outros métodos, como, por exemplo, a observação, a entrevista ou questionários. O grupo focal permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestar (GATTI, 2005, p.9)

De acordo com a referida autora (GATTI, 2005, p.10) os grupos focais são particularmente úteis nos estudos em que se quer compreender diferenças e divergências, contraposições e contradições de um determinado grupo social.

A técnica é muito útil quando se está interessado em compreender as diferenças existentes em perspectivas, ideias, sentimentos, representações, valores e comportamentos de grupos diferenciados de pessoas, bem como compreender os fatores que os influenciam, as motivações que subsidiam as opções, os porquês de determinados posicionamentos (GATTI, 2005, p.14).

Esse procedimento para levantamento de informações deriva das diferentes formas de trabalho com grupos e poderá ser empregado em

processo de pesquisa social de natureza qualitativa, “sendo o procedimento mais usual utilizar vários grupos focais para uma mesma investigação, para dar cobertura a variados fatores” (GATTI, 2005, p.11), por conseguinte, a noção de grupos focais está apoiada no desenvolvimento das entrevistas grupais, o que permite

Reunir pessoas para conseguir pontos de vista de vários sujeitos para análise em profundidade de um tema. Nesse sentido, os grupos focais são pequenos grupos constituídos de pessoas com interesses e identidades similares, ou especificadamente escolhidas para representar uma variedade de opiniões e contextos (SILVA E SILVA, 2008, p.18).

Além do mais, em razão da natureza da pesquisa, de seu objeto - penetrar mais profundamente na subjetividade dos idosos pesquisados, não tive preocupação com representatividade estatística, o que reforça a opção pela pesquisa qualitativa; justifica, ainda mais, a escolha da técnica do grupo focal, por esta requerer um número restrito de entrevistados em cada grupo,

Visando abordar questões em maior profundidade, pela interação grupal, cada grupo focal não pode ser grande, mas também não pode ser excessivamente pequeno, ficando sua dimensão preferencialmente entre seis a doze pessoas. Em geral, para projetos de pesquisa, o ideal é não trabalhar com mais de dez participantes. Grupos maiores limitam a participação, as oportunidades de trocas de idéias e elaborações, o aprofundamento no tratamento do tema e também os registros (GATTI, 2005, p.22).

Ademais, a escolha do grupo de pessoas a serem entrevistadas deve levar em consideração os objetivos do estudo e o conjunto social, posto que, na base do trabalho com grupo focal “algum traço comum entre os participantes deverá existir” (GATTI, 2005, p.18), tendo a vigilância epistemológica de considerar que a composição do grupo baseie-se em algumas “características homogêneas dos participantes, mas com suficiente variação entre eles para que apareçam opiniões diferentes ou divergentes” (GATTI, 2005, p.18).

Para o levantamento de informações fiz uma reunião inicial, em cada um dos locais da pesquisa: abordei a temática do envelhecimento com todas as suas implicações. Para que a primeira reunião permitisse contextualizar a pesquisa para os sujeitos envolvidos, preparei uma palestra com slides e a

apresentei em Datashow uma abordagem sobre envelhecimento e a violência nessa fase da vida. Ao final, expliquei o motivo da pesquisa e agendei encontros semanais ou quinzenais (de acordo com a decisão do grupo) em cada local, com um número restrito de idosos, entre 10 a 12. A decisão da permanência ou na pesquisa foi espontânea. Utilizei como forma de registro as anotações escritas e as gravações em áudio. Os encontros tiveram duração 60 a 90 minutos, e foram de 4-5 encontros em cada grupo, dependendo do desenvolvimento das discussões.

Com os encontros nos grupos focais busquei investigar, conhecer e interpretar a dimensão da violência estrutural-social, nos diferentes cenários. Para tanto utilizei-me de um roteiro inicial para introduzir as questões em discussão, para trabalhar as temáticas:

No primeiro encontro foram levantados os seguintes questionamentos: O que é ser velho? O que é a velhice? Você se sente velho? Gosta de ser velho? As outras pessoas acham que você é velho? Quais as dificuldades que enfrenta ou já enfrentou por ser velho?

No segundo encontro: Quais as suas condições de vida? Como você participa das atividades na sua casa? Ainda trabalha em casa? Necessita fazer outros trabalhos? Participa de programas sociais que oferecem algum benefício e/ou ajuda?

No terceiro encontro: Fale sobre sua família. Com quem mora? O que você faz em casa? Ajuda? Como as pessoas são com você? Como você participa da sua comunidade? Amigos, grupos, movimentos. Como se diverte? Ainda namora?

No quarto encontro: Já aconteceu alguma coisa que o deixou zangado, chateado ou humilhado por ser velho? Ou por ser pobre? Como foi esse episódio.

Enfim, com a metodologia observei, avaliei os segmentos de velhas e velhos empobrecidos no cotidiano da pobreza, sobre as distintas dimensões de suas vidas: condições de vida, rendimentos, estrutura familiar, conflitos intergeracionais, escolaridade; condições de moradia, acesso a serviços de

saúde, inserção no mercado de trabalho, acesso aos serviços públicos, tendo como fio condutor o desvendamento das violências que degradam suas vidas, atingindo sua dignidade e autonomia, na tessitura estrutural social, portanto, as tipificações da violência estrutural-social.

Além dessa técnica metodológica - grupo focal, ao longo dos anos, durante a entrevista médica, em diferentes locais de atuação, quando antevejo através da “palavra falada” ou “não falada”, ou seja: através da expressão corporal da pessoa idosa e de seus acompanhantes, algum indício de alguma das formas de violência, delimito uma pausa no desenrolar da entrevista sob a ótica médico-clínica, e a ênfase na escuta atenta e paciente das questões relacionadas às violências. Anoto inicialmente essas observações na própria ficha de atendimento do idoso; posteriormente, transcrevo-as para um diário. Utilizo essas anotações como fonte de pesquisa; portanto, como um recurso metodológico. Assim, a observação participante passa a ser “observação com registro” e a pesquisa de campo, realizada através dos depoimentos anotados no diário, em vez de “diário de campo”, recebe uma nova nomenclatura “diário de escuta”.

Durante o percurso metodológico, recordei-me de um emblemático caso clínico-social e utilizei as anotações contidas no “diário de escuta” referentes a este caso, como um recurso metodológico teórico-prática de conhecer, interpretar, dimensionar a violência estrutural-social. Esse caso é exposto no texto desta tese⁵ a partir do qual procuro refletir sobre as causas da violência estrutural-social, delimitar seu alcance no contexto familiar e na sociedade.

1.4.1. Mar, Solos e Rochas

Sob este título apresento os três cenários da pesquisa, mantendo a linguagem simbólica, pois as pérolas são pescadas no mar, e as pedras

⁵ Capítulo 2, sub- item 2.3.

preciosas garimpadas no solo e entre as rochas, ademais, ao me reportar a pedras, referencio também os diversos percalços e empecilhos durante o percurso metodológico.

Antes de proceder à configuração do campo, acredito ser importante expressar um pouco da história do município – São Luís, Maranhão – Brasil onde a pesquisa foi desenvolvida.

De acordo com o site do Governo do Estado⁶, São Luís é um município e a capital do Estado do Maranhão, Estado da região Nordeste do Brasil. A Ilha de São Luís constitui a chamada “Grande São Luís”, compreendendo os municípios de São Luís, São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa. A zona urbana possui mais de 30 quilômetros de praias. Circundada por águas calmas e de cor esverdeada, emoldurada por três grandes baías - Ribamar, São Marcos e Arraial, a primitiva Upaon-Açu dos tupinambás. O Estado do Maranhão possui grande número de quilombos e de etnias indígenas, além de São Luís ter características etno-raciais peculiares, pois foi fundada por franceses, posteriormente invadida por holandeses e mais tarde colonizada pelos portugueses.

O município faz parte da Mesorregião do Norte Maranhense e da Microrregião da Aglomeração Urbana de São Luís, localizada a norte do Estado do Maranhão. O município de São Luís está organizado em sete Distritos Sanitários, seis na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho Itaqui-Bacanga e Tirirical) e um na zona rural (Vila Esperança).

⁶ www.saoluis.ma.gov.br. Acesso em 02/03/2014.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, segundo dados das Nações Unidas do ano 2010, é de 0,768, alto se comparado ao índice de desenvolvimento humano do Maranhão (que foi de 0,639 no mesmo ano) e acima da média brasileira, sendo a décima quinta capital estadual brasileira com maior IDH e a terceira capital do Nordeste com maior IDH, perdendo apenas para Recife e Aracaju.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE): o Maranhão apresentou 6.569.683 habitantes. O Estado teve um aumento na população de 18,13%, em relação ao Censo 2000, sendo o Estado do Nordeste com o maior crescimento populacional em 10 anos. Com 834,8 quilômetros quadrados de área, São Luís continua tendo a maior concentração demográfica do Estado com 1.215,69 hab/km². Possui 1.014.837 habitantes. Destes 538.181 (53,18%) são mulheres e 473.762 são homens (46,82%). Conforme o Censo 2010, 94,44% (955.600 pessoas) da população ludovicense vivem em situação urbana e 5,56% (56.343 pessoas) em situação rural. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, a PNAD, realizada pelo IBGE (2010) já saiu a de 2012?, 34% da população maranhense tem mais de 60 anos.

A partir da apresentação dessas indicações gerais sobre o espaço geográfico da pesquisa, São Luís, destaco os três locais onde foi realizada a pesquisa de campo.

Desde a elaboração do projeto de pesquisa foram determinados dois locais para a pesquisa de campo, a saber, meu consultório e o Ambulatório do Serviço de Atenção Integral Geriátrico-Gerontológica – GEN (Gerenciamento

do Envelhecimento Natural) do Idoso Hospital do Servidor do Estado Dr. Carlos Macieira. A escolha se deu por vir desenvolvendo atividades profissionais, há mais de 20 anos no meu consultório e há 10 anos no GEN, favorecendo a confiança e acesso necessários para a realização do procedimento metodológico principal escolhido para a pesquisa de campo – grupo focal.

Necessitava de um terceiro lugar com o qual eu não tivesse nenhuma ligação, como forma de diversificar a pesquisa e também na tentativa de encontrar outros cenários e outros sujeitos para realização da pesquisa.

Inicialmente pensei na possibilidade de incluir o Posto de Saúde de Juçatuba, povoado na zona rural do município de São José de Ribamar, pela proximidade de São Luís e por conhecer pessoas que moram naquela localidade. Apesar de várias tentativas não consegui comunicação com nenhuma pessoa responsável pelo referido posto de saúde, além do que soube que as reuniões com as pessoas idosas ocorriam só mensalmente para os encontros do Programa HiperDia⁷, o que dificultaria a realização do procedimento de pesquisa escolhido. Assim, tentei Posto de Saúde em dois municípios periféricos da zona urbana de São Luís – COHAB e COHATRAC. Apesar de agendar por telefone, não consegui contato com os responsáveis pelos postos, e também, nesses serviços, as pessoas idosas também reuniam-se só mensalmente. Fiz nova tentativa. Desta vez, no posto de saúde de outro

⁷ O Programa Hiperdia, estabelecido conforme Resolução SES Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010, tem como missão coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde. Como resultado, é esperado que esse programa possibilite o aumento da longevidade da população, acompanhado da melhoria de sua qualidade de vida, por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por essas patologias.

bairro da zona urbana de São Luís, Ilhina no São Francisco, com um número expressivo de pessoas em situação de pobreza e altos índices de violência. Procurei o Posto de Saúde, sendo prontamente recebida e acolhida pela equipe: médico, enfermeira, assistente social e a diretora do posto, contudo, devido às características de violência do bairro, acharam melhor que eu conversasse com a líder comunitária, com quem agendei um encontro. Nesse contato fui bem recebida e a interlocutora demonstrou conhecimento dos problemas do bairro. Entretanto, nova dificuldade (nesse momento, já estava em andamento com os grupos focais dos outros dois locais de pesquisa) imposta pela técnica da pesquisa – grupo focal requerer um local para a realização da mesma. No momento, a sala determinada para encontros e reuniões havia sido cedida para outro projeto e não poderia ser utilizada. Além do que, no referido posto, não havia nenhuma programação de atividade em grupo com as pessoas idosas. A líder comunitária relatou que, desde que a sala de reunião foi desativada, faziam a reunião numa escola comunitária, mas que recentemente, também foi desativada pelas condições de risco eminente de desabamento. A líder comunitária mostrou querer “muito a pesquisa” na área. Sugeri que eu fosse visitar alguns idosos no domicílio. Ela faria a programação e iria comigo: “Todos me conhecem aqui, não vão lhe fazer nada”, disse-me ela, pois ela conhecia bem a história de cada um: “Nasci e me criei aqui, consegui estudar um pouco, sou professora, mas nunca deixei os meus, nunca sai daqui”, disse-me. Queria que eu fosse visitar vários idosos que ela tinha certeza de que sofriam vários tipos de violência, principalmente a

financeira: “A senhora sabe como é, vivem com filhos e netos que não querem nada com a vida, pegam o dinheiro dos velhos para beber e usar a diamba⁸”.

Expliquei a ela que a técnica da pesquisa não era essa, que já havia iniciado a pesquisa nos outros dois locais que não poderia mudar a técnica no transcorrer da mesma. Orientei-a sobre os órgãos de defesa da pessoa idosa, mas ela nem me deixou terminar: conhecia os órgãos de defesa do idoso e o procedimento; e então, disse: “Doutora, a senhora me desculpe, eu sei que a senhora que é a doutora, mas eu conheço bem as coisas como elas são. Esses velhos estão ruins com esses que estão com eles, mas se denúncia ajudasse era bom. Denunciar colocar eles atrás das grades, muitas vezes pode ser pior para esses pobres velhos, coitados! A gente vai levando um ajudando o outro”.

Relatei com detalhes esse episódio, pois apesar de não estar no âmbito dos idosos pesquisados, demonstra o contexto de violências estrutural-social no qual os velhos estão mergulhados, na periferia da vida.

Portanto, esse peregrinar para encontrar o terceiro cenário da pesquisa foi “uma das pedras” que encontrei durante o percurso metodológico. Os encontros do grupo focal do meu consultório (GF1) e do grupo de idosos GEN (GF2) estavam em andamento. Nesse ínterim, sem nenhum aviso, faltando três dias para a comemoração dos 10 anos de atividades do grupo GEN, o programa foi extinto, pegando-nos, profissionais e idosos, de surpresa. Nova pedra no percurso da minha pesquisa, pois nesse grupo focal, tinha feito apenas três encontros: faltava mais um ou dois encontros. Assim, além de não

⁸ Maconha; palavra de origem quibundo (Angola).

ter conseguido um local como terceiro cenário da pesquisa, havia de repente perdido o segundo local para realização do grupo focal. Desta vez, o empecilho no percurso metodológico não era uma pedra, mas um pedregulho!

Finalmente, uma das colegas de turma do curso de doutorado, que atende no posto de saúde da vila Embratel, apresentou-me a diretora do mesmo. Esta foi muito solícita. As pessoas idosas eram atendidas três vezes por semana pela fisioterapeuta, e quinzenalmente; esse grupo tinha atividade em grupo no referido posto de saúde. Agendei e fui falar com a fisioterapeuta, que determinou 60 minutos das duas horas de que dispunha às sextas-feiras quinzenalmente, para que eu pudesse realizar o grupo focal com as pessoas idosas do referido posto de saúde.

Na constante busca para encontrar o local para a realização do terceiro cenário de pesquisa, ao mesmo tempo, tentava reencontrar os idosos pertencentes ao projeto GEN. Não foi fácil. Depois de algum tempo conseguiram uma sala para reuniões na dependência da sede do PAI⁹, onde são realizadas reuniões semanais nas sexta feiras. Entretanto pela mudança, lugar de pior acesso para transporte coletivo, falta do atendimento médico (no hospital eles iam para alguma consulta e ficavam para a reunião), dificultou que eu conseguisse reunir o mesmo grupo original para dar continuidade ao grupo focal. Depois de vários telefonemas, recados de um idoso para outro, ajuda da assistente social, meses depois consegui dar continuidade à pesquisa com esse grupo.

⁹ PAI – Programa de Apoio ao Servidor do Estado do Maranhão, ligado à Secretaria de Administração. Os idosos passaram a se reunir na sede social localizada no Calhau.

Assim, depois de percalços e atropelos, a pesquisa foi realizada em três locais distintos:

GF1 - Consultório médico que funciona em São Luís desde 1986. Localizado no bairro do Centro da cidade (recentemente, novembro de 2013, transferido para outro bairro, com ampliação da equipe multidisciplinar e mudança de denominação para Espaço da GENTE), denominado “Instituto de Geriatria do Maranhão”. Além da consulta médica geriátrica, realiza atendimento gerontológico por equipe composta de nutricionista, fonoaudióloga e psicóloga, além de atividades como reuniões com idosos e familiares. O atendimento se direciona a número expressivo de pessoas idosas cadastradas de classe média-alta e média-média, mas inclui alguns idosos pertencentes à classe média-baixa e pobres.

GF2 - Ambulatório do Serviço de Atenção Integral Geriátrico-Gerontológica – GEN (Gerenciamento do Envelhecimento Natural) do Idoso Hospital do Servidor do Estado Dr. Carlos Macieira - na época da pesquisa, o hospital era ligado à Secretaria de Estado da Administração e Previdência Social, clientela composta pelos servidores estaduais e seus dependentes segurados. No decorrer da pesquisa, mais uma pedra no meio do percurso investigativo: o hospital passou para a administração da Secretaria Estadual de Saúde e recebeu nova nomenclatura: Hospital de Referência de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira. Assim, o programa foi extinto, com dez anos de funcionamento, sem avisos, um susto tanto para nós, profissionais, quanto para as pessoas idosas. Obviamente o segmento de pessoas atendidas e o grupo focal se dispersaram.

Na época da pesquisa, o Hospital possuía serviços de clínica médica – ambulatórios de várias especialidades médicas, dentre elas o ambulatório de geriatria, serviço social, atenção de enfermagem, serviço de nutrição, serviço de fisioterapia, serviço de atenção hospital – enfermagem e unidade de terapia intensiva e serviço de cirurgia geral, ortopédica, dentre outros. Instalado nas dependências do Hospital Dr. Carlos Macieira, o ambulatório de atenção Geriátrico-Gerontológico, denominado Gerenciamento do Envelhecimento Natural – GEN, foi criado em 14/04/2001, com objetivo principal de qualificar a longevidade das pessoas. Seu quadro técnico era composto por uma equipe multidisciplinar: médicos geriatras, assistente social, enfermeira, farmacêutica, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista, psicólogas, terapeuta ocupacional.

GF3 – O Posto de Saúde da Vila Embratel pertence ao Centro de Atenção à Saúde da Vila Embratel, local onde funciona a Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde, propriamente dito). Estabelecimento mantido pela Secretaria Municipal de Saúde. A Unidade de Saúde (Posto de Saúde) compreende uma equipe multidisciplinar formada por médicos clínicos gerais, pediatras, ginecologistas, enfermeiras, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, farmacêutica e auxiliar de farmácia e pessoal técnico-administrativo. Funciona de segunda a sexta-feira, no horário matutino e vespertino, com atividades de atendimento ambulatorial. Abriga também, há 14 anos, um dos Projetos de Extensão da UFMA – Universidade Federal do Maranhão, o Núcleo de Extensão da Vila Embratel (NEVE), ligado à Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Estudantis – PREXAE. Desenvolve atividades para a comunidade dos moradores da Vila Embratel e outras comunidades adjacentes ao Campus

da UFMA. No bojo do projeto, são desenvolvidas atividades dos mais diversos departamentos e cursos de graduação da UFMA, como Serviço Social, Letras, Biblioteconomia e Medicina III, além da Extensão e Pesquisa do Hospital Universitário, em que os estudantes têm como cenário de práticas as ações do projeto.

Localizado no bairro do mesmo nome – bairro da Vila Embratel, bairro da periferia de São Luís que apresenta sérias deficiências de infraestrutura básica. O objetivo principal do NEVE é melhorar a qualidade de vida dessas comunidades através de ações que promovam o desenvolvimento profissional, intelectual e pessoal dos participantes, oferecendo uma série de cursos, atendimentos e outras atividades voltadas para este público.

1.4.2. Pérola e as Pedras Preciosas

Mantendo a linha do simbolismo que adotei para a apresentação do percurso metodológico, neste subitem, explico como foi feita a seleção das pessoas idosas participantes, do coordenador e do observador de cada um dos grupos focais. Apresento as pessoas idosas participantes da pesquisa – pérola e as pedras preciosas. Em algumas delas me detenho mais para demarcar algo que achei relevante no contexto da referida pesquisa.

GF1 – Seleção dos participantes: como no período da pesquisa não tinha o profissional de serviço social na equipe do consultório, a escolha dos idosos, considerados pobres, deu-se na busca das fichas de atendimento, com ajuda primordial da minha secretária que, por conhecê-los, separava as fichas

de acordo com bairros ou por outra característica que ela achava relevante, para que eu decidisse qual deles convidaria a participar da pesquisa. Como o procedimento de grupo focal estabelece de dez a doze pessoas, inicialmente separei 20 fichas antevendo possíveis desistências. O convite para a primeira reunião foi por via contato telefônico por mim ou pela minha secretária do consultório.

Na primeira reunião vieram quase todos os convidados, mas quando expliquei que haveria outros encontros, apesar de demonstrarem interesse em participar, alguns alegaram dificuldade para deslocamento semanal, por não ter quem os acompanhasse ou por não ter dinheiro para o transporte toda semana. Nova pedra no percurso investigativo.

Resolvi dividi-los por bairros. Os que moravam nos bairros mais próximos eu iria buscá-los pessoalmente; para os outros idosos contratei dois taxistas que iam apanhá-los e levá-los. O que ao primeiro momento pareceu uma pedra, na realidade foi uma pedra fácil de ser removida, pois engrandeceu a pesquisa. Conheci as condições de moradia de alguns. Além do mais, em dois casos a esposa de um dos idosos, a partir do segundo encontro, decidiu vir também, havia convidado, mas tinha alegado falta de tempo pelas atividades domésticas. Outra idosa a quem não havia feito convite, participou com intervenções muito pertinentes: era a acompanhante de uma das participantes, também, idosa. Convidei-a para ficar na sala. No primeiro encontro quase não participou, mas a partir do segundo teve participação muito ativa.

O Local de realização dos grupos focais foi a sala de reunião do consultório.

GF2 - Seleção dos participantes: para a seleção dos idosos tive ajuda primordial da assistente social. Este através da ficha cadastral dos idosos com as informações de renda escolheu inicialmente 20 pessoas pela desistência que sempre ocorre. Os idosos tinham atividades diversas durante a semana e às sextas-feiras tinham reunião ampliada. Mais uma “pedra” no caminho da pesquisa, pois tanto o GF2 e quanto o GF3 tinham para a realização da pesquisa o mesmo dia e horário. Assim, por sugestão dos participantes, foram determinados encontros quinzenais com cada grupo.

As reuniões dos grupos ocorreram na sala de atividades de grupo do serviço de fisioterapia e terapia ocupacional do Hospital, que era utilizada como sala de reunião.

As reuniões foram acompanhadas pela assistente social do serviço que me ajudou nas observações.

GF3 – Seleção dos participantes: neste caso não tive qualquer influência na formação do grupo. Utilizei para a pesquisa o grupo que já vinha para os encontros semanais com a fisioterapeuta. Após a explicação no primeiro dia, todos quiseram participar, inclusive um deles com 56 anos que pleiteou sua participação¹⁰.

Inicialmente mostraram-se tímidos, mas no transcorrer dos grupos focais foram adquirindo maior desenvoltura. As pessoas idosas sentiam

¹⁰ Explanarei melhor como aconteceu adiante

necessidade de falar sobre suas experiências de vida com uma tendência a sair do foco da questão lançada, o que foi respeitado, mas também contornado com minha intervenção na qualidade de coordenadora do grupo focal.

No percurso da pesquisa, mais uma “pedra”: o posto de saúde passou por uma reestruturação administrativa. Houve substituição da diretoria e de alguns profissionais da equipe, dentre eles, a fisioterapeuta, e, portanto, as pessoas idosas ficaram sem as atividades de grupo, passando para encontros mensais com a enfermeira responsável pelo programa Hiperdia.

Como eu havia combinado mais uma reunião do grupo focal, pois só havíamos abordado tangencialmente questões de violência. Apesar de ter voltado ao Centro de Saúde diversas vezes, não consegui a receptividade da equipe, que impunha várias dificuldades para convocar os idosos para este último encontro.

Os grupos ocorreram em uma das salas fechadas nas dependências do Centro de Saúde, onde aconteciam as atividades de grupo do serviço de fisioterapia, sendo que a coordenação do grupo focal ficou ao meu cargo com a participação da fisioterapeuta do serviço, na qualidade de observadora.

Denominei de pérola um dos participantes do grupo focal da Vila Embratel – GF3, pois ao pleitear, de forma tão contundente, o pertencimento ao grupo de pesquisa, estava expondo as tipificações da violência estrutural no percurso de sua vida, conforme o trecho do texto de Rubens Alves.

Iniciou timidamente a sua participação no grupo, cabeça baixa, num canto da sala, envergonhado, mas, ao reivindicar o pertencimento ao grupo, o

fez com tanta veemência que as outras pessoas pararam caladas para escutá-lo. Corpo frágil pelas auguras da vida sofrida desde criança e agora com as marcas da doença recente e incapacitante, o que levou ao envelhecimento precoce em todas as suas vertentes biológicas – doenças, as sequelas demarcadas no corpo, a tristeza, a solidão – a *mistanásia*¹¹, a exclusão social. Para se proteger, formou uma carapaça dura ao seu redor e sem perceber o “sofrimento” ocasionou a formação de uma linda pérola - o seu depoimento.

Nessa linha procurei nomes de pérolas, pois inicialmente pensei em dar para cada pessoa idosa da pesquisa um nome de pérola. Encontrei poucas denominações e alguns nomes muito parecidos, o que poderia confundir a que idoso estar-me-ia referenciando. Assim, decidi denominar as outras pessoas da pesquisa com nomes de pedras preciosas brasileiras, pois *in natura* não são tão belas: estão escondidas em rochedos, no subsolo e requerem “sofrimentos” de contingente de seres humanos para sua extração em meio a conflitos por terra, condições insalubres e exploração do trabalho, doenças relacionadas com o contato com o mercúrio e as picadas de insetos, acidentes de trabalho, alguns fatais, migração, prostituição, dentre outras.

Por conseguinte, segue a descrição das principais características de cada uma das pessoas idosas participantes dos três grupos focais:

GF1

Diamante: homem, 91 anos, preto¹², casado, lavrador, nascido no interior Estado do Maranhão, morador do bairro Vila Embratel, antigo curso

¹¹ Discuti sobre a terminologia no cap.2 subitem 2.3.

¹² Utilizei a nomenclatura de etnia de acordo com IBGE, que dividiu a população brasileira por “cor ou raça” em cinco grupos: pardo, preto, branco, amarelo e indígena. O termo pardo refere-

primário incompleto, mora com esposa e filha solteira, usa como principal meio de transporte o ônibus, aposentado com dois (2) salários mínimos. A esposa, (segunda esposa), 74 anos, totalmente dependente para as AVDs¹³, há oito anos imobilizada no leito devido sequela de AVEI¹⁴, em uso de sonda para alimentação, fraldas descartáveis, necessitando de quem a cuide. O referido idoso cuida da mesma, com ajuda da filha solteira, de 59 anos; esta, por sua vez, faz tratamento em serviço público de Psiquiatria devido a quadro de esquizofrenia, apesar do tratamento medicamentoso, tem crises frequentes. Assim, o idoso além de ajudar nos afazeres domésticos com a idosa, faz todas as atividades externas, inclusive receber a medicação de ambas em postos de saúde e nos serviços de Psiquiatria.

Além desta filha, possui outra filha que mora em Brasília desde a adolescência, que vem muito pouco ao Maranhão, devido ao valor da passagem de ônibus; trabalha como empregada doméstica; e quatro filhos homens, casados, exercendo funções em subempregos e empregos informais; ajudam muito pouco financeira e presencialmente. Devido ao exposto, denominei-o de “diamante”.

Pedra da Lua: mulher, 89 anos, preta, casada, lavradora, nascida no interior Estado do Maranhão, moradora do bairro da Liberdade, antigo curso primário incompleto, habita com o esposo (90 anos) e com filha solteira.

se a mestiços, ou seja, indivíduos com mais variadas ascendências raciais, subdivididos em caboclos, cafuzos, mulatos. A discussão sobre a terminologia “politicamente correta” é infunda. Alguns pesquisadores de diversidade racial defendem que deveria ser utilizada a classificação “negro”, mas de acordo com outros pesquisadores do referido Instituto, “negro é uma identidade social”. Como ainda não existe um critério científico para essa classificação, adotei a nomenclatura do IBGE, o que seria mais próximo do viável (IBGE/PNAD, 2006).

¹³ AVDs – Atividades de Vida Diária. Explanado no cap. 2, subitem 2.3.

¹⁴ AVEI – Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, conhecido popularmente como: derrame, trombose. Discutido no cap. 2, subitem 2.3.

Principal meio de transporte: ônibus, aposentada com um (1) salário mínimo. O esposo da idosa é portador de sequelas de doença crônico-degenerativas; deambula¹⁵ com dificuldade, mas ajuda nos afazeres de casa, a filha, que mora com eles, professora municipal e estadual, trabalha nos três turnos, ajuda nos afazeres de casa. Idosa alegre, sorridente, agradece por tudo e alega que sempre gostou de trabalhar até tarde. Por isso a denominei Pedra da Lua.

Axinite - homem, 90 anos, preto, casado, sapateiro, nascido no interior do Estado do Maranhão, morador do bairro Belira, antigo curso primário incompleto, mora com esposa, filhos e filhas casados, separados e netos, principal meio de transporte ônibus, aposentado com dois (2) salários mínimos. Portador de sequela de AVEI deambula com muita dificuldade usa duas bengalas improvisadas, a esposa com 88 anos, portadora de doenças crônico-degenerativas, ajuda nos afazeres de casa. Filhos (1 filho separado e dois filhos casados com as famílias) que moram com eles, alguns trabalham e outros não, e assim, também, alguns ajudam outros não; quem mais ajuda é uma nora, que, apesar de não habitar a mesma casa, vem com frequência ver o que eles estão precisando; ajuda na higiene pessoal do mesmo; leva-os às consultas médicas e participa das compras dos gêneros alimentícios. Devido às violências estruturais sociais, foi vitimizado durante a sua trajetória de vida, denominei-o de Axinite, pedra sem muita beleza visual, pouco conhecida, composta de cálcio, magnésio, manganês e ferro, assim, como o idoso de história simples, sem muita beleza, mas marcado a ferro pelas condições estruturais sociais.

¹⁵ Deambular - caminhar sem ajuda de outra pessoa, com alguma ajuda de outra pessoa ou de algum acessório como bengala, andador. Exemplificado no cap. 2, subitem 2.3.

Safira: mulher, 82 anos, parda, desquitada, professora e costureira, nascida no interior Estado do Ceará, moradora do bairro Centro, curso segundo grau completo, mora sozinha, meio de transporte ônibus e táxi, aposentada com um salário mínimo. Possui uma filha que vive no exterior, uma filha e um filho casados, que moram em São Luís. Vão pelo menos uma vez por semana vê-la, faz todo serviço de casa e de rua, gosta de costurar, cuidar da casa e das atividades religiosas. Já na velhice morou com um homem idoso quase 10 anos mais velho que ela, cuidou dele pelos últimos cinco anos, devido às sequelas de doenças crônico degenerativas. Atualmente, tem um namorado, 10 anos mais novo, solteiro, o filho aprova, mas as duas filhas não. Mandaram a neta de doze anos morar com ela, mas as duas não se adaptaram. Escolhi a pedra Safira pela sua beleza e textura, como a sua história de vida.

Rubi - homem, 90 anos, negro, casado, estivador, nascido no interior Estado do Maranhão, morador do bairro Apedouro, antigo curso primário incompleto, mora com esposa, uma filha separada e uma neta adulta, meio de transporte ônibus e táxi, aposentado com dois (2) salários mínimos. Lúcido, ativo, gosta de caminhar, conversar, participa das atividades sociais, familiares, esposa cinco anos mais nova, possui sequelas de doenças crônicas, que lhe dificultam a caminhada. A filha trabalha como professora em dois horários; e a neta, no comércio também em dois horários; dão assistência. Os outros filhos vão com frequência visitá-lo. Participou como “pracinha” no front de batalha na Segunda Guerra Mundial, fala com orgulho de ser expedicionário, por conseguinte, escolhi para ele a pedra Rubi, pela sua beleza explosiva.

Turmalina: mulher, 91 anos, branca, viúva, costureira, nascida no interior Estado do Ceará, moradora do bairro Centro, antigo curso primário completo, mora com pessoa amiga também idosa, meio de transporte ônibus e táxi, devido ao trânsito gosta muito de caminhar, aposentada com três (3) salários mínimos. Morou durante muitos anos no Rio de Janeiro.

Com a aposentadoria e com envelhecimento, desejou voltar para São Luís “para ficar perto dos seus”. Morava no Rio com a única filha, que, aposentada também, não quis vir e não queria deixá-la vir sozinha. “Contrataram” pessoa amiga para vir morar com ela. Está em São Luís há cinco anos, a filha vem de 6/6 meses e passa 30 a 40 dias. Muito alegre, sorridente, determinada, gosta de fazer atividades, passear, como a Turmalina, pedra preciosa bonita de várias cores e tonalidades. Denominei-a com o referido nome da pedra.

Ônix Negra: mulher, 82 anos, preta, solteira, costureira, nascida no interior do Estado do Rio de Janeiro, mora no bairro do Centro, antigo curso primário incompleto, habita com idosa amiga de 91 anos, meio de transporte ônibus e andar a pé, aposentada com um salário mínimo. Morava num subúrbio do Rio de Janeiro com a filha e a neta adolescente, possuía um ateliê de costura, mas com o consumo de roupas prontas, foi perdendo a freguesia: ficou apenas com poucas clientes. Há cinco anos foi convidada pela filha da amiga para vir morar com a mesma em São Luís para “fazer companhia”. Ajuda em todos os afazeres domésticos, gosta de costurar e passear, ler, assistir a espetáculos folclóricos. Mulher negra, lutadora, batalhadora, com todas as auguras estrutural-sociais. Escolhi, portanto, a pedra Ônix Negra para ela.

Apatita: mulher, 87 anos, parda, solteira, técnica em Contabilidade, nascida em São Luís, mora no bairro do Centro, segundo grau completo, mora sozinha, meio de transporte ônibus, andar a pé e táxi, aposentada com dois salários mínimos. Morava com duas irmãs, a mais velha solteira, e mais nova viúva, não tiveram filhos, apenas o irmão teve uma filha. Ele morreu adulto jovem; a única sobrinha mora em Brasília, cuida da mãe com Demência de Alzheimer; assim, vem muito pouco a São Luís, As irmãs morreram no espaçamento de dois anos uma da outra. Com um ano da morte da última irmã faleceu a empregada idosa (73 anos) que estava com elas há muitos anos, e logo depois uma amiga freira (81 anos) que ia visitá-la semanalmente. Desde, então, ficou muito sozinha. Faz todo serviço de casa e na rua; cada dia tem mais receio de sair de casa pelas barreiras arquitetônicas da cidade e pela violência urbana – na rua onde mora, na próxima do banco já foi vítima de “assalto a mão armada”. Ademais, a maioria dos vizinhos próximos mudaram-se para outros bairros, as três habitações ao redor da sua moradia, estão vazias, servindo de moradia para desocupados, moradores de rua, e até, usuários de drogas ilícitas.

Dizia-se muito feliz, gostava de passear, das atividades religiosas e de visitar pessoas doentes, mas com a morte das pessoas do seu círculo, cada dia, mais solitária e reclusa ao domicílio. Escolhi a pedra Apatita para ela, pela característica da mesma, de que, ao ser cortada corretamente, apresenta um brilho intenso com cores fortes; assim, também no percurso de sua vida, as cores, a alegria, dependeram do “corte” do contexto estrutural-social.

Cristal: mulher, 74 anos, parda, viúva, funcionária pública, nascida na interlândia do Estado do Maranhão, mora no bairro dos Vinhais, curso

primário incompleto, habita com mãe idosa de 94 anos, meio de transporte ônibus e táxi, aposentada com um (1) salário mínimo e pensionista do marido também com um (1) salário mínimo. A mãe morava no interior, mas com as doenças veio morar com ela há alguns anos. Há um ano ficou viúva. Moram apenas as duas, possui empregada diarista, ajuda nos afazeres de casa, e sai para resolver tudo sobre as duas. Apenas um irmão mora em São Luís, outro irmão e duas irmãs estão em outros Estados. Pela beleza e fragilidade da pedra, pela condição frágil em que ela se encontrava no momento da pesquisa, denominei-a de Cristal.

Rosa do Deserto: mulher, 94 anos, preta, viúva, do lar, nascida no interior do Estado do Maranhão, mora no bairro dos Vinhais, não alfabetizada, habita com a filha idosa, 74 anos, viúva, meio de transporte táxi, pensionista com um (1) salário mínimo. Morava no interior do Estado, fazia todo serviço de casa, costurava. Com as doenças veio morar com a filha, mas nunca aceitou viver pedindo para voltar, mas não tem mais condições de morar sozinha. Sente falta dos outros filhos que moram em outros Estados, principalmente do que mora em São Luís, que aparece muito pouco e, quando aparece é correndo. Como o próprio nome diz, essa pedra, encontrada em regiões muito secas costuma ter um formato de uma flor, pelas condições de vida da idosa, resolvi denominá-la de Rosa do Deserto.

Ametista: mulher, 94 anos, parda, viúva, professora e contabilista, nascida em São Luís, mora no bairro do Centro, segundo grau completo, mora com uma filha de criação, de 35 anos, o marido desta de 37 anos, a filha de 8 anos e a sobrinha do casal de 9 anos; apenas o marido trabalha, a filha de

criação cuida dela e faz todo serviço de casa, meio de transporte ônibus e andar a pé, aposentada com dois (2) salários mínimos.

Nos grupos focais GF2 e GF3 escolhi nomes de pedras aleatoriamente para cada um dos idosos que participaram da pesquisa.

GF2

Larimar: mulher, 74 anos, preta, viúva, do lar, nascida no interior do Estado do Maranhão, mora bairro do Sacavém, antigo curso primário incompleto, habita com uma neta de 22 anos e uma bisneta 04 anos, meio de transporte ônibus, aposentada com dois (2) salários mínimos. Possui oito (8) filhos, alguns dão assistência; outros não. A neta não trabalha, está estudando. A idosa, portadora de patologias crônico-degenerativas, ajuda nos afazeres de casa.

Ágata: mulher, 77 anos, parda, viúva, serviços gerais, nascida em São Luís, mora no bairro do Anil, curso primário completo, mora com filha e neta, meio de transporte ônibus, aposentada com um (1) salário mínimo.

Cornalina: mulher, 86 anos, branca, viúva, funcionária pública, nascida no interior do Estado da Paraíba, mora no bairro do COHATRAC I, ensino fundamental incompleto, habita com filha e (2) netos, meio de transporte ônibus e táxi, aposentada com um (1) salário mínimo.

Coral: mulher, 75 anos, parda, viúva, costureira, nascida na interlândia do Estado do Maranhão, mora com filhos e netos (3) no bairro do Maiobão, segundo grau incompleto, meio de transporte ônibus, pensionista com dois (2) salários mínimos.

Quartzo: mulher, 69 anos, branca, casada, funcionária pública, nascida no interior do Estado do Maranhão, mora no bairro do Maiobão, ensino fundamental completo; com marido, filhos (2), meio de transporte ônibus e táxi, aposentada com um (1) salário mínimo.

Sodalita: mulher, 66 anos, preta, casada, professora, nascida na cidade de São Luís, mora no bairro cidade Operária, ensino médio completo, tem com esposo e com filho, meio de transporte ônibus, aposentada com dois (2) salários mínimos.

Opala: mulher, 64 anos, branca, viúva, funcionária pública, nascida no interior do Estado do Maranhão, mora no bairro do COHATRAC I, ensino médio completo, mora sozinha, meio de transporte ônibus e táxi, aposentada com dois (2) salários mínimos.

Aventuína: mulher, 74 anos, branca, viúva, educadora/funcionária pública, nascida no interior do Estado do Maranhão, mora com filho mais novo, nora e três netos no bairro do São Francisco, ensino médio completo, meio de transporte ônibus e táxi, aposentada e pensionista com dois (2) salários mínimos.

Jade: homem, 92 anos, branco, viúvo, contador/funcionário público, nascido no interior do Estado do Maranhão; seu bairro é o Turu, ensino médio completo, mora com empregada, meio de transporte carro próprio, aposentado com dois (2) salários mínimos. Os filhos e netos se reúnem na sua casa com frequência.

Turquesa: mulher, 87 anos, preta, viúva, funcionária pública, de procedência interiorana, habita no bairro do Maiobão, ensino fundamental

completo, mora com 04 filhos, 04 noras, e 09 netos, meio de transporte ônibus e táxi, aposentada com dois (2) salários mínimos.

Fluorita: mulher, 82 anos, parda, viúva, funcionária pública, nascida no interior do Estado do Maranhão, habita no bairro da Vila Embratel, ensino fundamental incompleto, mora com filho e nora, meio de transporte ônibus, aposentada com dois (2) salários mínimos.

GF3

Bronzita: mulher, 78 anos, preta, viúva, doméstica, nascida na interlândia, habita no bairro da Vila Embratel, ensino fundamental incompleto, mora com uma filha que trabalha no comércio e uma neta estudante, meio de transporte ônibus, aposentada com um (1) salário mínimo.

Pérola: homem, 56 anos, preto, solteiro, carroceiro, nascido no interior do Estado do Maranhão, mora no bairro da Vila Embratel, ensino fundamental completo, tem mãe idosa, meio de transporte ônibus, não possui nenhuma renda ou benefício. Vive com a ajuda da mãe de 78 anos que é pensionista do esposo, um (1) salário mínimo.

Topázio: homem, 83 anos, pardo, viúvo, comerciante, proveio da área rural maranhense, mora no bairro da Vila Embratel, ensino fundamental incompleto, mora com filho solteiro, meio de transporte ônibus, aposentada com dois (2) salários mínimos.

Esmeralda: mulher, 81 anos, preta, viúva, do lar, nascida no interior do Estado do Maranhão, mora no bairro da Vila Embratel, não alfabetizada,

mora com filho, filha, neta, meio de transporte ônibus, pensionista com um (1) salário mínimo.

Hematita: mulher, 82 anos, preta, viúva, costureira, nascida no interior do Estado do Maranhão, mora no bairro da Vila Embratel, não alfabetizada, convive com filhos e netos, meio de transporte ônibus, pensionista com um salário (1) mínimo.

Jaspe: mulher, 78 anos, parda, viúva, lavadeira, nascida no interior do Estado do Maranhão, mora no bairro da Vila Embratel, não alfabetizada, mora com 1 filho, 1 filha, 1 neta, meio de transporte ônibus, pensionista com um (1) salário mínimo.

Alexandrita: mulher, 76 anos, preta, viúva, lavadeira, ludovicense¹⁶, habitante do bairro da Vila Embratel, não alfabetizada, mora com filha e netas, meio de transporte ônibus, pensionista com um (1) salário mínimo.

Tanzanita: homem, 76 anos, pardo, viúvo, pedreiro, sua origem é interiorana maranhense, habitante do bairro da Vila Embratel, não alfabetizado, mora com filho e filha, meio de transporte ônibus, aposentado com um (1) salário mínimo.

Aragonita: mulher, 81 anos, preta, viúva, funcionária pública, nascida em São Luís Estado do Maranhão; mora no bairro da Vila Embratel, antigo ensino primário incompleto, convive com filho solteiro, meio de transporte ônibus, pensionista com um (1) salário mínimo.

¹⁶ Pessoa nascida na cidade de São Luís do Maranhão.

Âmbar: mulher, 79 anos, preta, viúva, servente, nascida no interior do Estado do Ceará, mora no bairro da Vila Embratel, antigo ensino primário incompleto, mora com filhos, noras, filhas separadas ou solteiras, netos e uma bisneta, meio de transporte ônibus, aposentada com um (1) salário mínimo e pensionista do esposo com um (1) salário mínimo.

Amazonita: mulher, 74 anos, preta, separada, merendeira, ludovicense, mora no bairro da Vila Embratel, antigo ensino primário incompleto, convive e cuida da mãe idosa de 92 anos, meio de transporte ônibus, aposentada com um (1) salário mínimo, a sua mãe é pensionista do pai com um (1) salário mínimo.

Com base nos aspectos socioeconômicos e alguns detalhes relevantes de cada pessoa idosa que participou dos três grupos focais, observo a presença de determinantes da violência estrutural-social com suas tipificações embutida em cada uma das trajetórias de vida dessas “velhas e velhos” que viveram e vivem sob o contexto da pobreza com suas multifuncionalidades.

Estruturei a tese em cinco partes:

Na introdução (parte 1) discorro sobre meu encontro com o Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas onde realizei mestrado e doutorado; encontro com os velhos; com as várias formas da violência; com a violência simbólica durante o percurso do mestrado; o percurso metodológico e as dificuldades enfrentadas durante este percurso para montar a nova categoria analítica “violência estrutural-social contra as pessoas idosas”.

No primeiro capítulo: **VIOLÊNCIAS NO ENVELHECIMENTO**: um campo de intervenção de Políticas Públicas. Faço uma retrospectiva histórica sobre a violência como forma de superar as limitações de conceituação e de classificação do fenômeno, destacando a multiplicidade da violência como fenômeno social e como questão pública. Abordo as várias formas de violência no contexto do envelhecimento populacional e avalio como ocorre o enfrentamento das violências contra a pessoa idosa no âmbito das Políticas Públicas.

No segundo capítulo: **VIOLÊNCIAS CONTRA AS PESSOAS IDOSAS NO CENÁRIO DA POBREZA**: um dilema histórico em tempos contemporâneos. Discuto a pobreza a partir de suas várias nuances, conceituações e controversas, com destaque para a pobreza estrutural e as novas expressões da pobreza. Reflito sobre os determinantes da violência pautados pela pobreza como fenômeno multidimensional e estrutural. Analiso como as expressões da pobreza contribuem para o processo de violência estrutural contra as pessoas idosas e como se configura na categoria analítica violência estrutural-social.

No terceiro capítulo: **VIOLÊNCIA ESTRUTURAL SOCIAL CONTRA A PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DE SÃO LUIS-MA**: adentrando em distintos cenários de vida. Desenvolvo a análise dos depoimentos das pessoas constitutivas do meu campo de pesquisa – velhas e velhos pobres nas periferias da vida, em São Luís do Maranhão – de modo a buscar respostas para as questões circunscritas no objeto da pesquisa. O material utilizado foi produto da pesquisa de campo, mediante a discussão dos sujeitos nos grupos focais desenvolvidos nos três cenários de pesquisa: segmentos de velhas e de velhos pobres atendidos no meu consultório particular; ambulatório de atenção geriátrico-gerontológica do Hospital do Servidor do Estado; ambulatório de clínica médica da Vila Embratel, ligado à Universidade Federal do Maranhão. Nesse capítulo, demarco quatro dimensões analíticas da violência estrutural-social: a violência dos mitos e preconceitos; do (des)respeito por parte dos jovens e a não aceitação por parte dos idosos; das relações do cuidar de uma pessoa idosa e as implicações do não cuidado de quem cuida e da estrutura do cenário da pobreza, propriamente dita.

Finalizo com a apresentação da Conclusão, realçando os conteúdos de maior destaque construídos no desenvolvimento da pesquisa, não no intuito de considerar a conclusão a finalização de um processo de busca ou de encerrar a temática, mas de suscitar discussões amplas, abrangentes, de aguçar a curiosidade para novos estudos sobre a temática e como forma de incentivar pesquisas em outros cenários.

2 Capítulo 1: VIOLÊNCIAS NO ENVELHECIMENTO: um campo de intervenção de Políticas Públicas

Neste capítulo demarco a especificidade das violências contra as pessoas idosas¹⁷. Início com uma retrospectiva histórica sobre a violência como forma de superar as limitações de conceituação e de classificação do fenômeno. Faço uma reflexão sobre a multiplicidade da violência como fenômeno social e como questão pública. Abordo as várias formas de violência no contexto do envelhecimento populacional e avalio como ocorre o enfrentamento das violências contra a pessoa idosa no âmbito das Políticas Públicas.

2.1 Violências como Fenômeno Social: os dilemas da conceituação

Desde a Antiguidade até os dias atuais, a violência tem sido um fenômeno presente e os meios para evitá-la, diminuí-la ou controlá-la, uma busca incessante. Historicamente, foi identificada como sinônimo de guerra, conflito, criminalidade, delinquência; como objeto da justiça e da segurança pública. Via de regra, é entendida como um fenômeno complexo, multifacetado, intersetorial, tendo sido usada como referência para uma multiplicidade de ações e de agentes. Perpassa os diversos setores da sociedade para além da justiça, tais como direitos humanos, economia, educação e saúde.

Violência do Estado, violência da mídia, violência da exclusão social, violência de certos rituais, violência dos atos criminosos – roubos, sequestros, assassinatos, violência do trabalho infantil, violência na infância, violência contra a mulher, violência nas relações cotidianas, violência dos

¹⁷ Utilizo a expressão “da pessoa idosa” em detrimento do termo “do idoso” como forma de evitar as questões de gênero, posto que, o envelhecimento é feminino, ou seja, existem mais mulheres velhas do que homens velhos em nível mundial e brasileiro.

pequenos gestos, violência na constituição do psiquismo (SOUZA, 2005, p.27).

Violência das ações contra o meio ambiente, violência contra os animais, violência da discriminação racial, violência contra homossexuais; violência contra as pessoas com deficiência, violência contra indígenas, violência contra adolescentes, violências contra as pessoas idosas; violência sob a perspectiva da saúde pública, ou seja: uma gama de novos paradigmas vislumbrados no âmbito da violência.

A violência coloca “em questionamento os direitos fundamentais, os valores universais, as liberdades individuais e coletivas” (COSTA; PIMENTA, 2006, p.08) e se manifesta de diversas formas, de acordo com a realidade das culturas e sociedades, em todas as regiões do planeta e nos diversos grupos sociais. Fenômeno pulverizado atinge a vida privada e a vida pública em todos os seus aspectos, os mais visíveis e os mais secretos (MINAYO, 2006). Está difundida nos bairros, nas cidades, no meio rural, nas ruas, no trânsito, nas instituições, nos campos de futebol, nas casas, nas famílias, em números cada vez mais alarmantes. Afeta profundamente à tranquilidade pública e individual, “como uma *epidemia social*”¹⁸ (FALEIROS, 2003, p.22), constituindo uma rede intrincada e complexa, “na qual todos são vítimas e autores a um só tempo” (MINAYO et. al., 1993, p.65). A violência¹⁹ é um problema que poderá destruir a vida coletiva, a vida pessoal, a família, e até uma cidade e um país. Fragmenta os laços interpessoais e comunitários, deixa marcas emocionais profundas tanto em quem a comete, como por quem a sofre ou de quem a presencia (MINAYO, 2006).

Sendo assim, embora a violência seja uma marca assustadora de nosso cotidiano, nem sempre é fácil precisar o conceito ou reconhecer sua extensão (SOUZA, 2005). As várias tentativas de *definição de violência* não esgotam a complexidade da temática. O termo violência não sugere

¹⁸ Participação do Prof^o Vicente Faleiros no debate na Câmara dos Deputados, realizado em 27.08.2002 em Brasília, a partir dos números alarmantes da violência em algumas capitais brasileiras - São Paulo, Rio de Janeiro, Recife e Vitória. Nas suas reflexões, considerou-a como uma epidemia social (Violência e Políticas Públicas: em busca de soluções. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003, p.22).

¹⁹ O termo remonta à civilização heleno-romana de *violare*, derivado de *vis* = força, vigor; tratar com brutalidade (VIARO, 2011).

neutralidade, traduz noções de dinamismo, heterogeneidade de valores e de antagonismo, dramatiza causas e possibilita à sociedade a compreensão de seus próprios limites (ARENDR, 1994). Designa “fatos ou ações, em oposição à paz, à ordem que ela perturba ou questiona” (MICHAUD, 1989, p.7). Refere-se aos conflitos de autoridade, às lutas pelo poder e à violação de direitos humanos, quanto à discriminação social e política de pessoas por suas condições étnicas, crenças religiosas, convicções políticas e preferências sexuais (SOREL, 1993; CHAUÍ, 2003; MINAYO, 2006).

Além do mais, a ideia de violência parte de um pressuposto de que nenhum ser humano tem o direito de submeter outro ser humano à sua vontade. São consideradas violência as “ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual” (STREY, 2004, p.14), ou qualquer comportamento que vise à satisfação própria em detrimento de outra pessoa é considerado violência.

A partir do significado etimológico da palavra violência (MICHAUD, 1989; CHAUÍ, 1998; ZAHUR, 1999), observa-se o caráter abrangente e multifacetado, portanto, o ideal seria utilizar o vernáculo no plural, *violências*²⁰, por se tratar de uma “realidade diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas” (MINAYO; SOUZA, 2003, p.24). Logo, definir violência,

Não seria um mero ato de aproximar um conceito “absoluto” de uma expressão ou de um fato que poderia tornar idênticos a palavra e o fenômeno. Ou seja, em suas manifestações multifacetadas há muitos modos de compreensão do que venha a ser violência, não se podendo excluir as dinâmicas dos diferentes tempos, espaços e culturas (COSTA; PIMENTA, 2006, p.6).

Pela complexidade do fenômeno, “por vezes, uma forma própria da relação pessoal, política, social e cultural; em outras vezes uma resultante das interações sociais; por vezes ainda, um componente cultural naturalizado” (MINAYO; SOUZA, 2003, p.25). A investigação da violência gera controvérsias,

²⁰ Posto que é muito mais profícuo, para efeitos de análise, trabalhar com a proposta de que existem “violências” em lugar de “violência”, que têm manifestações particulares e se encontram articuladas com outras formas (MINAYO; SOUZA, 2003, p. 43).

discussões e *empecilhos metodológicos*²¹, principalmente, no que se refere a sua definição, etiologia e caracterização. Assim, encerrar a *definição* de violência de uma *forma homogênea e simplista* traduz-se no *primeiro empecilho metodológico* para qualquer estudo sobre a temática.

Michaud (1989), na clássica obra “A Violência”, denota a dificuldade de definir violências através da discussão de definições objetivas propostas por alguns estudiosos como o sociólogo H. L. Nieburg, para quem a violência é “uma ação direta ou indireta ou um comportamento destinado a limitar, ferir ou destruir as pessoas ou os bens”, levando em conta apenas os fatos (MICHAUD, 1989, p.10). E os pesquisadores H. D. Graham e T. R. Gurr que descrevem violência como “um comportamento que visa causar ferimentos às pessoas ou prejuízos aos bens” (MICHAUD, 1989, p.10), reportando-se aos atos violentos. Michaud (1989) considera essas definições insuficientes por ignorarem estados de violência mais insidiosos. Propõe, então, uma definição que abranja tanto os estados como os atos violentos²². Para o filósofo, ocorrerá violência quando:

Numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais (MICHAUD, 1989, p.10-11).

Na verdade, mesmo esta definição ampla não conseguiu abranger toda a complexidade do fenômeno, não tratando as violências relacionadas às questões de saúde. “Tendo como característica essencial o fato de ser fenômeno social, travado em nível das relações sociais” (MINAYO, 2006, p.25), a violência é também responsável, em suas manifestações específicas, por representar um “risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (AGUDELO, 1997, p. 1).

²¹ Em relação às dificuldades metodológicas causadas por limitações de ordem ideológica ou temporal da pesquisa. Michaud (1989) denomina *obstáculos* para o conhecimento histórico ou sociológico da violência; Gomes (1997) fala de *equivocos* metodológicos que surgem a partir de uma atitude reducionista frente à questão da violência; Minayo (2003) refere-se a *empecilhos metodológicos*. Na perspectiva de homogeneidade as denominei de *empecilhos metodológicos*.

²² Segundo Michaud, os atos de violência teriam contornos e efeitos definidos e os estados de violência seriam mais insidiosos (MICHAUD, 1989, p.10).

Nesse sentido, a violência só se incorporou à agenda do setor Saúde, por volta das duas últimas décadas do século XX. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no documento sobre o tema (1995), declarou que "a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países". E, em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir do *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*²³ vislumbrou a violência como uma questão de Saúde pública e definiu o fenômeno, como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, cap.1, p.5).

No Brasil, os pesquisadores do Centro Latino – Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (CLAVES)²⁴ assinalam que a violência está nas relações institucionais, interpessoais e simbólicas dentro de um processo histórico socioeconômico, político e cultural que contextualizam e reproduzem e possibilitam a sua superação.

A violência é um problema da sociedade, fruto de um processo social relacional complexo e diverso. Relacional, por estar entendido na estruturação da própria sociedade e das relações interpessoais, institucionais e familiares. Complexo, por envolver relações de poder, tanto no contexto social, como nas relações particulares. E diverso, pelas manifestações que atinge indivíduos, famílias, grupos, no campo, na cidade (FALEIROS, 2007). Daí a necessidade de compreender o desenvolvimento e a especificidade histórica da violência a partir da análise profunda como um fenômeno cuja estrutura está pautada numa combinação entre o social, o cultural, o econômico com o

²³ Relatório elaborado por mais de 160 especialistas do mundo inteiro, coordenado por um comitê editorial da OMS, como resposta às reivindicações da 49ª Assembleia Mundial de Saúde - realizada em 1996. Relatório apresentado durante evento sobre a temática na África do Sul em 2002.

²⁴ O Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde – CLAVES foi criado em 1989, pelos pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, com o objetivo de produzir investigações estratégicas e interdisciplinares com a finalidade de assessorar as ações do setor (MINAYO; SOUZA, 2003, p.10).

político (FALEIROS, 2003; MINAYO, 2006), e não apenas como um fator individual, fragmentado, mas como um todo (PAZ, 2012) articulado e indivisível.

Como forma de analisar a estrutura da violência no exercício da relação de poder²⁵, o filósofo inglês Thomas Hobbes, no século XVII, considerou que o homem é naturalmente violento, pelo instinto de preservação, pelo direito de se defender de agressões como forma de adquirir o necessário para viver (HOBBS, 2008).

O direito de natureza é a liberdade que cada homem possui de usar o seu próprio poder, da maneira que quiser, para a preservação de sua própria natureza, ou seja, da sua vida; e conseqüentemente de fazer tudo aquilo que seu próprio julgamento e razão lhe indiquem como meios mais adequados a esse fim (HOBBS, 2008, p.112).

A manutenção da visão restrita e limitada da etiologia da violência, reduzida ao nível individual, como parte da natureza humana, retirada do contexto social, constitui-se no *segundo empecilho metodológico*. O próprio Hobbes adverte que os direitos naturais não são suficientes por si só para gerar uma desordem social, mas a competição, a desconfiança e a glória decorrentes da hostilidade entre os homens seriam as raízes da violência (GONÇALVES, 2009). Em contraposição, outro filósofo inglês, John Locke, facultou ao ser humano o direito de possuir coisas, e introduziu o conceito de propriedade e, a partir daí, surgiram dispositivos, como o dinheiro para regular as relações individuais e coletivas (LOCKE, 2005). Pela *concepção lockeana*, o homem passou do *estado-natureza* para o *estado-sociedade*, em que o mercado e a propriedade são as fontes de poder, o que limita, mitiga, reduz o poder do Estado, fornece poderes aos indivíduos comuns (LOCKE, 2005) e gera violência.

Portanto, a violência, para Hobbes, decorreu do direito natural do homem na luta pela sobrevivência; para Locke, derivou da competição humana pautada na propriedade. Já para o filósofo suíço Jean-Jacques Rousseau, o

²⁵ A concepção de poder a que me reporto nesta pesquisa refere-se às “relações de poder imanentes às diferentes formas que assumem as relações sociais, estando nelas disseminadas e ajudando a reproduzir as divisões existentes na sociedade” (ROCHA, 2005, p.18). O poder está presente na violência na medida em que esse fenômeno se concretiza a partir do uso da força física, psíquica ou moral e se expressa de forma direta ou indireta a serviço de algo (GOMES, 1997, p.10)

ser humano no seu estado primitivo foi manso; as hostilidades e os conflitos surgiram a partir das relações estabelecidas pela sociedade, na tentativa de organizar as ações humanas, no trabalho e na propriedade, como embriões das desigualdades sociais.

Vários estudiosos se precipitaram em concluir que o homem é naturalmente cruel e que é necessário a polícia para amansá-lo, quando nada é tão manso como ele em seu estado primitivo [...]. A partir do instante em que um homem necessitou do auxílio do outro, desde que percebeu que era útil a um só ter provisões para dois, desapareceu a igualdade, introduziu-se a propriedade, o trabalho tornou-se necessário e as vastas florestas transformaram-se em campos risonhos que cumpria regar com o suor dos homens e nos quais logo se viu a escravidão e a miséria germinarem e medrarem com as searas (ROUSSEAU, 1999).

A violência nasce, portanto, com a sociedade, enraíza-se nos fundamentos das relações sociais, como um fenômeno eminentemente social. E, pelo advento da sociedade industrial, constitui-se como consequência dos efeitos sociais produzidos pela assimilação dos valores e das pretensões desta sociedade (COSTA; PIMENTA, 2006). De uma forma ou outra, a violência está presente em todas as sociedades, grupos sociais, indivíduos e não é privilégio desta ou daquela classe, ordem ou instituição social (COSTA; PIMENTA, 2006), por conseguinte, “em sua origem e manifestações, a violência é um fenômeno sócio histórico e acompanha toda a experiência da humanidade” (BRASIL, 2005, p.10).

Apesar de todas essas constatações, ainda persistem polêmicas para configurar-lhe-as determinações e emitir um juízo de valor sobre o seu sentido. Tanto em nível do senso comum quanto na visão de pesquisadores, o fenômeno da violência está atrelado à criminalidade, o que limita a definição, compreensão e a avaliação da mesma, constituindo-se no *terceiro empecilho metodológico*, posto que os atos criminosos constituem um tipo de violência, mas não descortinam o fenômeno como um todo.

Os crimes, enquanto delitos cometidos contra a lei, concretamente revelam a existência da violência [...]; mas por trás dos crimes estão presentes outros níveis de violência que necessariamente não se articulam diretamente com eles e que nem sempre são percebidos enquanto tais (GOMES, 1997, p.3).

Na verdade, os limites das definições de violência devem ao seu princípio. Ora tais critérios coincidem com inventários e estatísticas sociais, ora

correspondem a normas sociais, em que a tentativa de descartar todos os julgamentos de valor fracassa, ao menos parcialmente. Não obstante, tais definições possuem um interesse crítico de conduzir os fatos, “relativizando o recurso indignado ao sagrado social e aos valores” (MICHAUD, 1989, p.120). A conjuntura econômica do país, a modernização, a urbanização, a industrialização, a migração rural-urbana, o desemprego, a falta de políticas públicas abrangentes, fomentam diversas formas de violência, muitas vezes vinculadas à pobreza e a algumas classes populares – desempregados, subempregados, favelados, desocupados, moradores de rua, moradores em assentamentos, moradores em lixões, prostitutas, usuários de drogas ilícitas – responsabilizando-as pela violência nos centros urbanos. A violência não é exclusividade dos setores populares; por conseguinte, a avaliação estereotipada e pré-concebida da violência consiste no *quarto empecilho metodológico* da representação fenomenológica da mesma (COSTA; PIMENTA, 2006).

Não podemos reduzir o entendimento do que venha a ser violência nos restringindo às suas particularidades ou generalidades, pois devemos levar em conta que ela não se desarticula dos aspectos histórico, institucional, socioeconômico, político e cultural (COSTA; PIMENTA, 2006, p.38).

Os estudiosos que, nos últimos tempos, têm se debruçado sobre o tema, conferem-lhe um caráter de permanência em todas as sociedades, fenômeno histórico e social de diversas facetas, e também de ambiguidade, ora sendo considerado como fenômeno positivo, ora como negativo, o que retira de sua definição qualquer sentido positivista e lhe confere o status de fenômeno complexo (MINAYO; SOUZA, 2003; COSTA; PIMENTA, 2006). Atinge com expressões peculiares diferentes segmentos e grupos, não tem o mesmo significado de um período histórico-cultural para o outro. O sociólogo Michel Wieviorka, ao refletir sobre essa questão, postula que as transformações a partir dos anos de 1960-1970 justificam a ideia da chegada de uma “nova era”, e, assim, de um “novo paradigma da violência”, que caracteriza o mundo contemporâneo (WIEVIORKA, 1997, p.5). Para o referido pesquisador devido à Globalização, o crime organizado e o terrorismo de dimensões planetárias e o fenômeno da migração de alcance mundial, a violência, também, se tornou global. Destarte, o grande problema do mundo contemporâneo não está

apenas no interior das nações, mas também em solos externos (WIEVIORKA, 2007) ²⁶.

Por conseguinte, pela complexidade da questão, *tipificar as violências* não é tarefa simples, pois os critérios empregados são os mais diferenciados possíveis. Portanto, a *classificação* das várias formas de violência entre indivíduos, povos e nações, poderá representar *o quinto empecilho metodológico*, quando tomada de forma linear e fechada. Encontram-se na literatura diferentes classificações de violência, fundadas em distintos critérios.

Para Odalia (2004), a violência apresenta-se de várias formas, a saber: *violência social, violência política, violência revolucionária e violência institucionalizada*. Apesar de o filósofo alertar que toda *violência é social*, ele reserva esta denominação para “certos atos violentos que: ou atingem, seletiva e preferencialmente, certos segmentos da população – os mais desprotegidos, evidentemente – ou, se possuem um alcance mais geral, são apresentados e justificados como condições necessárias para o futuro da sociedade”, por exemplo, quando os governantes dão prioridades ao desenvolvimento econômico e desprezam as medidas, ou essas se apresentam de forma incipiente em relação à fome, ao analfabetismo, ao trabalho infantil, à violência intrafamiliar e outros (ODALIA, 2004).

De acordo com o referido pesquisador (ODALIA, 2004), a *violência política* não é apenas a ação terrorista, tanto da direita como da esquerda, mas toma diversas formas: “um assassinato político, a invasão de um país por outro, o desaparecimento de dissidentes, legislação eleitoral que fraudava a opinião pública, leis que não permitem às classes sociais, especialmente operariado, organizar seus sindicatos” (ODALIA, 2004, p.48). Portanto, “a violência política se apresenta sob a máscara de mil disfarces” (ODALIA, 2004, p. 63): violência sócio-política difusa (rixas, motins espontâneos, revoltas), violência antipoder “de baixo” (levantes e revoluções), violência de poder “de cima” (manutenção da

²⁶ Entrevista concedida do sociólogo francês ao jornal eletrônico Portal do Envelhecimento, em junho de 2007, após ministrar a conferência *Por Uma Análise Sociológica da Violência: Paradigmas e Estratégias* na Universidade de Brasília – UnB, quando questionado se os governos mundiais sabem lidar com a violência.

ordem, repressão, terror, tirania, golpes), terrorismo e violência relativa ao desmoronamento da comunidade política (guerras civis) (MICHAUD, 1989, p.22).

Para o filósofo a *violência revolucionária* é inquestionavelmente uma violência política, aquela que “pode expressar-se tanto pelo atentado político individualizado, pelo terrorismo contra grupos, por lutas armadas, greves, quanto por ações de grupos ou indivíduos que antes expressam suas frustrações e confusões ideológicas e mentais do que propriamente suas convicções políticas de transformação social” (ODALIA, 2004, p.76).

A *violência institucionalizada* refere-se à violência da desigualdade, da convivência espúria entre a riqueza e a pobreza. Há uma crença de uma longa tradição do pensamento ocidental de que a desigualdade é uma condição imprescindível no modo de ser da sociedade humana, e o ato rotineiro e conducente da desigualdade, das diferenças entre os homens, uma forma de violência (ODALIA, 2004). E salienta o estudioso que a desigualdade, enquanto violência, não é um fenômeno atemporal, atinge todas as formas de sociedades. Só poderá ser entendida quando se compreender que ela é uma condição de estruturas sociais, que passam a reproduzi-la como um fenômeno aparentemente natural (ODALIA, 2004). E faz um alerta dizendo que as experiências históricas do homem, enquanto ser social, não conduz, nem permite inferir que a violência da desigualdade é uma consequência obrigatória e natural das relações entre os homens. A violência da desigualdade é um produto social, que não decorre nem da vontade do homem nem da imposição da natureza do homem, aparece em condições históricas específicas e se perpetua porque essas condições também se perpetuam (ODALIA, 2004).

Minayo (2003), num esforço de trazer o tema para a reflexão científica e de demonstrar que a violência não poderá ser reduzida apenas ao mundo da delinquência, considera a violência em rede e classifica-a a partir dos seguintes tipos:

Violência Estrutural aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à

opressão de classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que os outros ao sofrimento e à morte (MINAYO, 2003). Refere-se às desigualdades sociais, engendradas pelo sistema social, aí se incluindo as discriminações de classe, raça, sexo e idade (GOMES, 1997).

A *Violência Revolucionária ou de Resistência* entendida como uma resposta dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural, sendo contestada e reprimida por parte dos que detêm o poder político, econômico e/ou cultural e mobiliza controvérsias entre filósofos, sociólogos, políticos, e pelo senso comum, pela forma de responder à violência com violência (MINAYO, 2003). Relacionada ao protesto, de forma organizada, dos que são discriminados (GOMES, 1997).

A *Violência da Delinquência* constitui-se como aquela que se expressa nas ações fora da lei socialmente reconhecidas (transgressões sociais) e que não poderão ser compreendidas isoladas da violência estrutural. Em que a desigualdade, a alienação do trabalho e nas relações, o menosprezo de valores e normas em função do lucro, o consumismo, o culto à força e o machismo são fatores que contribuem para a sua expansão (MINAYO, 2003).

A partir dessas considerações, os pesquisadores do grupo CLAVES (MINAYO, 2003) contemplam a violência “nas relações institucionais, interpessoais e simbólicas dentro de um processo histórico socioeconômico, político e cultural que a contextualizam, a reproduzem e também possibilitam a sua superação” (MINAYO, 2003, p. 25). Em que, os pesquisadores do referido grupo de pesquisa, dando continuidade a estudos anteriores, amplia a classificação da violência, em *violência física*, *violência econômica* e *violência moral e simbólica* (MINAYO, 2006).

Em que a *violência física* é aquela que atinge a integridade corporal traduzida por homicídios, agressões, violações, torturas, roubos a mão armada. A *violência econômica* consiste no desrespeito e a apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade e de seus bens. E *violência moral e simbólica* se refere à dominação cultural, que ofende a dignidade e desrespeito os direitos do outro (MINAYO, 2006, p. 14-15).

No âmbito da Saúde, os estudiosos e especialistas, que participaram das discussões e debates para confecção do *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, delinearam vários tipos de violência, mas optaram pelo modelo ecológico²⁷ de explicação das “raízes da violência” com base em quatro contextos empíricos: (1) *individual* - de acordo com os fatores biológicos e pessoais que cada indivíduo encarna em seu comportamento, podendo o indivíduo ser a vítima ou o perpetrador da violência; (2) *relacional* - a partir das relações interpessoais que perpetuam a violência, circunscrita em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário; (3) *comunitário* - em decorrência dos fatores comunitários que influenciam a dinâmica da violência; (4) *social* - a violência no âmbito da sociedade, delineada nos espaços macrossociais, políticos e econômicos. E, definiram, a partir destes eixos empíricos, três tipos de violência. O *primeiro tipo* violência *autoinfligida* refere-se a violência dirigida pela pessoa contra si mesma, contempla o suicídio, a ideação suicida e as tentativas de suicídio. O *segundo tipo* abrange a *violência familiar*, as agressões físicas, os estupros, os ataques sexuais e a violência institucional. E, o *terceiro tipo* inclui a *violência coletiva*, os ataques econômicos entre grupos e nações (OMS, Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, 2002. p. 1-4)²⁸.

Dando continuidade a estudos anteriores, Minayo, juntamente com outros estudiosos do grupo de pesquisa CLAVES, publicou, em 2003, revisão bibliográfica sobre o fenômeno da violência. Neste estudo construiu uma ampla classificação que abrange as “classes de violência”: exclusão e violação de direitos e criminalidade e violência; formas de violência denominada pelo setor saúde como causas externas; as várias formas de agressão física e

²⁷ Para compreensão da causalidade da violência, o modelo ecológico defende que não há um fator único que explique as raízes porque algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre em maior incidência em algumas comunidades comparativamente com outras. Pode em a nível individual, relacional, comunitário ou social. Os fatores sociais mais amplos incluem ainda as políticas de Saúde, Educacionais, Econômicas e Sociais que mantêm elevados níveis de desigualdade econômica e social entre os grupos na sociedade (OMS, 2002).

²⁸ O Ministério da Saúde (MS) assume essa classificação como tipologia da violência, encontrada no caderno publicado pelo MS em 2005, “Impacto da violência na saúde dos brasileiros”.

emocional e abandono; as vítimas da violência: crianças e adolescentes, mulheres e idosos; fatores predisponentes às violências: álcool, drogas e influências da mídia; modalidades de apresentação da violência: violência no trabalho; atuação do setor saúde: vigilância e prevenção, e violência institucional (MINAYO, 2003).

Ressalta a referida pesquisadora, Minayo (2003), que a violência institucional no Brasil ocupa lugar especial. A rigor, “constantemente atualizada e reproduzida pelo Estado, pelas instituições públicas, de prestação de serviços e por entidades públicas e privadas de longa permanência”- ILPIs, no atendimento do segmento idoso (MINAYO, 2003, p. 104). Por este prisma, as prestadoras de serviços de saúde, assistência e previdência social são as campeãs de queixas e reclamações por parte dos idosos. Além do que, as violências contra as pessoas idosas nas ILPIs, frequentemente são (in)visibilizadas e naturalizadas, numa combinação de várias formas de violências e diversidade de agressores: abandono familiar, negligência do Estado, abusos dos funcionários e proprietários das instituições.

Na verdade, as violências contra a pessoa idosa poderão ser testemunhadas nos mais diversos cenários, para além das ILPIs – local que deveria acolhê-los com sensibilidade, parceria e cientificidade; nas instituições de saúde – onde o paciente idoso deveria receber cuidados por uma equipe treinada com profissionalismo humanizado, respeitando as limitações condizentes com sua autonomia e independência; nas instituições públicas de prestação de serviços – local que deveria estar adaptado e os profissionais treinados para conhecer e lidar com a variabilidade “dos envelhecimentos”, de acordo com as capacidades e incapacidades da clientela idosa; nas vias públicas – que deveria estar adaptada como forma de evitar às barreiras arquitetônicas e os riscos de quedas; nos transportes coletivos – adaptados para as diferentes limitações, funcionários capacitados para atender o segmento idoso com atenção, respeito, solidariedade e gentileza; e principalmente, no domicílio – local aparentemente seguro, onde se espera que os idosos sejam acolhidos com carinho, consideração, respeito, que o idoso seja incluído no contexto familiar com vez e voz em todas as situações.

A violência no interior dos domicílios, tendo um dos familiares como agressor, é uma questão de magna importância, pelos números alarmantes das denúncias nas delegacias e órgãos de defesa dos idosos e os dados constados nas estatísticas dos prontuários de atendimento dos serviços sociais e de saúde, mas essas informações, apesar de revelarem números elevados, não refletem a magnitude do fenômeno, pela dificuldade do idoso em proceder à queixa dos maus-tratos, agressões, abandono, negligência a eles infligidas, por medo, desconforto, vergonha, resignação.

Alerta Minayo (2007) que a violência familiar não ocorre de um lado só, “constitui-se como uma forma de comunicação no convívio doméstico entre indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por outros tipos de afinidade”. Em que a família é uma das mais violenta das instituições, e a violência no domicílio legitimada pela sociedade, pela invisibilidade, deste cenário “secreto” e “sagrado”. No interior das famílias, qualquer questão é passível de ser resolvida com violências de diversas formas e tipificações, com diversidade de agressores e de vítimas, em que, pelas questões de dominação de gênero, a violência familiar/domiciliar é notadamente de gênero, e tem na mulher a vítima em potencial, de qualquer faixa etária, atingindo, também, a mulher velha, com repercussões relevantes na imbricada teia estrutural/ social.

Considerando a diversidade das denominações instituídas em relação aos significados das categorias de violência contra a mulher, nos vários contextos, ressaltou-se a perspectiva adotada por algumas pesquisadoras da temática, como forma de ampliar o horizonte imbricado das violências que atingem mulheres, e também em menor número, homens velhos.

Violência contra a mulher – enfatiza o alvo contra o qual a violência é dirigida. É uma violência que não tem sujeito, só objeto; acentua o lugar da vítima, além de sugerir a unilateralidade do ato. *Não se inscreve, portanto, em um contexto relacional.*

Violência doméstica – é uma noção especializada, que designa o que é próprio à esfera privada - dimensão da vida social que vem sendo historicamente contraposta ao público, ao político. *Enfatiza, portanto, uma esfera da vida, independentemente do sujeito, do objeto ou do vetor da ação.*

Violência intrafamiliar – aproxima-se bastante da categoria anterior, ressaltando, entretanto, mais do que o espaço, a produção e a reprodução

endógenas da violência. *É uma modalidade de violência que se processa por dentro da família.*

Violência de gênero – designa a produção da violência em um contexto de relações produzidas socialmente. Portanto, *o seu espaço de produção é societal e o seu caráter relacional* (ALMEIDA, 2007, p.23-42) (grifos meus).

Nesta perspectiva, Saffioti (2004) comenta a dicotimização entre violência estrutural, relações de classe no capitalismo e relações interpessoais entre gerações²⁹, inclui às relações de gênero e étnico-racial como forma estrutural da violência.

O fato é que as estruturas econômico-políticas brasileiras geram profundas desigualdades entre diferentes segmentos da população (...). A maioria dos estudiosos, como não considera as três contradições enquanto componentes de um nó, tende a trabalhar isoladamente o antagonismo de classe, considerando a violência que dele decorre como estrutural. Segundo este tipo de raciocínio, que privilegia a classe social em detrimento do gênero e da raça/etnia, esta seria a única violência estrutural (...) com efeito a violência estrutural, inerente ao modo de produção das sociedades desiguais em geral e da sociedade capitalista em particular, não é a única forma de fabricar (...) vítimas (SAFFIOTI, 2004, p.145).

Para Ferrigno, “conflitos e contradições internos, interpessoais e familiares reproduzem conflitos presentes na sociedade” (FERRIGNO, 2013, p. 111). Portanto, denominar esta violência de “conflito de gerações” não denota a complexidade do fenômeno, pois, frequentemente, é mais consequência do que causa de conflitos sociais. De fato, em uma sociedade como a brasileira na contemporaneidade, “em que o individualismo e a fragilidade das ligações afetivas é uma consequência, o conflito de gerações é apenas mais uma entre tantas outras manifestações de desequilíbrio das relações sociais” (FERRIGNO, 2013, p. 111).

²⁹ “A despeito da relevância e os vários sentidos que as Ciências humanas atribuem para ‘geração’, há – tanto no discurso popular quanto nos trabalhos científicos – confusões sobre o seu significado. A palavra comporta, no mínimo, cinco sentidos: (1) usada como termo para distinguir coortes, representando grupos de pessoas nascidas em uma mesma época e que vivenciaram os mesmos acontecimentos; (2) como um derivado dos estudos das relações familiares entre avós, pais e filhos, tendo a ver com a posição de cada familiar neste contexto; (3) como medida de tempo, representando o número de anos entre a idade dos pais e dos filhos; (4) relaciona-se às políticas sociais para as distintas idades, levando em conta a sequência de fases estudante, trabalhador, aposentado; (5) relaciona o processo de formação de gerações às mudanças sociais. Todavia, pertencer a uma mesma geração determina certos pensamentos e comportamentos, assim, as ações têm de ser analisadas em termos do lugar que ocupam dentro de um processo dinâmico; a análise deve ser, pois, estrutural. Além do mais, o sentimento de pertencer a uma geração se dá não somente através de um processo horizontal, ligado a um momento específico na história de uma experiência compartilhada, mas também de um processo vertical, através das relações familiares” (FERRIGNO, 2013, p. 41-44)..

A seu lado, mas não necessariamente em interseção com os conflitos intergeracionais, coexiste a violência inerente às relações interpessoais. A rigor, o adulto que um dia exerceu autoridade sobre a criança, no envelhecimento poderá depender física, psíquica, emocionalmente de um familiar mais jovem, ex-criança, agora um adulto, que viveu e vive num texto de pobreza; nesse cenário, na atualidade, depende economicamente dos proventos do idoso. Por conseguinte, as violências imbricadas na “troca de papéis, em virtude da troca de posições, desempenhados pelas distintas gerações” (SAFFIOTI, 2004, p.146).

Sob este fundamento, a violência inerente às relações de classe, de gênero e de raça/etnia, comprometerá uma parcela e até mesmo todo o tecido social, pelo qual crianças e adolescentes comportam-se violentamente contra adultos e velhos (SAFFIOTI, 2004, p. 149). Tão propalada pelo senso comum e também na academia como violência intergeracional no contexto domiciliar/familiar.

Nessa perspectiva, Faleiros (2007) pontua que “as representações sociais dos maus-tratos na família tanto estão ancorados na visão dominante de família como um lócus de união e reciprocidade como se processa pela articulação com a violência social” (FALEIROS, 2007, p.109). Implicada na teia de relações complexas e diversas com os processos e a estrutura social de crianças e adolescentes fora das escolas, das habitações em zonas de risco de desabamento ou de desalojamento, da gravidez precoce no corpo frágil de crianças e adolescentes, do desemprego, do subemprego, do crime, do consumo de álcool e drogas diversas, das péssimas condições de saúde, de transporte, da segurança, da fome, da miséria, da pobreza. Como um círculo vicioso de vários tipos de violência a que o segmento idoso é sujeito e objeto, imbricada pelas questões sociais tendo como raiz a pobreza estrutural.

Nessa acepção, a organização societária sob a égide do Capital, tece um cenário multifacetado da violência na vida social dos tempos atuais que atinge, com expressões peculiares, diferentes segmentos e grupos. E também,

em decorrência do vertiginoso envelhecimento populacional, da feminização³⁰ da pobreza e da feminização da velhice, assume uma dimensão de violência geracional e de gênero. Tal entendimento demonstra a importância de contextualizar o fenômeno das violências, levando em conta o tempo em que ocorre, o espaço, os grupos atingidos, sua gravidade e representação.

Desse modo, na contemporaneidade, as violências contra as pessoas idosas saíram das sombras, do âmbito do espaço privado doméstico, ganharam visibilidade na sociedade, na mídia, na academia, não mais implicada como violência doméstica, familiar, intergeracional, social, estrutural, mas sob a forma ampla, de uma categoria analítica que dê conta de especificar todo o seu contexto complexo de relações tendo por base a pobreza estrutural, assim, a denomino de violência estrutural-social contra as pessoas idosas.

2.2 A Dimensão do Fenômeno do Envelhecimento e sua Constituição como Questão Pública: uma conquista dos movimentos sociais³¹

O crescimento da população idosa, em relação às demais faixas etárias, é uma realidade inegável. A mudança na estrutura etária da população,

³⁰ De acordo, com o dicionário, pelo senso comum e para alguns pesquisadores, as expressões “feminização” e “feminilização” são tratadas como sinônimas. Dias (2010) esclarece que, semanticamente, a palavra feminização é um substantivo que vem sendo utilizado para designar ato ou efeito de feminizar, dar feição feminina a algum aspecto da vida social. Yannoulas (2011) faz uma ampla discussão sobre a feminização como categoria teórica de análise aplicada à compreensão do mundo do trabalho. A autora destaca que, na literatura especializada sobre gênero e trabalho, as expressões feminilização e feminização são utilizadas alternativamente com metodologias e técnicas distintas para a coleta e análise de informação. *Feminilização* numa perspectiva quantitativa referente ao aumento das pessoas do sexo feminino na composição de uma profissão ou ocupação; mensurada e analisada através de dados estatísticos. *Feminização* numa perspectiva qualitativa referente às transformações de significado e valor social de uma profissão ou ocupação, vinculadas à concepção de gênero predominante em uma época. Portanto, *feminização* é uma categoria em movimento, em processo de construção, em que, o foco do estudo está centrado em descrever e interpretar a elevada proporção de mulheres em processos capitalistas contemporâneos. Adoto a expressão *feminização* tanto para a velhice, quanto para a pobreza imbuída pelas discussões e reflexões de diversas pesquisadoras sobre a temática. Apesar da própria Yannoulas alertar de que a polêmica em torno da feminização da pobreza, persistir, - questionada, quantitativamente, pelos economistas e demógrafos; defendida qualitativa e politicamente pelas acadêmicas e ativistas feministas, e afirma, que a polêmica sobre a feminização dos processos sociais não é apenas epistemológica, mas fundamentalmente política (Yannoulas, 2011).

³¹ Os movimentos sociais se definem a partir da criação de uma imagem, identidade e consciência coletiva. Pessoas idosas encontram-se reunidas em grupos, associações e em outros, ainda muito voltadas para o contexto próximo, visualizando suas necessidades individuais e as coletivas, só no tocante a sua comunidade, ao bairro, ao município (BLESSMANN et. al., 2012). Pois, “os idosos de hoje ainda trazem a marca do silêncio imposto pela ditadura e desconhecem a força do movimento popular” (GIACOMIN, 2012, p.38).

decorrente “da alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950-1960, comparada à fecundidade de hoje, e a queda da mortalidade que beneficiou todos os grupos populacionais” (CAMARANO, 2008), repercutiu no aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente na longevidade³². O envelhecimento populacional, apesar de ser um fenômeno em ascensão, tem assumido características diferenciadas nas várias regiões, observado tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional tem ocorrido de forma gradual, ao longo de aproximadamente 100 anos, permitindo a adaptação da sociedade. De fato, os países desenvolvidos se tornaram ricos antes de envelhecer, e o fizeram ao longo de muitas décadas. A partir da Revolução Industrial, ocorreu o intenso processo de urbanização da população, importantes transformações socioeconômicas e culturais, melhoria das condições de saneamento, de nutrição, de trabalho, novos padrões de vida e novos valores, que repercutiram na queda da mortalidade, particularmente a infantil, e simultaneamente na queda da fecundidade, indicadores do envelhecimento demográfico.

Já nos países em desenvolvimento, a queda da mortalidade por doenças infecciosas tem ocorrido mais tardiamente. Além disso, ao contrário dos países desenvolvidos, não foram as melhores condições sanitárias as responsáveis, pelo processo de envelhecimento populacional. Este decorreu pelos avanços tecnológicos e médicos, como o advento dos antibióticos e das pílulas anticoncepcionais. Assim, nos países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento populacional aponta um crescimento brusco, rápido e intenso, com forte impacto social, pois, as demandas da população jovem e adulta ainda não foram sanadas, e nesse contexto as demandas dos indivíduos mais velhos acarretarão questões e problemas como novos desafios contemporâneos, neste contexto de desigualdades.

No Brasil, tal como nos países em desenvolvimento, o processo de transição demográfica tem ocorrido num ritmo muito rápido e acentuado com

³² Longevidade vincula-se ao número de anos vividos ou por uma pessoa ou a média prevista em uma mesma geração. Já o envelhecimento populacional define a mudança estrutural etária de uma determinada população (GORZONI; FABRI, 2013).

peculiaridades que precisam ser consideradas em maior profundidade, tais como o aumento cada vez mais intenso da população “muito idosa” (de 80 anos e mais), a feminização da velhice e a heterogeneidade regional.

Nos últimos 50 anos tem havido um aumento expressivo da população com 60 anos ou mais no Brasil. Em 1950, essa população era de, aproximadamente, dois milhões e correspondia a 4,1% da população total. O número de idosos no Brasil passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (IBGE, 2010). Nos últimos sete anos, a população do Brasil cresceu a uma média anual de 1,21%. No ano 2000, eram 169.799.170 milhões de habitantes, aumentando para 183.987.291 milhões em 2007. No período compreendido entre 1999 e 2009, a proporção de idosos aumentou de 9,1% para 11,3% no conjunto da população brasileira (IBGE, 2010).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), compilados pelo censo populacional de 2010 (IBGE), há mais pessoas com idade acima de 65 anos do que abaixo de quatro anos. Além disso, em relação ao Censo do ano 2000, a representatividade dos grupos etários diminuiu para todas as faixas com até 25 anos e aumentou nos outros grupos.

Nas últimas décadas, o Brasil tem registrado redução significativa na participação da população com idades até 25 anos e aumento no número de idosos. E a diferença é mais evidente se comparadas às populações de até 4 anos de idade e acima dos 65 anos. Na base da pirâmide, a representatividade do grupo de 0 a 4 anos no total da população caiu de 4,9% (meninos) e 4,7% (meninas) em 2000 para 3,7% e 3,6% em 2010. Simultaneamente, a participação da faixa com mais de 65 anos avançou de 5,9% em 2000 para 7,4% em 2010. Segundo os dados do Censo Demográfico de 2010, o Brasil tem 190.755.799 habitantes, sendo 13,8 milhões de crianças de até 4 anos e 14 milhões de pessoas com mais de 65 anos (IBGE, 2010).

Observa-se, por exemplo, que projeções de duas décadas atrás estimavam a ultrapassagem dos 72 anos como esperança de vida em brasileiros ao nascer apenas em 2020 e que as atuais já colocam como 72,4 anos a expectativa de vida dos nascidos em 2006 (GORZONI; FABRI, 2013). Estimativas populacionais indicam que o Brasil até o ano de 2025 será o sexto país do mundo em números absolutos de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente 15% da

população brasileira total de idosos (IBGE, 2010). Em recente publicação o Dr. Alexandre Kalache (2012) indicou dados mais alarmantes: a informação de que o número de pessoas acima de 60 anos deverá aumentar para 64 milhões em 2050 quando o Brasil se tornará a quinta maior população de idosos³³ do mundo, ou seja, “em pouco mais de 40 anos o Brasil apresentou aumento de aproximadamente 500% dessa população, de três milhões para mais de 14 milhões na presente década” (GORZONI; FABRI, 2013, p.1).

Além do mais, a proporção da população “muito idosa”, ou seja: das pessoas de 80 anos e mais, no total da população brasileira, é a que tem apresentado as maiores taxas de crescimento, e em ritmo bastante acelerado. Esse tem sido o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno: passou de 14 mil para 17 mil nos últimos dez anos, alterando a composição etária dentro do próprio segmento, decorrendo numa maior heterogeneidade deste grupo populacional (CAMARANO, 2005).

Destarte-se, em relação às características demográficas no Brasil, considerando especificamente a população idosa, como ocorre em várias regiões do mundo, a proporção de mulheres de mais de 60 anos é maior do que dos homens (55,3%). “A expectativa de vida da mulher brasileira ultrapassa 10,8 anos à masculina chegando aos 75,6 anos” (HERÉDIA et. al., 2007, p.14). “Esta diferença é mais expressiva, quanto mais idoso for o segmento” (CAMARANO et. al., 2004, p.24).

A rigor, a velhice é uma experiência de vida que se processa diferente para homens e mulheres, tanto nos aspectos sociais como nos econômicos, nas condições de vida, nas patologias, e até mesmo na subjetividade. Portanto, mesmo que a população envelhecida não seja

³³ Tenho clareza que definir população idosa apenas pelo critério cronológico não abrangerá todo o fenômeno pela sua grande heterogeneidade, pois a “categoria idoso” é socialmente construída, mas se demarco, nesta pesquisa, como idoso as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU). Ela considera idosa nos países em desenvolvimento, como o Brasil, pessoas com idade de 60 anos ou mais. Definidas em 1982, por meio da Resolução 39/125, durante a I Assembleia Mundial da ONU sobre Envelhecimento da População, e confirmada no Brasil através da Política Nacional do Idoso -1994 e do Estatuto do Idoso - 2003.

universalmente de mulheres, a maior expectativa de vida feminina em relação à masculina revela um recorte de gênero. Essas informações contribuíram para que os estudiosos da temática descrevessem o envelhecimento como um processo feminino, ou seja: processo com tendência a “feminização do envelhecimento” (VERAS, 2003; MERCADANTE, 2003; BERZINS, 2003; CAMARANO, 2004; HERÉDIA et. al., 2007).

Muitas são as hipóteses que buscam a explicação da longevidade da população feminina. Para Berzins (2003), decorre da proteção hormonal do estrógeno; da inserção diferente no mercado de trabalho; consumo diferente de álcool e fumo; postura diferente em relação à saúde e doença; relação diferente com serviços de saúde (BERZINS, 2003). Estudos apontam para a ideia de que a mulher, devido à capacidade reprodutiva, tem maiores cuidados com o corpo ao longo da sua vida (HERÉDIA et. al., 2007). Além do que, pelo imaginário popular e até erudito da mulher como “sexo frágil”, fez com que as mulheres procurem os serviços de saúde com mais frequência do que os homens, o que leva à identificação e ao tratamento precoce de algumas patologias. E, em decorrência de algumas mulheres exercerem durante sua vida adulta atividades no âmbito de suas casas, como “trabalhadoras do lar”, foram durante a vida expostas com menor intensidade aos riscos de acidentes de trabalho, acidentes automobilístico, atropelamento e riscos de violência urbana. Assim, também, as duas Grandes Guerras tiveram influência para esta característica demográfica, pois os anos de conflitos armados ceifaram um expressivo número de jovens do sexo masculino, em detrimento de um menor número de mulheres.

No entanto, a observação fria desses dados, sem a contextualização dos mesmos, poderá ensejar uma falsa impressão de conquista, de algo a ser comemorado pelo segmento feminino. A constatação de um número expressivo de mulheres, que sobrevivem em relação aos homens, não significará dizer que desfrutam de melhores condições sociais e de saúde no seu envelhecimento.

Um número expressivo dessas mulheres enfrenta riscos maiores de sofrer uma ou mais doença crônico-degenerativa³⁴. Elas acumularão durante a vida riscos de declínio funcional, dependência e perda de autonomia. Ocasionalmente o envelhecimento “mal sucedido”³⁵, o que acarretará maiores cuidados pelos familiares, risco elevado de internação hospitalar e institucionalização³⁶. Envelhecer, assim, portanto, “não é só a vida que é prolongada, mas também o período de incapacidade e dependência” (BASSIT, 2004, p.139).

Como vivem mais que os homens, as mulheres tem mais tendência a viver sozinhas durante um longo período da sua velhice. Apesar de “nos países em desenvolvimento o número de mulheres que vivem sozinhas é muito menor que nos países desenvolvidos, pois, a maioria das idosas – viúvas ou não – vive com seus filhos, ainda é mais alto entre as mulheres que entre os homens” (VERAS, 2003, p.7). Além do mais, “a solidão das mulheres idosas traz como consequência o aumento dos estados depressivos quando comparados às demais faixas etárias” (VERAS, 2003, p.8).

Constatou-se, também, que as mulheres têm mais probabilidade de serem mais pobres do que os homens, pois um número significativo de mulheres idosas envelhece em situação econômica precária. Estas possuem

³⁴ Doenças crônico-degenerativas são os chamados agravos não transmissíveis, figuram como principal causa de mortalidade e incapacidade. Incluem as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, aterosclerose), cerebrovasculares (acidente vascular cerebral, demência, Doença de Parkinson), doenças metabólicas (diabetes melitus, osteoporose), doenças respiratórias (enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC), doenças renais (insuficiência renal crônica), doenças musculoesqueléticas (osteoartrose) e neoplasias.

³⁵ Envelhecimento Mal Sucedido configura-se na perspectiva inversa do Envelhecimento Bem Sucedido, conceito de dimensões e domínios múltiplos. Segundo a OMS, o Envelhecimento Bem Sucedido consiste na probabilidade baixa de doença e de deficiências relacionadas às doenças; capacidade funcional alta, inclusive pelos componentes físicos e cognitivos; e envolvimento ativo com a vida (REICHEL; GALLO, 2001). O processo de envelhecimento é absolutamente individual, variável; logo, os conceitos de Envelhecimento Bem e Mal Sucedido são consequentes do que foi construído ao longo da vida (MORAES, 2008). Assim, *Envelhecimento Mal Sucedido ou Envelhecimento com Fragilidade*, caracteriza-se pela vulnerabilidade e pela baixa capacidade para suportar fatores de estresse, e resultará em uma maior suscetibilidade a doenças e à instalação de síndromes geradoras de dependência (CARVALHAES NETO, 2005).

³⁶ De acordo com as ciências que estudam o envelhecimento – Gerontologia e Geriatria, e as políticas referentes ao idoso, o termo institucionalização deve ser empregado em substituição ao asilamento. Por ser mais ampla, a expressão Instituição de Longa Permanência – ILPIs, em detrimento ao termo asilo, cercado de mitos e preconceitos.

renda baixa³⁷, tanto em função de rendimento provenientes de trabalhos de baixa remuneração, como também pela dependência da renda e/ou pensão do marido, o que afetará diretamente seu estilo de vida, aumentando os índices de doenças diante da condição de pobreza e de desigualdade social (BASSI, 2004; HERÉDIA et. al., 2007). Além do mais, como em muitas famílias brasileiras a aposentadoria e a pensão são as principais fontes de renda dos idosos responsáveis por domicílio, e com o aumento do percentual de mulheres idosas, essas mulheres passaram a ter destaque na sociedade como provedoras da sua família com sua parca aposentadora ou pensão, fator de risco para vários tipos de violência.

O fato repercute em ações voltadas a esse segmento populacional, pois, além de ser maioria, grande parte dessas mulheres envelheceu sem experiência no mercado de trabalho; recebeu pouca instrução educacional formal; vive sozinha pela sua condição de viúva – o fato de muitas mulheres viúvas morarem sozinhas não deverá ser encarado exclusivamente como sinônimo de solidão e abandono; para muitas dessas mulheres, a morte do marido representar liberdade da rotina das atividades domésticas e das condições de violências; algumas envelhecem sozinhas por não terem casado – “moças velhas”, são tidas pelo anedotário folclórico-cultural; outras vivem em domicílio com diversos familiares onde ao mesmo tempo dependerão de ajuda de um deles para às atividades diárias por serem portadoras de diferentes graus de dependência física, emocional e social, e os familiares dependem dos proventos dessas mulheres idosas para sobreviver; além do que muitas dessas mulheres envelhecem como cuidadoras dos netos, bisnetos e até de outros idosos.

Por conseguinte à conquista alvissareira do acentuado envelhecimento populacional feminino brasileiro aflora uma gama de desafios na vida cotidiana dessas mulheres na Contemporaneidade: o acúmulo de desvantagens durante a vida produtiva; as várias formas de violências durante todas as etapas da sua trajetória de vida; a discriminação e os salários

³⁷ A renda baixa representa uma redução de acesso aos serviços de saúde, os quais poderiam garantir uma vida coletiva saudável, influenciada pelas precárias condições de vida, caracterizadas por alimentação indevida, maiores cuidados preventivos, condições de trabalho, entre outros fatores (HERÉDIA et. al., 2007).

inferiores; a dupla jornada de trabalho; a maior tendência a estados depressivos e às doenças crônico-degenerativas; tudo, também, associado ao analfabetismo e a baixa escolaridade de muitas dessas mulheres. Tais condições e situações impõem a muitas delas maior probabilidade de envelhecerem mais pobres que os homens, dependerem de seus poucos recursos financeiros, como a pensão alimentícia, por invalidez ou morte; dependerem de outras pessoas para as suas atividades diárias.

Por esta perspectiva, a pobreza, a solidão, as sequelas das doenças crônico-degenerativas, entre o contingente feminino, faz deste segmento populacional um grupo de risco, aumentando a tendência para o envelhecimento mal sucedido e para as várias formas de violência, o que demonstra a necessidade de estratégias para enfrentar os desafios do fenômeno da feminização do envelhecimento.

No entanto, muito possivelmente, a ênfase excessiva nas mulheres e na pobreza distorce e simplifica a questão. As desigualdades sociais não podem ser atribuídas meramente ao sexo, mas também à classe social e à raça. As pessoas pertencentes às classes sociais mesmo aquinhoadas e a certos grupos étnicos e raciais, tanto mulheres como homens, são mais suscetíveis de vivenciar o desemprego, o subemprego e o emprego instável de baixo salário do que as brancas provenientes de classes abastadas. Em suma, a classe social e a raça são estratificadoras primárias das vidas das pessoas, tanto quanto o sexo. Como ocorre com quase todas as 'minorias' da população, os idosos têm um status diferente das demais faixas etárias, e isto é igualmente verdadeiro para homens e mulheres. As mulheres idosas, possivelmente, apenas refletem a estratificação e a discriminação da sociedade contra os idosos (VERAS, 2003, p.8).

Além do mais, os processos de transição demográfica e epidemiológica no Brasil vem-se desenvolvendo de forma heterogênea, aliás, "nenhum país é homogêneo, mas as discrepâncias entre as áreas não são geralmente tão gigantescas quanto no Brasil" (VERAS, 2009, p.549), onde está associado, às desigualdades de condições sociais observadas no país (no que se refere aos aspectos de oportunidades sociais e de saúde em todas as idades), o incremento de pessoas em processo de envelhecimento. A rigor, convivem e coexistem, ao mesmo tempo, nas diversas regiões, cidades e bairros brasileiros, alguns idosos em áreas desenvolvidas, industrializadas, com grandes avanços técnico-científicos, em privilegiadas condições de vida, desfrutando de facilidades e serviços típicos dos países desenvolvidos, com recursos de saúde de última geração e em condições financeiras para fazer

viagens nacionais e internacionais. E um grande número de pessoas idosas envelhecendo sem garantia de condições de vida, em condições tão miseráveis quanto às dos países mais pobres do mundo, em áreas de extrema pobreza, sobrevivendo, eles e toda sua família, apenas com o escasso recurso financeiro do idoso.

Essas características têm implicações importantes, em que a transição demográfica³⁸, assim como a transição epidemiológica³⁹, “ocorre de modo desigual entre as diversas classes de renda, determinando grande heterogeneidade nos padrões pelos quais os brasileiros” (CHAIMOWICZ, 2006, p.106). Nascerem, crescerem, tornam-se dependentes, adoecem, envelhecem e morrem. Assim, o acelerado ritmo de envelhecimento no Brasil, num cenário de profunda transformações sociais, culturais, físicas e psicológicas, tem criado e vem criando desafios para a sociedade. Assim sendo, a trajetória de problematização e sua penetração na agenda governamental brasileira dependerão do contexto histórico e dos mecanismos políticos institucionais de atendimento dessas demandas.

Do mesmo modo, a constatação estatística da alteração da pirâmide etária no Brasil, à primeira vista benfazeja, não é suficiente para desvendar o processo de envelhecimento. A longevidade do ser humano traz em seu bojo profundas implicações de caráter biofisiológico: incremento das doenças crônico-degenerativas, dependência, perda da autonomia; repercussões socioeconômicas: feminização da velhice, empobrecimento da velhice, baixa escolaridade de segmentos de velhos; determinantes culturais: mitos, preconceitos, infantilização. Esse conjunto de fenômenos potencializa a condição dessas pessoas velhas como vítima da crescente violência nas suas mais diversas formas, com repercussões importantes nas demandas por Políticas Públicas. Nesta perspectiva,

³⁸ A teoria da transição demográfica “consiste em descrever as tendências de longo prazo da fecundidade e mortalidade, explicar essas tendências e prever mudanças futuras especialmente em países em desenvolvimento” (CAMARANO, 2010, p.44).

³⁹ O conceito de transição epidemiológica “cunhado por Omran, em 1971, se refere à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais” (CHAIMOWICZ, 2006, p. 107).

O aumento da visibilidade social do segmento das pessoas com 60 anos ou mais, no Brasil, foi um dos fatores que instigaram a mobilização de órgãos governamentais e não-governamentais para o atendimento das novas demandas surgidas principalmente no âmbito da saúde, da assistência e da seguridade social. Muitos são os desafios que se apresentam para os poderes públicos e para as instancias privadas, num campo que vai lentamente despontando como digno da atenção de políticos, administradores e cientistas (RODRIGUES; RAUTH, 2006, p. 186).

Por esse cenário, a questão social da velhice, no período da Primeira República, era enfrentada pela sociedade civil como objeto de filantropia, benemerência e caridade, desenvolvida, principalmente, pela Igreja Católica – as Irmandades de Misericórdia e pelo trabalho voluntário de diversas organizações da sociedade civil. O trato da questão social ampliou-se, em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), normatizadas pela Lei Elói Chaves (ponto de partida da previdência social), como parte das respostas da sociedade civil à questão social. Em 1933⁴⁰, a política previdenciária de intervenção do Estado institucionalizou-se com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). O sistema de proteção social público brasileiro se consolidam e se expandem no período que vai de meados da década de 1960 a meados da década de 1970, mas a atenção à velhice era de forma excludente, à categoria de pobres e carentes, sendo mantidos estes na indigência. Em 1974, foram criadas leis, programas e projetos voltados para o envelhecimento, tais como: Programa de Assistência ao Idoso (PAI)⁴¹, Projetos de Apoio à Pessoa Idosa (PAPI). Durante a década de 1970, organizações privadas e públicas intensificaram suas ações junto à população idosa: o Serviço Social do Comércio (SESC)⁴² adotou programas para a “terceira idade” e a Legião Brasileira de Assistência (LBA)⁴³ desenvolveu programas para idosos de baixa renda. No final da década de 1970 e início da década de 1980, momento de distensão da ditadura militar no Brasil, as organizações não governamentais tiveram grande participação na defesa dos

⁴⁰ Prelúdio da era Vargas e começo do Estado Novo.

⁴¹ Surgiu em 1976, implantado pelo INPS, consistia no acompanhamento de grupos de idosos previdenciários atendidos nas salas de espera dos ambulatórios dos Institutos.

⁴² O programa do SESC para a terceira idade foi o pioneiro no continente latino-americano. Teve início em 1963 na Unidade do Carmo em São Paulo e foi efetivado em 1970, como ação permanente do SESC Nacional.

⁴³ Criada em 1942 com objetivo de dar assistência aos soldados e seus familiares; a partir de 1977 assumiu o programa de assistência aos idosos.

direitos dos idosos, dentre elas, a Associação Cearense Pró- Idoso (ACEPI)⁴⁴ e o Movimento Pró-idoso (MOPI)⁴⁵.

Nos anos de 1960-1980, as entidades técnico-científicas de natureza não governamental - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG (fundada no Rio de Janeiro em 1961) e Associação Nacional de Gerontologia-ANG (fundada em Florianópolis em 1985), criadas como fóruns de discussões da problematização da velhice, empenharam-se em transformar o envelhecimento em uma questão política, configurando o contexto da violência contra as pessoas idosas visibilidade pública.

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por grave crise econômica e, concomitante a isto, pela emergência do envelhecimento na agenda social como problema social e político relevante. Até então, inexistia a participação da sociedade, especialmente, da parcela idosa, posto que os idosos traziam a marca do silêncio, imposta pela ditadura militar e desconheciam a força do movimento popular (GIACOMIN, 2012, p. 38). A interlocução política do idoso, maior mobilização da sociedade civil, principalmente pela via da organização dos aposentados e pensionistas, o que acabou mobilizando todo território nacional.

A emergência de movimentos sociais de aposentados e pensionistas teve seu clímax na luta por direitos na Constituição de 1988, principalmente através da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas - COBAP (1985) e das Associações de Aposentados e Pensionistas de todos os Estados do Brasil, demarcando a participação dos idosos no espaço político. Os idosos adotaram uma verdadeira tática de batalha, “marketing de classe” (GOLDMAN, 2004, p.71). Formou o segundo lobby da Assembleia Nacional Constituinte, perdendo apenas para o grupo ruralista (PRADO, 2014).

⁴⁴ Fundada em 1977 por um grupo de profissionais, tendo à frente, a assistente social cearense Maria José Barroso, dirigentes de entidades de idosos e voluntários ligados às questões sociais dos idosos com o objetivo de reivindicar a formulação e implementação da política da pessoa idosa.

⁴⁵ Entrou em cena em 1975 pela necessidade de luta por leis e iniciativas sociais em benefício dos idosos. A princípio o grupo idealizador era formado por profissionais e voluntários, mas a partir de 1988, a instituição passou a ser dirigida por rotarianos do Rotary Club de São Paulo, como uma organização não governamental sem fins lucrativos.

Como atores e sujeitos históricos, reivindicaram participar da Constituição de 1988: iam às comissões técnicas, faziam sugestões, argumentavam, apresentavam substitutivos, organizavam protestos em diversas capitais, lotavam o plenário do Congresso Nacional, atraindo a atenção da mídia, dos parlamentares e da população em geral. Caso exemplar foi a luta empreendida pelos aposentados e pensionistas, capitaneados por suas associações e federações (GOLDMAN, 2004, p.71)

Por conseguinte, grande parte das conquistas da Constituição Federal de 1988 foi resultado de discussões e debates entre esses indivíduos em fase de envelhecimento, constituindo-se no ponto alto de conquista dos direitos das pessoas idosas (TEIXEIRA, 2008, p.122-198), dentre elas, a criação do primeiro Conselho em Defesa da Pessoa Idosa⁴⁶.

Com efeito, “desde o início dos anos 1990, a participação social vem sendo construída como um dos princípios organizativos centrais dos processos de deliberação democrática” (TELLES, 2010, p. 2669). A partir da Constituição Federal de 1988 que, dentre outras inovações, estimulou a participação dos cidadãos e da sociedade civil no processo de formulação de políticas, os idosos conquistaram um espaço formal e reconhecido pelo Estado para representar seu grupo. Garantiu-se ampliação da condição de cidadão, indo além dos direitos universais, o que acabou por transformar o modelo da gestão pública brasileira (BOARETTO; HEIMANN; 2003; TELLES, 2010). De um problema social, a questão da população idosa brasileira passou, gradativamente, a ser tratada no âmbito dos direitos de cidadania.

Por conseguinte, a trajetória percorrida pelo movimento social dos idosos e a atuação de entidades não governamentais articuladas com o Poder Legislativo pela estruturação de Políticas Públicas para o segmento populacional culminou com a aprovação da Política Nacional do Idoso – PNI⁴⁷ e da Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI⁴⁸ (BOARETTO; HEIMANN 2003; RODRIGUES; RAUTH, 2006). A partir da PNI, outras conquistas advieram: criação dos diversos conselhos estaduais e municipais do idoso, das delegacias especializadas do idoso, dos disque – idosos, das promotorias de

⁴⁶ Conselho Municipal da Condição dos Idosos da cidade de São Paulo, criado em 1984.

⁴⁷ Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842, sancionada em 04 de janeiro de 1994, e regulamentada em 03 de julho de 1996, pelo Decreto Lei nº 1.948.

⁴⁸ Política Nacional de Saúde do Idoso promulgada pela Portaria 1395/MS de 10 de dezembro de 1999, revisada e atualizada pela Portaria 2.528/MS de 19 de outubro de 2006.

Defesa do Idoso, dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção de Violência contra os Idosos - CIAPVI, como espaços de denúncia de casos de desrespeito à lei e às diversas formas de violência contra as pessoas idosas.

Um grande passo para reforçar os direitos sociais estabelecidos pela CF/1988 a todos os brasileiros e os direitos garantidos através das políticas específicas para a clientela idosa - PNI e da PNSI foram dados em 2003, com a aprovação do Estatuto do Idoso⁴⁹, documento abrangente, que objetivou assegurar direitos específicos às pessoas idosas. Isto o torna o mais assertivo documento até o momento para esse grupo populacional. Estabelece orientações e diretrizes para a atuação dos órgãos públicos e da sociedade civil, com estratégias de coibir as diferentes formas de violências.

Em suma: embora existam no Brasil leis amplas como a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso, um Estatuto que preconiza os direitos das pessoas idosas, e medidas pontuais na ampliação de direitos das pessoas mais velhas como a criação da Comissão Especial sobre a Violência Contra os Idosos⁵⁰ e a implantação do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos – CNDI⁵¹, estes dispositivos legais ainda não produziram os resultados desejáveis pela garantia dos direitos humanos fundamentais para este segmento populacional, em decorrência dos problemas de ordem econômica, social, cultural e educacional do nosso país.

Não se pode negar que, a partir das reivindicações dos movimentos sociais em defesa da pessoa idosa, foi estabelecido um fórum legal de representação e participação; conquistado um espaço formal reconhecido pelo Estado para a representatividade deste segmento populacional; criadas estratégias para a conquista dos direitos; ampliada a condição aos idosos como cidadãos detentores de direitos fundamentais. Destarte, as ações dos

⁴⁹ Lei Federal nº 10.741 aprovada em 1º de outubro de 2003

⁵⁰ No âmbito do Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana - CDDPH

⁵¹ Previsto pela Lei 8842/94, que instituiu a PNI, criado pelo decreto 4.227/02 de 13/05/ 2002, integrado ao Ministério da Justiça. Implementado com nova estrutura pelo decreto 5.109/04 de 17/06/2004, integrado a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR).

movimentos sociais tiveram influência direta na esfera política quanto à visibilidade da violência contra as pessoas idosas como uma questão pública, e assim, lenta e gradativamente, o tema da violência vem aparecendo na formulação de Políticas Públicas dirigidas à população idosa no Brasil, sobretudo nas que promovem a garantia dos direitos (BOARETTO; HEIMANN 2003; SOUZA; MINAYO, 2010).

Apesar das pessoas idosas que participaram da luta política nesses movimentos sociais da década de 1980-1990, constituírem uma minoria, a função social e política dos velhos há de ser conquistada no cotidiano, construída e, sempre em processo de dinamismo, compatível com a sociedade. Posto que, no Brasil, se de um lado, cada vez mais se constata, um relevante envelhecimento populacional, por outro lado, há um desmonte das políticas sociais, menor investimentos nos direitos sociais, enorme dívidas interna e externa, dependência dos sistemas econômicos (GOLDMAN, 2004, p.74). Assim, o segmento das pessoas idosas revela-se um dos mais vulneráveis a sofrer várias formas de violência.

Por conseguinte, há a constatação estatística da violência como uma prática cada vez mais presente na vida das pessoas idosas - os números confirmam que o indivíduo idoso tem sido objeto, nas últimas décadas, de diversos tipos de abusos, agressões e maus-tratos, sejam elas de forma individual ou coletiva. Assim, as pessoas envelhecidas ainda precisam lidar com outros tipos de vulnerabilidade – físicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais.

Por conseguinte, se as pessoas idosas “não ocuparem seu espaço político, certamente outros o ocuparão, com graves repercussões para os direitos sociais tão duramente conquistados pelos idosos na constituição de 1988” (GOLDMAN, 2004, p.75), na luta vitoriosa pela promulgação da Política Nacional do Idoso e pela aprovação do Estatuto do Idoso, que ampliou os direitos das pessoas idosas. Os mais importantes se referem às sanções definidas para “ações de negligência, discriminação, crueldade, opressão, maus-tratos, violência contra idosos, bem como para a ação ou omissão que atentem contra os seus direitos” (GOLDMAN, 2004, p.76). Portanto, entender,

compreender e desvendar a violência que as pessoas idosas sofrem “representa expor os valores que norteiam a sociedade e que afetam a dignidade do ser humano no final de sua vida” (BLESSMANN et. al., 2012, p.17).

2.3 Violências no percurso do envelhecer: suas expressões e peculiaridades

O envelhecimento é um fenômeno multidimensional, diverso e complexo; “processo que dura à vida toda, abarca fatores físicos, psicológicos, culturais, religiosos, espirituais, econômicos, e de saúde” (BLESSMANN et. al., 2012, p. 40). O envelhecimento populacional é uma conquista do século XX, contudo ao mesmo tempo um desafio para o século XXI, pois a mesma sociedade que inventou a velhice transformou-a em problema social (DEBERT, 2004).

As sociedades ocidentais contemporâneas supervalorizam a força física, o poder, a juventude, o corpo esbelto, os avanços tecnológicos; abominam o passado, ignoram a experiência das pessoas mais idosas, desvalorizam o “velho”⁵² em detrimento do “novo”, imputando às pessoas idosas o sentimento de inutilidade, de pena, de “não-cidadão”⁵³. Por conseguinte, vislumbrar o envelhecimento, através dos atributos negativos impostos por uma sociedade específica, pode ser uma das causas geradoras de violência contra as pessoas idosas, mas a visão simplista de que a violência contra as pessoas idosas manifesta-se por essa ótica como um fenômeno novo, atual, do nosso tempo, não vislumbra o âmago da questão.

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno histórico, complexo, diversificado, polissêmico e controverso; não é um fenômeno novo, “mas o que é contemporâneo, é a sua demarcação como objeto de estudo,

⁵² “Velho” como antônimo do novo, como algo deteriorado e gasto, tradicionalmente empregado de forma pejorativa, como um insulto para muitas pessoas, que de uma maneira consciente ou inconsciente resistem por todos os meios à ideia de sua própria velhice. Neste texto, utilizo o termo “velho” em vários momentos como forma de quebrar grilhões e preconceitos, pois entendo que as expressões “idoso” e “melhor idade” são formas de maquiagem dessa fase da vida, trazendo à tona apenas a questão do “politicamente correto” ou o “aspecto legal”, desconsiderando que a velhice é uma fase da vida, assim como o são a infância, a adolescência e a adultez, cada uma com suas características e especificidades, demandando diferentes olhares.

⁵³ A expressão “não-cidadão”, nesse caso, refere-se ao processo de não reconhecimento do idoso como sujeito dos direitos fundamentais.

pois foi só a partir da década de 1990, que a violência deixou de ser vista como fenômeno exclusivo da segurança pública, passando a ser analisada por vários setores nacionais, e a ter repercussão nos órgãos internacionais” (SERRA, 2005[b]). Despertou o interesse da comunidade científica, a partir de estudos nos Estados Unidos da América (EUA) e Inglaterra (nos anos 1970-1980), quando o abuso contra o idoso conquistou “status” de objeto de investigação e pesquisa.

Nos anos de 1980-1990, as questões relacionadas ao envelhecimento começaram a ser discutidas por estudiosos em nível mundial. E teve como marco a repercussão, em todas as instâncias, das recomendações da ONU⁵⁴ que levaram a proclamação do ano de 1999 como Ano Internacional do Idoso, com o tema, “Uma Sociedade para Todas as Idades”. Pelas discussões, a questão da violência contra esse segmento populacional teve mais visibilidade em todos os setores da sociedade, e principalmente, no circuito acadêmico e científico.

Dessas ações de âmbito internacional emergiram várias conquistas, dentre elas, a violência deixou de ser abordada apenas sobre o prisma da segurança e Política Públicas, passando a ter visibilidade em outros setores, como o da saúde. Assim, a Organização Pan-Americana de Saúde, a partir de 1993, passou a recomendar que o tema violência fosse incluído na agenda de intervenção dos países membros. E, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1997, na Assembleia Mundial de Saúde, dedicou-lhe prioridade. As discussões sobre a temática foram ampliadas, dando surgimento no mesmo

⁵⁴ A partir da transição demográfica mundial, a ONU convocou a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982, que resultou no Plano Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, com 62 tópicos e dentre eles a necessidade da inclusão do idoso na vida social, cultural, econômica e política das nações. Em 1991, a Assembleia Geral da ONU adotou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, onde foram enumerados 18 direitos desse grupo populacional. No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento reuniu-se para dar seguimento ao Plano de Ação, adotando a Proclamação do Envelhecimento. Seguindo a recomendação da Conferência, a Assembleia Geral da ONU declarou 1999 o Ano Internacional do Idoso (MACHADO, 2006).

ano (1997), da *International Network for the Prevention of Elder Abuse* [Rede Internacional para Prevenção do Abuso de Idosos] – INPEA⁵⁵.

No Brasil, a discussão sobre as violências contra as pessoas idosas tomou impulso nas últimas duas décadas do século passado⁵⁶, tendo como um dos fatores o aumento crescente da população idosa e o interesse da comunidade acadêmica pela questão⁵⁷. Com efeito, na produção científica, foi se constituindo uma matriz de conhecimento centrada na violência contra as pessoas idosas sob múltiplos olhares investigativos.

Os estudos dos pesquisadores brasileiros partiram da delimitação do conceito da violência contra a pessoa idosa, definido pela INPEA, em 1998, ratificado pela OMS, em 1999, adotado no Brasil, Ministério da Saúde em 2001, que considera a violência contra as pessoas idosas, como um “*ato* único ou repetido, ou mesmo a ausência de uma ação devida, que ocorra em qualquer relação em que haja expectativa de confiança, que cause dano, sofrimento ou angústia, a uma pessoa idosa”.

A definição por essa perspectiva é considerada um salto na demarcação da violência contra as pessoas idosas por ser um conceito de fácil compreensão, por isso mesmo, consagrada por muitos estudiosos e utilizada em documentos oficiais de alguns países. Apesar disto, sofre críticas de outros pesquisadores, como Faleiros (2007), para quem reduzir a violência a um *ato*

⁵⁵ INPEA instituída em 1998 e reconhecida pela ONU em 2002, como uma ONG internacional, por ter um estatuto consultivo especial junto das Nações Unidas (no Conselho Econômico e Social) e representatividade em todos os continentes e em dezenas de países. Tem como objetivos, por um lado, aumentar a consciência pública mundial para o fenômeno da violência sobre a pessoa idosa, e, por outro lado, promover a educação e formação de profissionais que possam identificar, tratar e prevenir o problema.

⁵⁶ Numa extensa revisão sistemática sobre violência contra a pessoa idosa, Minayo e colaboradores, em 2010, observaram o relevante aumento da produção científica relacionada à violência contra a pessoa idosa no decorrer da primeira década do século XX. Posto que, numa revisão dos trabalhos acadêmicos da década anterior (1990-1999), Minayo e colaboradores (2003) encontraram apenas 11 referências sobre a vitimização de idosos e, na presente década (2000-2008), o referido estudo encontrou 115 trabalhos, o que representa um crescimento notável de 945% (SOUZA; MINAYO, 2010).

⁵⁷ Num dos estudos pioneiros sobre a questão Queiroz assinala que foi por ocasião do X Congresso de Geriatria e Gerontologia em, 1994, que pela primeira vez, uma mesa-redonda com especialistas da área, abordou a questão da violência contra idosos (MACHADO; QUEIROZ, 2006).

(mesmo que implique numa ruptura de relação de confiança como está imbuído na definição) não demonstrará a complexidade do fenômeno em toda sua tessitura. Na visão desse pesquisador, a violência deverá ser entendida como um “processo social relacional complexo e diverso”, expressando às relações desiguais de condições sociais, em que está implicada a negação do outro, evidenciada na estrutura dos conflitos, nas relações complexas de poder, na correlação de forças gerais e particulares (FALEIROS, 2007, p. 27).

A conceituação da violência implica, pois, consideração do conflito, do poder e da força, pois significa a desestruturação da convivência pactada em cada momento histórico e acarreta a dominação ou a eliminação do outro e de suas possibilidades pelo exercício da assimetria da relação de forças (FALEIROS, 2007, p. 31).

Como forma de melhorar a compreensão do conceito, Minayo (2005) amplia a definição da OMS, segue a linha da violência como processo relacional social, e propõe uma conceituação mais abrangente:

A violência contra a pessoa idosa pode ser definida como *ações ou omissões* cometidas *uma vez* ou muitas vezes, *prejudicando a integridade física e emocional* das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma *quebra de expectativa* positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam - filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral (MINAYO, 2005, p.28), (grifos meus).

Adoto a definição da violência contra esse segmento populacional nessa linha por considerá-la ampla e abrangente. Tipifica-a como *ação única*, posto que, muitas vezes, o profissional ou o pesquisador, que atende ao idoso, até mesmo, a um familiar do mesmo, tem a ideia simplista de que “não foi uma violência, assim uma violência⁵⁸”, por ter sido única e com isso de menor relevância, não dando a devida importância: “foi só essa vez”, “essa família nunca fez isso”, “só uma palmadinha, esse velho merecia mesmo, estava impossível”. No entanto, mesmo num caso isolado, a agressão seja que tipo for (física, psíquica, simbólica) terá a mesma repercussão biopsicológica na vítima idosa.

Além do mais, a definição traz, em seu bojo, a ideia de *sufrimento e angústia* que as diversas formas de violência causam à pessoa idosa não só

⁵⁸ As frases e expressões entre parênteses neste parágrafo são da minha observação diária como médica e pesquisadora da temática em diversos cenários de atuação, no meu consultório, no ambulatório de atenção integral ao idoso, ou nos grupos de convivência.

pela *ação* em si, mas pela *omissão* dos cuidados necessários na atenção a pessoa idosa, tão comum no dia a dia. Como observo quando questiono por que os familiares não fizeram algo que foi sugerido, como levar o idoso a outros especialistas: ao oftalmologista, e eles respondem: “Para quê? Ele não lê mesmo!”; ao otorrinolaringologista, eles retrucam: “Senhora, esse velho só escuta o que lhe convém, fala de dinheiro para ele para ver se ele não está atento”; ao ginecologista e eles afirmam: “Mamãe não tem homem há mais de 30 anos”. Ou quando encaminho para atividades com algum profissional da equipe multidisciplinar: ao fisioterapeuta, e eles declaram: “Para quê? Doutora, ela do jeito que está não para; imagine colocar essa velha para andar de novo”; à nutricionista e eles dizem: “Eu sei direitinho o que é para fazer; cada dia faço uma papa diferente, compro farinhas de vários tipos, se for para essa mulher vai já inventar coisas demais para fazer; não tenho tempo não!”. E até atitudes mais graves, como modificar as medicações, aumentar a dose da medicação que prescrevi, para “o velho dormir logo e não dar trabalho”, não considerando, em muitas vezes a opinião do ser idoso, como se ela não tivesse condições de fazê-lo. Declaram os idosos: “Doutora, eu disse que esse não é o remédio que a senhora me passou, mas ele me disse: a senhora quer saber mais que eu?”; “que saudades da senhora, vivo pedindo para ela me trazer aqui, mas me levavam em outros lugares”.

Além do mais, a referida definição, alerta que, tal qual como no caso da violência contra a criança e contra a mulher, na maioria das vezes, o agressor é alguém a quem o idoso *tem proximidade e confiança*, o que dificultará em muito as denúncias e relato das violências sofridas para outro familiar, profissional ou alguma autoridade policial ou jurídica, o qual poderia aliviar-lhe o sofrimento ou até arranjar formas de solucioná-lo, pois para a vítima idosa, na maioria das vezes mulheres, “condenar” um ente querido é condená-la a si própria: “Fui eu que o criei, acho que errei em alguma coisa”; “coitado não tive condições de colocá-lo em bons colégios, por isso ficou assim”; “Meu filho nem liga quando vou pedir ajuda, ele me diz: A senhora criou esse menino assim (o neto) agora aguenta, não quero nem saber”; e, muitas vezes suspiram com resignação: “Pior com ele, pior sem ele”, como já

estivessem condenadas a viver no contexto social da violência nas suas múltiplas formas.

Por essa perspectiva, a violência contra a pessoa idosa poderá ocorrer no seio da própria família, nas instituições de longa permanência, nos órgãos e locais públicos, nos centros de convivência, enfim, nos mais diversos espaços sociais em que os idosos vivem e convivem.

A rigor, na realidade, as expressões de violência articulam-se, em perversas tessituras, que marcam o cotidiano de amplos segmentos das pessoas idosas que sofrem abusos de diferentes naturezas. Em decorrência da complexidade das manifestações *das violências* que atingem as velhas e os velhos de diferentes classes e grupos sociais, o desvendamento das *formas e expressões* encontradas na literatura científica não é uniforme: diverge de acordo com o objeto de pesquisa, com os autores/pesquisadores e as instituições. Esse aspecto dificultará a formatação de uma *classificação* precisa, compreensiva e universal; portanto, um dos grandes desafios para estudiosos e pesquisadores sobre a temática.

No Brasil, trabalhos vultosos de pesquisadores ajudam a montar uma classificação abrangente sobre o fenômeno. Por exemplo, Machado; Queiroz (2006) contribuem não só para a reflexão teórica sobre o tema, como para o levantamento de dados. Ampliaram a classificação elaborada pelo INPEA e adotada pela Organização Mundial de Saúde em *maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos, abuso financeiro, abuso sexual, negligência, manifestações de autonegligências*, com a subdivisão da negligência em ativa e passiva (INPEA, 1998; OMS, 2002; MACHADO; QUEIROZ, 2006).

“Ativa: quando praticada de forma intencional. Passiva: feita sem intencionalidade, em decorrência do despreparo do familiar ou do cuidador em lidar com o idoso, ou ainda, em função das condições socioeconômicas da família ou da comunidade” (MACHADO; QUEIROZ, 2006, p.1153).

Minayo há alguns anos, junto com uma ampla equipe de pesquisadores, faz um trabalho sistemático sobre o estudo da violência contra as pessoas idosas sob o olhar da Saúde, cujas causas externas da mortalidade e da morbidade entre idosos são evidenciadas, oferecendo suporte técnico ao

Ministério da Saúde. No texto da *Política Nacional de Redução da Morbidade por Acidentes e Violência*⁵⁹, o abuso contra as pessoas idosas é tratado a partir da definição dos dois conceitos gerais - *acidentes*⁶⁰ e *violência*⁶¹, focados na intencionalidade ou não da ação, na especificidade desse grupo populacional e na visibilidade da importância crescente das causas externas⁶² como expressão da violência social em suas mais diversas formas (MINAYO; SOUZA, 2003), pela gravidade das consequências à saúde dos idosos vitimados pelas várias formas de violência, ao sistema de saúde e aos aparatos sociais:

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causadas por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública... Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (BRASIL, 2005, p.10)

Devido a essas constatações prementes de investigação e intervenção, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Análise de Situação de Saúde lançou, em 2005, o “Impacto da violência na saúde dos brasileiros”, onde as implicações sobre o segmento idoso são discutidas no tópico “Violência contra idosos: é possível prevenir” (2005). No mesmo ano a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República publicou o “Plano de Ação para Enfrentamento da Violência Contra Pessoa Idosa”⁶³ (2005).

⁵⁹ Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV, aprovada pela Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU nº 96 seção 1e – de 18/05/2001

⁶⁰ Acidentes são atos ou omissões não intencionais que provocam lesões ou traumas ou a morte de alguém (BRASIL, 2001).

⁶¹ Violência que se realiza por meio de ações ou omissões de pessoas, grupos, classes, nações que provocam a morte ou sofrimento, a dominação, o menosprezo, lesões, traumas físicos, psíquicos, emocionais, espirituais em seus semelhantes. A violência envolve intencionalidade (BRASIL, 2001).

⁶² Nos estudos epidemiológicos, o conceito no qual as violências se incluem é o das causas externas. No entanto, as duas expressões não se equivalem. Causas externas é uma categoria estabelecida pela OMS. Entende-se por causas externas um conjunto de eventos assim denominados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Do ponto de vista de mortalidade estão aí incluídos homicídios, suicídios e acidentes. Do ponto de vista da morbidade, abrange as lesões provocadas pelas agressões, os traumas por acidentes de transporte, as quedas, os envenenamentos e intoxicações, as sufocações e os afogamentos acidentais (BRASIL, 2005, p. 145; MINAYO, 2010, p.2720).

⁶³ A Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República coordenou, em parceria com organizações governamentais e não governamentais, a elaboração do Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, previsto para o quadriênio

De acordo com o exposto, existe uma variedade de classificações para designar as diversas formas de violência praticadas contra a população idosa, porém circunscreverei aqui as configurações padronizadas nos documentos oficiais brasileiros, que acompanharam as categorizações e tipologias adotadas pelos documentos internacionais⁶⁴, onde as expressões “violência, maus-tratos e abuso”⁶⁵ encontram-se no mesmo patamar de classificação. *In verbis*:

- *Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física*: são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte (BRASIL, 2005, p. 146, 2007, p. 12);

- *Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos*: correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social (BRASIL, 2005, p. 146, 2007, p. 13);

- *Abuso sexual e violência sexual*: são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorelacional que utilizam pessoas idosas visando a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (BRASIL, 2005, p. 146, 2007, p. 13);

- *Abandono*: é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção (BRASIL, 2005, p. 146, 2007, p. 13);

- *Negligência*: se refere à recusa ou à omissão de cuidados devidos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no País. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outras formas de violência que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa idosa, em particular, para as que se encontram em

2007/2010. A implementação do referido Plano objetiva dar segmento ao Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, 1º outubro de 2003), ao Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (MINAYO, 2007) e às deliberações da Primeira Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, no que diz respeito ao enfrentamento de todas as formas de violência e exclusão social contra a esse grupo social (BRASIL, 2007, p.10).

⁶⁴ Classificação adotada pela INPEA, 1998 e pela OMS, 2002.

⁶⁵ Os termos violência, maus-tratos e abusos não possuem o mesmo significado. Cada conceito traz no seu bojo uma carga ideológica e histórica específica. Desde os estudos americanos pioneiros nos anos de 1970-1980, as expressões foram utilizadas com conotações diferentes, gerando dificuldades para a sua compreensão. Abuso e violência são considerados maus-tratos contra idosos e poderão deixar sequelas não apenas físicas, mas também psicológicas (SILVA; FRANÇA, 2006, p.119). No texto do Guia de Atuação Contra os Maus Tratos aos Idosos, interessante discussão sobre o uso dos termos abuso ou mau trato, no singular limita sua abrangência nos estudos e no diagnóstico pelos profissionais de saúde. Sugerem, portanto, o uso do termo maus tratos, por representar toda uma ação, com diferentes tipos e categorias, assim, como na Declaração de Toronto (OMS, 2002) (SANCHES et. al., 2008, p. 02). Seguindo a linha dos documentos oficiais brasileiros, neste estudo abordarei a questão da violência, dos maus-tratos e dos abusos contra a pessoa idosa como B

situação de múltipla dependência ou incapacidade (BRASIL, 2005, p. 146, 2007, p. 13);

- *Abuso financeiro e econômico*: consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar (BRASIL, 2005, p. 146, 2007, p. 13);

- *Autonegligência*: diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma (BRASIL, 2005, p. 146, 2007, p. 13).

Em relação à natureza da violência que sofre a população idosa coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz nas relações e introjeta na sua cultura (BRASIL, 2005, p. 145).

“Assim, como em muitos países do mundo, no caso brasileiro, as violências contra a geração idosa manifestam-se em maneiras de tratá-las e representá-la”. Em que, “os estigmas e formas de discriminação têm vários focos de produção e de reprodução” (MINAYO, 2007, p.12). Manifesta-se de acordo com sua expressão em *estrutural, interpessoal e institucional*. A *primeira* é aquela que ocorre pela desigualdade social, naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; a *segunda* corresponde à violência nas formas de comunicação e de interação cotidiana; e a *terceira* refere-se à aplicação ou a omissão na gestão das políticas sociais, pelo Estado e pelas instituições de assistência, reproduzindo relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo, de discriminação e de negligências (MINAYO, 2007, p.83).

Paz e colaboradores publicaram, recentemente (2012), artigo com dados preliminares de uma pesquisa em curso, referente a desdobramento de outros estudos e pesquisas realizadas desde os meados da década de 1990, “pautada na interpretação e explicação da violência na sociedade intrinsecamente ligada ao sistema produtivo em vigor que produz as desigualdades sociais e as questões sociais que afetam as relações sociais, em suas múltiplas e diversas expressões” (PAZ, 2012, p.58). Para os referidos pesquisadores, a violência contra o segmento idoso está diretamente relacionada à desigualdade social e a questão de classe, pois ela “corta potencialidades de realização, de projetos e das condições de vida” (PAZ, 2012, p.58). Assim, a violência é fruto de um processo social relacional

complexo e diverso e que nos provoca a refletir a violência não apenas como um fator individual, fragmentado, mas como um todo (FALEIROS, 2004, p.13).

Quanto mais frágil e vulnerável nas condições de existência, haverá aumento das desigualdades sociais, persistência das condições de pobreza na vida social de várias pessoas, mais violentado e violado em seus direitos fundamentais os indivíduos estão sujeitos; assim, a pessoa idosa é violentada e violada de várias maneiras e manifestações.

A partir desses extensos estudos, Paz (2012) identifica como principais formas de violência: a violência estrutural (reporta à questão social, da velhice pobre, desprotegida e abandonada); a violência familiar (referente à desatenção, negligência e maus tratos dos familiares contra a pessoa idosa); as manifestações de violência física nos lares e nos meios urbanos; e a violência estatal e/ou institucional (aquela do descumprimento das leis e ausência de políticas e ações) (PAZ, 2012, p.59). Os pesquisadores colocam a violência estatal e institucional num mesmo tópico, pois para eles esse tipo de violência expressa uma agressão de cunho político, em que o agressor é determinado de acordo com a esfera macro- social (quando o Estado estrategicamente anula, simula ou impede a participação das pessoas idosas na sociedade) ou pela esfera micro-social (reproduzida da mesma forma no interior das instituições públicas e/ou privadas) (PAZ, 2012, p.71).

Nesta perspectiva, no cotidiano de mulheres velhas e homens velhos, as marcas estruturais relacionadas com a questão social, da velhice pobre, desprotegida e abandonada, são a base naturalizada de atualização das várias formas de violência que se expressam entre e intraclasses e segmentos sociais e, sobretudo, pela desatenção, negligência e maus-tratos nas relações intergeracionais no âmbito familiar (MINAYO, 2004; PAZ, 2012).

Além do mais, nas várias situações de risco a que a pessoa idosa estará sujeita, ela poderá agir de forma violenta em relação a seu contexto social. No entanto, pelas suas características biopsicossociais, apresentar-se-á muito mais como vítima do que como agressora.

Nesse contexto da violência no âmbito das relações sociais, Faleiros (2007) ⁶⁶ delinea uma pertinente constelação conceitual, amplia a dimensão das violências contra as pessoas idosas, classificando-as em: *sociopolítica*, aquela que se refere às relações sociais gerais que envolvem grupos, pessoas e as estruturas econômicas e políticas da desigualdade nas relações de exclusão e exploração de conglomerados humanos significativos; *violência institucional* inclui um tipo de relação existente nas instituições de atenção para as pessoas idosas ou serviços diversos, sejam elas públicas ou privadas; *violência intrafamiliar* é aquela sofrida pelas pessoas idosas dentro dos seus lares, praticada por filhos, filhas, cônjuges, netos, netas, irmãos, irmãs, ou parentes e vizinhos próximos (FALEIROS, 2007, p. 43).

Essas formas de violência não ocorrem de forma isolada, estão entrelaçadas, acontecem em espaços sociais próprios, em campos distintos, e afetam os indivíduos idosos, muitas vezes como uma violência múltipla. Abrange desde a *violência falada* - violência sociopolítica, das denúncias nas delegacias e órgãos de defesa, à *violência calada* – violência intrafamiliar, sofrida em silêncio (FALEIROS, 2007), em que, pela proximidade do agressor com a vítima, esta não o denuncia: sofre calada em silêncio as agressões empreitada pelos familiares agressores. Destarte, os idosos, em virtude de sua fragilidade física e emocional, vitimados por maus-tratos praticados pelos familiares, “tem consciência das consequências que os esperam, caso a denúncia saia do âmbito privado para o público” (BLESSMANN et. al., 2012, p.36), “temem denunciar os seus agressores por medo e receio de sofrer represálias, e vergonha em virtude de, muitas vezes, alimentarem sentimento de afeto em relação aos seus algozes” (BRASIL, 2007), perpetuando o pacto de confiança conjecturado pelos laços familiares, numa rede intrincada de sentimentos, a que Faleiros (2009) denomina de “conluio do silêncio”⁶⁷.

Assim, a violência vinculada às relações intrafamiliares configura-se como um fenômeno complexo, de difícil identificação, prevenção e

⁶⁶ O Prof Dr. Vicente de Paula Faleiros coordenou pesquisa intitulada “Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressões” realizada em 2005, por uma equipe de pesquisadores nas 27 capitais dos Estados e no Distrito Federal, como uma das ações integrantes do Plano de Ação para enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa.

⁶⁷ O Conluio do Silêncio: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa. Título do livro organizado pelo Prof Dr. Vicente Faleiros, publicado em 2009, no qual apresenta os resultados de uma pesquisa realizada junto a um grupo de idosos do Distrito Federal.

enfrentamento; portanto, “não podem ser tratados como uma questão meramente privada ou fora do contexto da *violência social e estrutural* no qual os sujeitos e as comunidades estão inseridos” (SILVA; FRANÇA, 2006, p.122). Nas instituições, as burocracias que se investem da cultura do poder, sob a forma da impessoalidade, reproduzem e atualizam, nos atos e nas relações, as *discriminações e os estereótipos* que mantêm a violência contra a população idosa.

Nessa linha de pensamento, Motta (2006) amplia as principais expressões da violência contra as pessoas idosas configurando negligência, violência psicológica, abuso financeiro, maus-tratos físicos, abandono, o espancamento, a morte e o tratamento preconceituoso (MOTTA, 2006). Para a pesquisadora, o *tratamento preconceituoso* é a forma mais sutil e cotidiana da violência psicológica contra as pessoas idosas, “tendo o agravante de ser continuado e bastante generalizado, por se tratar de uma relação social entre sujeitos diferentes, no qual um desvaloriza ou nega a identidade do outro, a partir do que se institui a discriminação” (MOTTA, 2006, p. 70-71).

Barroso (2002) também se reporta ao envelhecimento social provocado pelas múltiplas formas de destituição de cidadania do homem e da mulher classificados socialmente como idosos, no interior de uma trama de *preconceitos e discriminações*. E, na sua intuição de militante da Gerontologia, alerta para a forma sigilosa, sutil e silenciosa que, por vezes, a violência contra o segmento idoso assume na vida social.

Nesta perspectiva da violência silenciosa e sutil, Simone de Beauvoir (1990), na sua obra importante “*A Velhice*”, reconhece e explicita aspectos da violência oculta, imposta e perpetuada pela sociedade contemporânea que, ao longo dos tempos, foi construindo estereótipos e imagens da velhice, ditas e cobradas como “normais”. A filósofa francesa denomina de “*violência velada*”, identificando-a com as representações e interpretações da velhice como algo que é escondido, ficando nas sombras e subterfúgios da vida social. Denuncia Beauvoir que a sociedade representa a velhice como uma espécie de “*segredo vergonhoso, do qual é indecente falar*”. E é categórica na expressão de sua indignação, ao afirmar que, em relação às pessoas idosas, essa sociedade do

consumo e do descartável exerce uma tirania, abrigando, por trás dos mitos da expansão e da abundância, uma representação dos velhos como “*párias*”. E, avalia que é, justamente, no seio familiar que essa tirania se exerce de forma dissimulada, branda, legitimada na noção do “bem cuidar”:

Para a filósofa francesa, o modo de vida imposto aos velhos pela sociedade burguesa reforça a necessidade da mesma em “*mostrar o velho como um outro*”, pois a sociedade não quer vislumbrar-se na imagem desdenhosa que criou do velho. E, quando as atitudes do velho são divergentes da imposta, é tachado por outros clichês depreciativos, encarnando, o fato, uma perversa forma velada de violência:

Se os velhos manifestam os mesmos desejos, os mesmos sentimentos, as mesmas reivindicações que os jovens, eles escandalizam; neles, o amor, o ciúme, parecem odiosos ou ridículos, a sexualidade repugnante, a violência irrisória. Devem dar o exemplo de todas as virtudes. (...) A imagem sublimada deles mesmos que lhes é proposta é a do Sábio aureolado de cabelos brancos, rico de experiência e venerável se dela se afastam, caem no outro extremo: a imagem que se opõe à primeira é a do velho louco que caduca e delira e de quem as crianças zombam (BEAUVOIR, 1990, p.10).

Por conseguinte, existe um tipo de violência construído em bases relacionais de subjugo, forjada por referenciais simbólicos, em um campo de relações afetivas, íntimas e de confiança, favorecendo o exercício da exploração e da dominação, perpetuada e naturalizada por todos os seus componentes e atingindo membros subalternizados da sociedade.

O sociólogo francês Pierre Bourdieu, nas suas teorizações sobre o “*poder simbólico*”, chega à categoria de “*violência simbólica*”, assim conceituada:

Violência simbólica, violência suave, insensível, invisível as suas próprias vítimas, que se exerce, essencialmente, pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento. (BOURDIEU, 1999, p. 7-8, grifos meus).

Em verdade, a violência contra as pessoas idosas, na sociedade contemporânea, marcada pela desigualdade, pelo consumismo, pela ditadura da beleza, da magreza, da juventude, do individualismo, das novidades tecnológicas, apresenta-se de múltiplas facetas, algumas explícitas outras

sutis, em que a pessoa idosa é violentada de várias maneiras, através de diversas manifestações e com algumas peculiaridades.

Inspirada nas distintas classificações de violências encontradas na literatura e na minha observação diária de trinta anos no atendimento à pessoa idosa, para efeito desta pesquisa, delimito como vertente básica, no meio da complexidade que o fenômeno da violência contra esse grupo populacional assume na vida contemporânea, quatro categorizações fundantes de expressões de violências contra as pessoas idosas: a *violência física*; a *violência psicológica*; a *violência simbólica* e a *violência estrutural-social*.

A *violência física* é aquela que se refere ao uso de força física para compelir as pessoas idosas a fazerem o que não desejam, e que, via de regra, deixa marcas no corpo em forma de lesões, hematomas, queimaduras, lacerações⁶⁸, escaras⁶⁹ e feridas. Essa violência produz dor, incapacidades ou, mesmo, morte. É a forma de violência mais estudada pelos pesquisadores nacionais e internacionais, através de boletins de ocorrência policial e prontuários hospitalares. A causa básica das complicações e mortes em consequências das agressões físicas está avaliada segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) - documento oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) – na categoria “causas externas”. A violência física que encontro no atendimento do idoso no seu ambiente familiar, hospitalar, institucional e na comunidade, refere-se a um empurrão, beliscão, “safanão”, palmada, e até na contenção mecânica da pessoa idosa com vários tipos de objetos.

⁶⁸ Lacerações são lesões de pele que vão desde uma simples lesão linear até lesões mais complexas com perda de tecido; ocorrem geralmente nos braços e pernas, mas poderão ocorrer em qualquer área que seja alvo de pancadas ou raspagem. As pessoas idosas têm um risco acrescido de sofrer uma laceração visto que a pele mais envelhecida é mais flácida, com maior risco, de que se rasgue.

⁶⁹ As escaras, também conhecidas por úlceras de pressão ou úlceras de decúbito, correspondem a um tipo especial de lesões da pele, de extensão e profundidade variáveis. Poderão aparecer em diversas regiões de apoio do corpo, especialmente nas costas, no cóccix, nas nádegas, cotovelos e calcanhares. As pessoas idosas, acamadas ou imobilizadas durante muito tempo, correrão maior risco de desenvolver escaras.

Já a *violência psicológica* corresponde à ação de infligir pena, dor ou angústia através de expressões verbais, do tipo (observadas durante minhas atividades como médica e pesquisadora): “Você é um velho porco, não sabe mais nem comer”; “Oh! Velha mijona! Acabei de te levar no banheiro e já quer ir de novo! Pois pode ficar aí, não vai, não senhora”; “Preste atenção quem você dizia que não prestava, e agora quem é quem está cuidando de você, só sobre eu, está vendo, o que você arranhou?”; “Larga isso aí, você não sabe fazer mais nada, vai deitar”; “Não aguento mais, você não sossega, vou te jogar no asilo”. Ou através de expressões não verbais, que se expressam através de gestos, olhares, sorrisos, madeixas, suspiros, muxoxos. As duas formas de apresentação objetivam aterrorizar e/ou humilhar a pessoa idosa, restringir-lhe a liberdade ou isolá-la do convívio com outras pessoas e a comunidade. Pela sua forma peculiar de apresentação não é encontrada nos boletins de ocorrência de delegacias nem nos prontuários médicos, o que dificultará sua manipulação, identificação, avaliação, prevenção e enfrentamento. Mas nem por isso menos deletéria, pois também deixa marcas profundas no ser idoso.

Entende-se por *violência simbólica* a forma velada, sutil, silenciosa, sigilosa, invisível de violência, observada na sociedade como um todo, não sendo percebida pelo idoso, cuidador, profissional e gestores. Decorre da manutenção e transmissão das designações unívocas de expressões, ideias, normas e valores impostos pela sociedade e legitimados pelo reconhecimento, aprovação e aceitação por parte do dominado que não se opõe ao seu opressor, já que não se apercebe como vítima desse processo, ao contrário o oprimido considera a situação natural e inevitável. No seio familiar é legitimada com maior dissimulação, em decorrência das relações de dominação. Pouco discutida e avaliada pelos pesquisadores da área. Serra (2005)⁷⁰ circunscreve as expressões dessa violência na vida e nas relações das pessoas velhas e sistematiza em *quatro eixos temáticos distintos*:

⁷⁰ Na minha dissertação de mestrado em Políticas Públicas do Programa em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, intitulada “Eu não tenho mais querer: a violência simbólica contra os idosos”, defendida em 2005, delineei quatro eixos que desvelam a violência simbólica no universo de vida de pessoas idosas lúcidas, com independência física e autonomia, de classe média-média e classe média-alta. Um recorte da dissertação foi publicado como artigo com o título: “Violência Simbólica contra idoso: forma sigilosa e sutil de constrangimento”, na revista de Políticas Públicas em 2010.

O *primeiro eixo* configura uma forma de violência, muitas vezes diluída nas armadilhas silenciosas do poder no próprio exercício do cuidado e da proteção ao idoso: *é a violência de uma mudança brusca de hábitos de vida* pela retirada do idoso / idosa do seu “habitat”, privando-o da convivência “in loco” com sua memória afetiva-emocional. Muitas vezes imbuída de boa intenção: afinal, um dos cônjugues morreu como deixar o outro velho (a) sozinho(a) na sua casa, melhor trazer para a casa de um dos filhos. Em verdade, essa retirada da pessoa idosa da sua casa, da sua localidade, é uma ruptura brusca da sua história de vida, do seu contexto existencial. Como para muitos parentes o idoso não sabe de nada, não tem opinião, nem querer, ele não será consultado sobre a decisão de tirá-lo de um lugar para o outro, “Se é para o bem dele, vai acabar aceitando”. E esta ruptura com a história de vida expressa, concretamente, uma dominação simbólica, na medida em que, em nome do bem-estar material, e também da própria comodidade dos filhos, netos e parentes para exercer o cuidado, a vontade do idoso será desconsiderada (SERRA, 2005, p.89; 2010, p.99).

O *segundo eixo* delimita uma forma velada de violência, difícil de ser percebida e reconhecida, tanto por quem a exerce, como pelo idoso/ idosa que a sofre: *é a violência da infantilização* em termos do tratamento do velho e da velha como uma criança, expresso tanto na linguagem, com abuso dos diminutivos: “dá o braçinho para eu ver a pressão”, “Bilu, bilu, - apertando as bochechas da velha, que gracinha o bebezinho da mamãe”, “Com a colher, fazendo gestos de um avião, olha a sopinha, abra a boquinha”. Como também nas ações e posturas do cotidiano, “Ela agora é o meu bebê”, “Agora eu sou sua mãe, eu que decido a roupa que você vai usar”, “Meu filho tem razão, afinal, ele que me ajuda, ele sabe o que é melhor para mim”, “Eu queria telefonar para minha neta, mas minha filha não deixa, diz que a mãe dela não vem aqui ajudar em nada. Para que eu quero falar com elas?”. O elemento obstaculizador da percepção dessa forma de violência simbólica - infantilização do idoso - é que ela é praticada em nome do carinho, do bem cuidar, do amor (SERRA, 2005, p.101; 2010, p.100).

O *terceiro eixo* demarca uma forma de violência naturalizada e, mesmo legitimada, porque profundamente enraizada em nossa cultura

ocidental: é a *violência da negação da sexualidade da idosa/ do idoso*. Com efeito, criou-se o mito do velho e da velha assexuados, uma “entidade angelical”, vinculada à figura do vovô e da vovó de quem se espera docilidade, beatitude, santidade, paciência, tolerância. Legitimada nos esteriótipos do velho de óculos lendo jornal numa cadeira de embalo; da velha de óculos, coque, avental, fazendo crochê ou tricô; da velha que só sai de casa para ir rezar na igreja; do velho bonachão que joga baralho com os amigos da mesma idade. A família se acha “no sagrado direito” de bloquear, impedir os arroubos e desejos de vivenciar a sexualidade que determinadas pessoas velhas ousam manifestar. E, dentre as justificativas socialmente aceitas, os familiares recorrem à ideia de caduquice, senilidade para sutilmente impor a violência de negar o direito à sexualidade ao idoso/ idosa (SERRA, 2005, p.107; 2010, 100).

O quarto eixo consubstancia uma forma de violência vinculada ao lugar de submissão reservado ao idoso/idosa em nossa sociedade: é a *violência da destituição da autonomia*. Concretamente, vão se tecendo, em torno do velho e da velha, teias que o(a) imobilizam, impedindo-lhes o exercício da cidadania em pleno uso de sua razão e lucidez. Nega-se a “eles e a elas” o “direito de ir e vir”. Nega-se o direito de a idosa e idoso de ter vida útil e produtiva, bloqueando-lhe a possibilidade de trabalhar, de exercer, dentro de suas possibilidades, suas habilidades laborativas. “Largue essa panela! A senhora não sabe mais cozinhar, e ainda vai arranjar de eu perder a empregada, sai da cozinha!”; “Ah! Papai, você sabia tomar conta da fazenda, mas agora a coisa é diferente: é tudo no computador, deixa isso comigo”; “Isso não é mais para a senhora; o que a senhora quer entrar para faculdade agora, vai trabalhar de quê? Deixa para lá, não dá mais para a senhora”. Submete-se o idoso a um processo de banimento da família e das decisões sociais. Enfim, é jogado no passado, sendo-lhe negado o presente e fechado o futuro (SERRA, 2005, p.113; 2010, p.101).

E, finalmente, mas não com menor importância, configura-se a *violência estrutural-social*. Este tipo de violência está vinculado a expressões do modo de organização da vida social, envolvendo dimensões objetivas e subjetivas, são as condições de vida decorrentes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria; são as várias formas de

preconceito e discriminação imbuídos à pessoa idosa; são situações no âmbito do envelhecimento social, proporcionado pela aposentadoria com suas várias implicações, e pelo envelhecimento precoce decorrente da inatividade física e mental.

Na sociedade brasileira, essa categoria de violência envolve desde o padrão de estruturas sociais marcadamente desiguais, pois “as desigualdades do processo de envelhecimento devem-se, basicamente, às condições desiguais de vida e de trabalho a que as pessoas estiveram submetidas no curso de suas vidas” (LOUVISON; ROSA, 2012, p. 157). Até as dimensões culturais consubstanciada no imaginário coletivo. É uma expressão do processo de exclusão social em nossos dias, gerando insegurança, angústia, instabilidade, depressão e desamparo. Uma das formas de materialização reside na dificuldade de acesso a médicos e serviços de saúde, na incidência de desnutrição, desamparo e abandono dos mais pobres, enfim, na destituição de direitos sociais. Ou seja, a violência decorrente de políticas econômicas e sociais que mantenham ou aumentam as desigualdades socioeconômicas ou de normas socioculturais que legitimem o uso da violência (PASINATO et. al., 2004).

O reconhecimento dessa *violência estrutural-social* contra o segmento populacional idoso é um processo que vem junto com a elevação da consciência de direitos, transformando a violência contra as pessoas idosas, em problema social, caracterizado através de duas dimensões que convivem entre si: *uma coletiva e a outra individual*. Na *primeira*, constata-se a visão negativa do envelhecimento, reproduzida e mantida pela sociedade, que valoriza quem ainda está na linha de produção, o ativo, o belo, o corpo malhado. Nesse tipo de atitude, os velhos, fora do mercado de trabalho e, quase sempre, ganhando uma barca aposentadoria, são descartados por essa sociedade, considerados inúteis, inativos, supérfluos, ultrapassados. Na *segunda* dimensão, observa-se a visão individual de cada pessoa no seu contexto de vida madura e durante o seu processo de envelhecimento, questões essas vinculadas à história de vida de cada pessoa, codificando velhos e velhos, distintos em suas características e suas necessidades. Nas duas dimensões, tanto o imaginário imposto pela sociedade às pessoas desde a mais tenra idade até na idade adulta quanto os próprios velhos são

responsáveis pela reprodução e manutenção da “ideologia da velhice”⁷¹ que encarna uma perspectiva discriminatória e excludente. Portanto, a violência estrutural-social articulada às outras formas de violência psicológica, simbólica, e mesmo física, constituiu-se num quadro cada vez mais frequente no contexto da vida brasileira e, particularmente, maranhense.

Como se depreende desta análise inicial, a violência contra as pessoas idosas é muito mais disseminada e muito mais presente na Contemporaneidade do que os números revelam. Em verdade, os dados estatísticos constituem a “ponta do iceberg”⁷² de uma cultura relacional de dominação, de conflitos geracionais, de negligências familiares e institucionais (MINAYO, 2003, p. 233). E os profissionais que atendem às pessoas idosas, na sua maioria, estão despreparados para lidarem com situações de violência contra esse grupo populacional em toda sua complexidade e sutilezas.

⁷¹ Expressão discutida e moldada pela socióloga Eneida Gonçalves de Macedo Haddad, na sua clássica obra editada em 1986, “A Ideologia da Velhice”. Nela a pesquisadora discute a temática da velhice, através da construção do segmento populacional, enquanto faixa etária, pautada em três discursos (1) da Ciência, analisa o conjunto de representações formuladas pelos geriatras e gerontólogos; (2) do Estado Brasileiro, aborda as medidas legais vigentes na época “em favor” do segmento idoso; (3) dos Programas, discorre sobre o programa social para idosos desenvolvido pelo SESC. Conclui com uma discussão muito pertinente na atualidade: “Com o aumento do número de idosos, nasce no cenário histórico da política assistencialista brasileira uma proposta de tutelar a velhice: sob a aparência de socorrer os velhos dos perigos que os ameaçam, é proposto um complexo disciplinar para talhar o seu corpo, as suas ações e os seus sentimentos segundo receitas prescritas pelos teóricos autorizados, os gerontólogos e geriatras”. E conclama que outras instâncias, como as ciências humanas, a literatura, a imprensa, o direito, a arte, o saber popular, também produzem discursos semelhantemente repressores e negativos sobre a velhice, ao que ela denomina de “ideologia da velhice” (HADDAD, 1986, p. 125). Recentemente (2004), a antropóloga Guita Grin Debert, na obra “A Reinvenção da Velhice”, analisa a construção social da velhice no Brasil, a partir das tentativas de homogeneização das representações da velhice, pautada no discurso dos gerontólogos, das pessoas idosas e da mídia. Observa que o idoso se constitui em ator político e o envelhecimento um novo mercado de consumo, o que caracteriza a visibilidade alcançada pela velhice num compromisso com o envelhecimento positivo. Conclui que apesar da renovação do discurso sobre a velhice para um lado positivo, não se pode fechar os olhos para a “facticidade do declínio biológico e do espectro terrificante do prelúdio da morte social” (DEBERT, 2004, p. 253).

⁷² Alguns autores referem à questão da violência como a “ponta de um iceberg” a ser estudado, pois envolve o tipo de violência perpetrada, fatores de risco para a vulnerabilidade e as características do agressor (SANCHES ET. AL. et. al., 2008). Minayo utiliza-se desta expressão, para demonstrar que os dados da violência contra os idosos no Brasil, não refletem a realidade da complexidade do fenômeno: “considera-se que os dados descritos são a ‘ponta do iceberg’ de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais ou de negligências, familiares ou institucionais, em relação aos idosos” (MINAYO, 2003, p.233).

Os avanços legislativos são inquestionáveis. São também constantemente desafiados e tensionados pela drástica realidade de violação de direitos humanos em escala planetária. No Brasil, os serviços destinados à intervenção nesse fenômeno estão estruturados, basicamente, em dois eixos: delegacias especializadas no atendimento a clientela idosa; centros e núcleos de atendimento às pessoas idosas. Importante salientar que esses serviços não integram uma Política Pública. Antes, este é um campo acentuadamente fragmentado, com ações, equipes e financiamentos descontínuos (ALMEIDA, 2007). Além disso, é necessário que os profissionais envolvidos no atendimento das pessoas idosas em situação de violência possam formular e, em, alguma medida, refletir sobre um conjunto de pontos: este é um fenômeno social de larga escala que implica ações integradas por diferentes setores (POUGY, 2007).

Destarte, a violência contra as pessoas idosas traduz-se em problema de grande monta para a sociedade brasileira, e de enorme desafio às Políticas Públicas, necessitando de estudos e pesquisas que abordem todas as formas de violência, relacionadas ao envelhecimento, analisando como essas formas atingem idosos e idosas com diferentes inserções sociais e em distintos espaços.

2.4 Os Enfrentamentos da Questão Pública da Violência Contra os Idosos no Campo das Políticas Públicas⁷³

O estudo das relações entre violência, pobreza e envelhecimento populacional demanda necessariamente um olhar sobre o campo das Políticas Públicas⁷⁴.

A crescente longevidade populacional, conteúdo atual e instigante, representa uma importante conquista da Humanidade, mas ao mesmo tempo geradora de grandes desafios para os indivíduos, as famílias, as sociedades e os governantes. Entretanto, “a visibilidade numérica dos idosos ainda não tem

⁷³ Este subitem é uma versão modificada do artigo escrito pela pesquisadora SERRA, Jacira do Nascimento, Direitos Humanos e Envelhecimento: avanços, conquistas, entraves. In: Gonçalves, Cláudia Maria da Costa. Direitos humanos: direitos de quem? Curitiba: Juruá, 2012.

⁷⁴ As Políticas Sociais Públicas são estratégias do Poder Público para enfrentar as sequelas da questão social, sejam decorrentes da pobreza, da saúde, da vulnerabilidade em função da idade, da solidão, e de outros aspectos (BLESSMANN et. al., 2012, p.56).

garantido a sua visibilidade no pleno exercício dos direitos e na contemplação de suas necessidades nas políticas públicas” (BERZINS; WATANABE, 2010, p.278). Por conseguinte, a compreensão da complexidade desse fenômeno exige uma abordagem intersetorial, inter e transdisciplinar. E a implantação e implementação de políticas com foco nas pessoas idosas representam um enorme desafio.

Apenas recentemente, a velhice como problemática social relevante e direito humano fundamental, e a violência contra a pessoa idosa como fenômeno social de destituição de direitos, ganharam visibilidade e interesse, da sociedade, das autoridades e da comunidade acadêmica. O Brasil por ter tido uma industrialização e um desenvolvimento acelerados e tardios, só a partir do século XX anteviu a necessidade premente da criação de Políticas Públicas que pudessem favorecer as pessoas idosas, ao contrário do que aconteceu na maioria dos países da Europa ocidental, que desde o início do século XIX necessitaram lidar com o vertiginoso aumento desse grupo populacional.

Assim, a partir dos anos setenta do século passado, tiveram início às discussões e lutas para a criação de políticas sociais que dessem conta tanto do crescimento da população idosa quanto de suas demandas. O processo, entretanto, deu-se de forma bem lenta e os avanços por direitos dos idosos só se tornaram possíveis pela participação dos aposentados e pelas representações do movimento idoso a partir da *Constituição Federal de 1988* (CF/1988) e nos anos 1990 com a Lei 8842/94 que implanta a *Política Nacional do Idoso* (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso (PAZ, 2004). Esses dispositivos legais foram comemorados como grandes conquistas para o segmento idoso, porém com o passar dos tempos, observou-se uma grande falha nos seus textos, pois não havia como punir as violações de direitos contra as pessoas idosas; portanto, fez-se necessária uma lei mais forte que orientasse todas as ações e direitos (PAZ;GOLDMAN, 2014).

Portanto, a CF/1988 e as Leis subsequentes para o idoso ganharam efetividade, e os direitos fundamentais da pessoa idosa foram reafirmados pelo *Estatuto do Idoso* - Lei 10.741/2003.

Diante das várias Constituições brasileiras, vislumbra-se que os direitos humanos nunca foram levados a sério, e que as constituições brasileiras, anteriores à de 1988, não privilegiaram, nem formalmente, o direito de uma velhice digna a todos os cidadãos (RAMOS, 2002).

De acordo com Gonçalves (2009) as Constituições brasileiras, formuladas a partir de 1930, sofreram influência do novo constitucionalismo social cujos direitos estavam ligados ao princípio da igualdade material e dependiam de prestações diretas ou indiretas do Estado para serem usufruídos pelos cidadãos. De 1930 a 1945 vislumbavam-se alguns avanços na legislação social, mas ainda chancelado pelo Estado. De 1945-1964 o país passou pelo período de autoritarismo, com o poder centrado no executivo federal, e as Constituições desse período negavam os direitos sociais. A partir das décadas de 1980 e 1990 processaram-se importantes mudanças no cenário político, econômico e social brasileiro (idem).

Nesse contexto a Constituição Federal de 1988 incorporou a maioria dos direitos fundamentais sociais reconhecidos mundialmente (BRASIL, 1988) como essenciais para assegurar a dignidade da pessoa humana, e reafirmou a participação da sociedade, o que lhe valeu a alcunha de *Constituição Cidadã*. Além disso, é dentre as Constituições federais a que mais se aproxima da realidade brasileira, pois retrata a heterogeneidade social do país.

A CF/1988 registrou pelos Princípios e Objetivos Fundamentais que o Brasil constitui-se num Estado Democrático de Direito o “Direito de ter Direitos” (BRASIL, 1988, art.1º, III). Estabeleceu como objetivo fundamental da República Federativa do Brasil promover o bem de todos, sem preconceito de raça, sexo, cor, *idade* e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988, art.3º, IV). Reforçou, ainda, a cidadania e a dignidade da pessoa humana (*durante toda a vida da pessoa*) como um dos alicerces da sociedade brasileira. Determinou como direitos sociais de *todos os brasileiros* o direito à Educação, à Saúde, ao Trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, a Previdência Social, à proteção à maternidade e à infância, e à assistência aos desamparados (BRASIL, 1988, art.6º).

Portanto, se a CF/1988 incorporou todos esses avanços, não poderia deixar de prever um conjunto de normas destinadas à proteção das pessoas idosas e, como afirma Ramos (2002), esse dispositivo constitucional é de capital importância para que os idosos sejam vistos pela sociedade brasileira como titulares de direitos, *de direitos que não prescrevem com a idade*.

Por conseguinte, a CF/1988 contemplou a velhice em seis artigos, sendo os mais importantes os artigos 229 e 230, como passo primeiro para o reconhecimento dos velhos como cidadãos de direitos (RAMOS, 2000; RODRIGUES; RAUTH, 2006). *In Verbis*:

Art. 229. "... os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais, na velhice, carência ou enfermidade."

Art. 230. "A família, a Sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na Comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhe o direito à vida."

Reservou o capítulo VII - da família, da criança, do adolescente e do *idoso*, do título VIII - da ordem social - para tratar, com maiores detalhes, da proteção às pessoas mais velhas (Ramos, 2000). No parágrafo 1º estabeleceu que os programas de amparo aos idosos deverão ser executados preferencialmente em seus lares, o que, pelo crescente envelhecimento populacional, incita desafios presentes e futuros para as famílias, comunidades, sociedade em geral e gestores públicos, como forma de repensar o papel da pessoa idosa na sociedade brasileira.

De acordo com Paz e Goldman (2006) os ganhos dos idosos com a CF/1988, podem ser sintetizados em:

- a) o voto facultativo para maiores de 70 anos (art. 14 & 1º. II b);
- b) a isenção de imposto para maiores de 65 anos cuja renda seja exclusiva de rendimentos do trabalho (art. 153 III & 2º. II);
- c) a assistência social à velhice (art. 203 I);
- d) o benefício mensal de um salário mínimo para todos idosos que comprovem carência (art. 203 V), mais tarde regulamentado como Benefício de Prestação Continuada - BPC;
- e) o amparo recíproco entre pais e filhos (art. 229); no amparo da família, da sociedade e do Estado às pessoas idosas (art. 230 & 1º) e a gratuidade nos transportes coletivos urbanos para as pessoas de 65 anos e mais (art. 230 & 2º);

- f) a aposentadoria proporcional por tempo de serviço;
- g) a aposentadoria por idade;
- h) a pensão por morte para viúva ou viúvo;
- i) o cálculo do benefício baseado na média dos últimos 36 salários de contribuição corrigidos monetariamente; os benefícios não poderiam ser inferiores ao salário mínimo e ao reajuste dos benefícios vinculados ao salário mínimo PAZ; GOLDMAN, 2006, pg.49-50).

Depreende-se que a dignidade da pessoa humana encontra-se no epicentro da ordem jurídica brasileira (GONÇALVES, 2012) mas a Constituição, por si só, não é suficiente para assegurar aos velhos os seus direitos (RAMOS, 2000). Nesse contexto, o Estado, a Sociedade, os movimentos sociais e as associações de idosos têm papel fundamental na implementação de medidas e ações que assegurem à pessoa idosa o acesso a todos os seus direitos garantidos pela CF/1988.

As décadas de 1980-1990 foram um período fértil em questões sobre a velhice e, também, na criação de leis e de ações voltadas para os idosos. O movimento social do idoso, tímido até os primeiros anos da década de 1990, teve nos anos 1990 o período de sua maior organização, e a partir de um grupo de pessoas de órgãos governamentais e entidades não-governamentais ganhou força e expressão através das discussões e propostas oriundas dos fóruns nacional e regionais, que culminou com a criação da *Política Nacional do Idoso – PNI*. A PNI⁷⁵ assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. De acordo com Rodrigues (2007, p.148), a PNI teve como base o documento intitulado: “Políticas para Terceira Idade nos anos 90”, elaborada pela Associação Nacional de Gerontologia - ANG, após três seminários regionais e um nacional, realizados em 1989.

Por essa lei, ficaram definidos os direitos dos idosos e a responsabilidade da família e da sociedade no cumprimento da legislação. A PNI tem como *finalidade* “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na

⁷⁵ Política Nacional do Idoso instituída pela Lei nº 8.842 sancionada em 04 de janeiro de 1994 e regulamentada em 03 de julho de 1996 pelo Decreto Lei nº 1.948.

sociedade” (PNI, artigo 1º), está baseada em *cinco princípios*⁷⁶ e em *nove diretrizes*⁷⁷. Além disso, a PNI prevê a criação dos “Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do idoso, que são órgãos permanentes, paritários e deliberativos”, responsáveis pela formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso, no âmbito das respectivas instâncias público-administrativas - artigos 6º e 7º.

A partir da promulgação e implementação da PNI, houve uma maior participação dos idosos em espaços de debates e nos Fóruns da Política Nacional do Idoso, surgiram diversos conselhos estaduais e municipais do idoso, às delegacias especializadas do idoso, os disque – idosos, das promotorias de Defesa do Idoso, os Centros Integrados de Atenção e Prevenção de Violência contra os Idosos - CIAPVI como espaços de denúncia de casos de desrespeito à lei e as diversas formas de violência contra as pessoas idosas.

Além disso, as discussões sobre PNI associadas à necessidade de que o setor Saúde disponha de uma política relacionada à saúde do idoso ensejaram a criação de uma política inovadora, por considerar atenção a todas as pessoas idosas e não apenas aos portadores de alguma patologia - *Política*

⁷⁶ PNI Seção I Dos **Princípios** artigo 3º: **I** - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; **II** - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; **III** - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; **IV** - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; **V** - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

⁷⁷ PNI Seção II Das **Diretrizes** artigo 4º: **I** - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; **II** - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; **III** - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; **IV** - descentralização político-administrativa; **V** - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; **VI** - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo; **VII** - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; **VIII** - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; **IX** - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

*Nacional de Saúde do Idoso- PNSI*⁷⁸. A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. A PNI traz entre suas diretrizes a preocupação com a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a prevenção da morbimortalidade por causas violentas. Além disso, fomenta a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidadores⁷⁹ informais; o apoio a estudos e pesquisa sobre o tema.

Apesar dos avanços institucionais e legais elencados, lamentavelmente, poucas mudanças foram efetivamente promovidas, inúmeras medidas de proteção e ações previstas não foram aplicadas pelo retardo na implementação dos programas previstos na PNI. Apesar da existência de diversos fóruns de discussão e de inúmeros conselhos estaduais e municipais, estes ainda não garantiram às pessoas idosas uma real participação social. Por conseguinte, a PNI não foi viabilizada e implementada na sua totalidade, pela falta de investimentos públicos e pelos cortes substanciais de verbas na área social (PAZ, 2004).

Além disso, as *diretrizes* da Política Nacional de Saúde voltada para as pessoas idosas produziram tensões nos modelos de práticas de cuidado vigentes baseadas na prática tradicional curativa, da hospitalização, focada na queixa principal, num único diagnóstico, adequada ao adulto jovem, mas que não se aplica à realidade do indivíduo idoso, portador de pluripatologias, polimedicado, com apresentação atípica das doenças, que responde de forma inadequada às condutas terapêuticas, e muitas vezes com os problemas biopsicosociais não identificados e tratados inadequadamente.

A realidade apresentada demanda a capacitação dos profissionais de saúde e existência de recursos técnicos e humanos para enfrentar as demandas trazidas por essa parcela da população. A realização desta

⁷⁸ Promulgada pela Portaria nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999, revisada e atualizada pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

⁷⁹ Pessoas contratadas para cuidar do idoso ou alguém da própria família responsável por exercer essa função.

capacitação não tem ocorrido efetivamente pela necessidade da articulação com outras políticas, outros ministérios e secretarias, apresentando um desafio a ser vencido para a implementação e efetivação da PNSI em todo o território nacional.

Um grande passo para reforçar os direitos sociais estabelecidos pela CF/1988 a todos os brasileiros e os direitos garantidos para os idosos, através das políticas específicas para a clientela - PNI e da PNSI, foi dado em 2003, com a aprovação do Estatuto do Idoso, cujo objetivo é assegurar os direitos das pessoas idosas.

O Estatuto do Idoso possui um longo caminho, que começou em 1983, com discussões realizadas em encontros, debates, seminários, fóruns, até 1997, quando as propostas e sugestões foram sistematizadas no Projeto de Lei 3.561/97; e em 2000 com a criação da Comissão Especial para estudar o projeto e dar parecer. A comissão realizou quatro seminários regionais (RODRIGUES, 2007, p.131-2), assim, o projeto enriquecido pelas sugestões desses seminários, foi encaminhado à Câmara dos Deputados. Aproveitando o momento propício com a Campanha da Fraternidade da Igreja Católica que naquele ano tinha os idosos como tema e o sucesso em nível nacional de uma novela que trazia a violência contra idosos como pano de fundo, o projeto foi aprovado por unanimidade. Surge, então, a Lei Federal nº 10.741, aprovada em 1º de outubro de 2003, que “dispõe sobre o *Estatuto do Idoso* e dá outras providências”

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) instrumento balizador das ações preliminares: dispõe que “a pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando-lhes todas as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”.

O *Estatuto do Idoso* é constituído por 118 artigos, parágrafos e capítulos, que definem as prioridades em muitas áreas: previdência, assistência social, Saúde, Educação, transportes, habitação. O conhecimento do conteúdo dessa Lei implica deveres e direitos a todos os brasileiros, e

amplia o olhar para violação de direitos dos idosos, assegura que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão” (Lei 10.741/03, art. 4º), inclusive com sanções e penalidades a quem violar os direitos nele assegurados. Assim, através deste dispositivo legal as condutas que desconsideram os direitos essenciais dos idosos passaram a ser consideradas como crimes, o que o configura no principal instrumento legal e na mais importante Lei de defesa de direitos das pessoas idosas.

Igualmente o Estatuto do Idoso impõe a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público em assegurar-lhe, “com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Como nos alerta Paz; Goldman (2006, p.69), “as próprias famílias são os produtos da violência, da desigualdade social, da baixa renda, de desemprego, da falta de condições mínimas de sobrevivência”, o que não nos permite culpabilizar a própria velhice e as famílias pela violação dos direitos humanos das pessoas idosas.

Além disso, o Estatuto do Idoso, pressupõe o estabelecimento de atendimento preferencial em relação a todo tipo de serviços por órgãos públicos e privados, preferência na formulação e na execução de Políticas Sociais Públicas específicas, destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso, priorização de atendimento do idoso por sua própria família, viabilização de formas alternativas de participação, convívio intergeracional, capacitação apropriada de recursos humanos, acesso à informação e garantia de acesso a rede de serviços de saúde e assistenciais.

Por conseguinte, embora exista, no Brasil, uma lei ampla como a Política Nacional do Idoso, um Estatuto que preconiza os “direitos dos idosos”, medidas pontuais como a criação da Comissão Especial sobre a Violência

Contra os Idosos⁸⁰ e a implantação do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos – CNDI⁸¹ como marcos na ampliação de direitos das pessoas mais velhas, estes dispositivos legais ainda não têm produzido os resultados desejáveis de garantia dos direitos humanos fundamentais para este grupo populacional, em decorrência dos problemas de ordem econômica, social, cultural e educacional.

Nesse sentido, o Estado tem o dever de agir implementando medidas e ações que assegurem o acesso de todos os segmentos populacionais a serviços que priorizem o bem-estar social.

O aumento do contingente das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos é uma forte realidade, e traz embutida uma série de preocupantes consequências, dentre elas, a exclusão dos mais velhos, fomentada por atitudes negativas preconceituosas, que limitam os idosos aos recursos sociais e lhes acarretam destituição dos direitos humanos fundamentais. Além disso, as agressões aos direitos humanos impõem que a sociedade cuide de todos os seus indivíduos independentemente de idade, cor, classe, opções religiosas, políticas e/ou sexuais. A situação de vulnerabilidade física, psíquica, econômica, social, em que se encontram muitos idosos brasileiros, faz com que a sociedade os coloque à margem dos princípios de igualdade, respeito e da dignidade humana, e que os índices de violência praticados contra as pessoas idosas no país, aumentem de forma vertiginosa.

Como se depreende, a questão sobre a violência contra as pessoas idosas traduz-se em problema de grande monta para a sociedade brasileira, de enorme desafio às Políticas Públicas, aos pesquisadores, aos estudiosos (SERRA, 2005), aos gestores e diversos profissionais que atuam na área, a ponto de hoje ser encarado, como um grave problema social e de saúde pública. Essa realidade fomentou a criação de leis e de órgãos em defesa deste grupo populacional, como mencionado.

No Brasil, grandes avanços têm sido alcançados: a Política Nacional para o Idoso (1994); o Pacto Comunitário contra a Violência Intrafamiliar, inclui

⁸⁰ No âmbito do Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana - CDDPH

⁸¹ Decreto 4.227/02, de 13 de maio de 2002.

o idoso (1998); a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que abrange também a população idosa (2001); o I Seminário Nacional de Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (2002); o Estatuto do Idoso (2003), que entre outros aspectos focaliza a punição para o causador da violência contra as pessoas idosas; o Seminário Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa (2004), o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa (2004); o Curso de Capacitação em Formação de Recursos Humanos para atuar na Prevenção e Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa⁸².

Ademais os avanços legislativos são inquestionáveis, os serviços destinados à intervenção sobre o fenômeno uma realidade, entretanto pela extensa área territorial; pelas desigualdades socioeconômicas; pelo rápido envelhecimento populacional brasileiro que ocorre em ritmos diferentes de acordo com a região do país; as ações fragmentadas e desencontradas, em que a tão afamada rede de proteção não foi implantada nem implementada na maioria das cidades brasileiras, tudo isto se revela um desafio a ser vencido.

Nesse cenário, as violências contra a pessoa idosa e “suas consequências para a sociedade exigem que as políticas de proteção e prevenção sejam reestruturadas” (PERUHYPE; HANSER, 2011, p.220). Que seja adotado um processo contínuo de avaliação das Políticas Públicas como estratégias de prevenção à violência em todas as suas formas e peculiaridades. “Infelizmente, entre o Brasil Legal e o Brasil Real, há um fosso muito extenso e profundo” (KALACHE, 2012, p.6), posto que “o mesmo Estado que faz um belíssimo documento sobre os direitos dos idosos, quando chega na prática ocorre muito pouco” (MINAYO, 2004, p.52). Portanto, é inegável a conquista do envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento, como o caso do Brasil, mas a efetiva consolidação das Políticas Públicas setoriais de proteção aos indivíduos idosos constitui-se num desafio atual e “premente de investimentos em educação e infraestrutura, para

⁸² Curso para profissionais e voluntários que atuam na área, realizado em 2005, em todas as capitais brasileiras, pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos e a Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência – AMPID.

que novos hábitos e conceitos possam embasar com propriedade a disseminação de uma cultura de paz” (PERUHYPE; HANSER, 2011, p.224).

3 Capítulo 2: VIOLÊNCIAS CONTRA AS PESSOAS IDOSAS NO CENÁRIO DA POBREZA: um dilema histórico em tempos contemporâneos

Neste tópico discuto a pobreza a partir de suas várias nuances, conceituações e controversas, com destaque para a pobreza estrutural e as novas expressões da pobreza. Reflito sobre os determinantes da violência pautados pela pobreza como fenômeno multidimensional e estrutural. Analiso como as expressões da pobreza contribuem para o processo de violência estrutural contra as pessoas idosas e como se configura na categoria analítica violência estrutural-social.

3.1. Pobreza e suas expressões, conceituações nos percursos históricos: configurações contemporâneas no contexto do capitalismo

Qualquer reflexão teórico-conceitual e metodológica sobre a pobreza deverá pressupor o reconhecimento de sua complexidade, polissemia e controvérsia, constituindo-se num desafio imposto aos estudiosos e pesquisadores. Evidentemente, não existe uma definição objetiva, única e universal. Termo ambíguo, revestido de diferentes significados, de acordo com as representações apreendidas e organizadas simbolicamente por grupos sociais, estudiosos, pesquisadores, formuladores e implementadores das políticas e dos programas direcionados ao seu enfrentamento, a partir de uma dada concepção sobre a realidade social. Portanto, considera-se de fundamental importância delimitar-lhe a origem, a definição, a classificação, as representações como forma de fundamentar as discussões teóricas e empíricas da minha pesquisa.

Enquanto categoria de análise construída histórica e culturalmente, antigo problema social, “a pobreza não é um problema dos pobres e sim da sociedade que produz a pobreza como um componente orgânico de suas vitórias e fracassos” (CARVALHO, 2003, p. 54). Na atualidade, referenciada como um fenômeno de caráter multidimensional, em que as diversas carências e fatores econômicos a ela associados estão inter-relacionados, como fenômeno relativo, dinâmico, heterogêneo e complexo dependente do modo de vida dominante de cada país (CODES, 2008; SILVA, 2013), assim como o são as acepções sobre o envelhecimento - fenômeno multidimensional, diverso e complexo e sobre a violência - fenômeno histórico, complexo, diversificado, polissêmico e controverso; categorias teóricas fundantes do presente estudo.

A representação da pobreza a partir do discurso econômico, na qual uma pessoa (ou uma família) não tem condições de viver dentro dos padrões predominantes numa dada sociedade em certo momento histórico (VALLA, 2005; STORTZ, 2005), é preponderantemente adotada, naturalizando-se no senso comum vulgar e científico, cristalizando-se como verdade absoluta e inquestionável (ARAÚJO, 2009). Desta forma, definir a pobreza só pelos seus aspectos monetários ou pela percepção de exclusão de cidadania é uma forma reducionista de analisar o problema.

A dimensão das causas geradoras da pobreza, portanto, deverá ser analisada numa perspectiva teórico-conceitual complexa, para além da carência de renda, na direção de conceitos mais abrangentes, pela análise histórica do percurso do pensamento científico e cumulativo dos conteúdos, numa trajetória da coexistência de diversas abordagens. Com isso, abre-se a possibilidade do estabelecimento de uma relação entre evidências empíricas e o desenvolvimento da teoria sobre a gênese da pobreza. Nesse sentido, as explicações fenomenológicas sobre a pobreza são identificadas em diferentes campos teóricos. De um lado, pela acumulação dos efeitos de imperfeições inerentes ao funcionamento do sistema socioeconômico e estilo de desenvolvimento. De outro modo, como privação das necessidades humanas, materiais, psicológicas e políticas (SILVA, 2013).

Os determinantes que originam a pobreza são objeto de uma extensa literatura especializada e de acalorados debates acadêmicos. Em relação ao campo teórico sobre os determinantes geradores da pobreza, o interesse da investigação científica, via de regra, sobre a análise das estruturas sociais condicionantes à luz do Capitalismo. Assim, enquanto fruto da expropriação e da exploração, a preocupação com a pobreza remonta às promulgações das primeiras “Poor Laws” elizabetanas, que se sucederam entre 1531 e 1601 na Inglaterra (CODES, 2008). A tônica dessas leis consistia em procurar as pessoas consideradas saudáveis e capazes de realizar alguma atividade laboral e obrigá-las a trabalhar. Nos primórdios da fase industrial do Capitalismo (meados do século XVIII) e no final do século XIX, o fenômeno da pobreza acentuou-se com o desenvolvimento do capitalismo nas sociedades pré-industriais da Europa Ocidental. No século XX emergiu com maior força em outros países europeus e nos Estados Unidos, como decorrência da nova

sociedade que se organizava com base no Capitalismo, posto que, apesar do crescimento econômico, tanto nos países ricos quanto nos considerados pobres, as questões relacionadas com a desigualdade sociais e pobreza não foram equacionadas (STORTZ, 2005; CODES, 2008; SILVA, 2013).

O esgotamento do modelo da “sociedade salarial” que tinha sido capaz de oferecer melhores condições de vida à classe trabalhadora, estabelecer um tipo de “propriedade social”, contava com a relevância do Estado de Bem Estar, como modo de garantir o acesso aos direitos de cidadania, de constituir, com a provisão da proteção social, estabelecer um modo de encaminhamento da questão social.

As transformações porque passou o capitalismo a partir dos anos 1970, provocaram o esgotamento do fordismo.., inauguraram um período de reestruturação econômica e de reajustamento político e social em diversos países, que se estende até os dias atuais... Essas reestruturações causaram transformações no mundo do trabalho. Com isso, a pobreza deixou de ser questão residual e passa a se constituir em uma preocupação central nas sociedades europeias (CODES, 2008, p.8).

Frente a este panorama, a partir do final do século XX, tornaram-se centrais no âmbito do debate científico as discussões pela busca de um significado amplo e consistente da pobreza, segundo campo teórico sobre as causas geradores do fenômeno. Sob esta perspectiva, a pobreza deixou de ser entendida apenas como insuficiência de renda, e passou a ser definida como a falta de oportunidade de acesso à riqueza e aos bens socialmente produzidos e capazes de manter um padrão mínimo de vida da população, e da maneira como as diferentes necessidades são supridas em uma dada realidade socioeconômica, condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto, resultado de um processo social e econômico de exclusão social, cultural e político (SILVA, 2001; MELO, 2005; CODES, 2008).

Observa-se, desta forma que toda esta efervescência intelectual no debate da questão da pobreza tem produzido uma vasta literatura internacional sobre seu significado que incorpora outras dimensões (MELO, 2005, p.8). Por este ângulo, órgãos internacionais, como a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe - CEPAL, adotam o conceito amplo da pobreza como um fenômeno multidimensional, que associa subconsumo, desnutrição, condições

precárias de vida, baixa escolaridade, inserção instável no mercado de trabalho e pouca participação política e social (MELO, 2005). Por conseguinte,

Quanto mais o conceito amplia-se em direção ao suprimento das necessidades básicas sociais (tais como saúde, bem-estar, realização das obrigações da família, cidadania, relações no trabalho e participação comunitária), mais se torna necessário admitir que se deva desenvolver uma complexa combinação de crescimento, redistribuição, reorganização do comércio e de outras relações institucionais, assim como a reconstituição de aspectos tradicionais sob novas formas de associações (CODES, 2008, p.15).

Desde então, as discussões nos meios acadêmicos, científicos, governamentais, das agências multilaterais e de grupos da sociedade civil têm buscado construir concepções da pobreza que possam ser compartilhadas internacionalmente. Apesar da interpretação diversa da pobreza nos países de industrialização avançada e nos países pobres, a questão passou a ser concebida a partir de critérios econômicos, através de cálculos estatisticamente comparativos de renda e posse de recursos materiais entre países. A relação da pobreza moldada pelo produto interno bruto dos países levou a concepção do termo “pobreza global”, utilizada pelo Banco Mundial desde 1948, e atrás dele define a existência de países pobres e subdesenvolvidos. Assim, uma pessoa é considerada pobre, se e somente se o seu nível de rendimento estivesse situado abaixo de uma linha definidora da condição de pobreza extrema (ARAÚJO, 2009). Além do que, em países como o Brasil, cujo desenvolvimento capitalista tem sido marcado pela dependência externa de capitais para investimentos e pela associação entre capitais estrangeiros e nacionais, tem-se observado a relação entre essa forma dependente e periférica de desenvolvimento do Capitalismo e a Pobreza (STORTZ, 2005).

Por conseguinte, a incorporação do discurso econômico na representação da pobreza requer, inicialmente, a construção de uma medida invariante no tempo das condições de vida dos indivíduos em uma sociedade. O debate sobre pobreza e as tentativas de mensuração são antigas, na literatura socioeconômica.

No século XVIII surgiram as primeiras elaborações, mas, sobretudo com o avanço da Estatística, ao longo do século XIX, foi que apareceram os primeiros estudos sobre esta questão. E ao longo do século XX, os pesquisadores buscaram quantificar e avaliar a natureza dos problemas engendrados pela sociedade capitalista (MELO, 2005). Em decorrência da natureza polêmica dos estudos sobre a mensuração do fenômeno ocorreu a motivação dos organismos internacionais, em propor que os estudos baseassem suas comparações e propostas de Políticas

Públicas a partir da definição de linhas de pobreza relacionadas ao consumo e a renda (MELO, 2005). A noção de linha de pobreza, demarcada através da configuração de um mínimo necessário, tem sido utilizada pelas instituições internacionais como parâmetro que permite a uma sociedade específica considerar como pobres todos aqueles indivíduos que se encontrem abaixo do seu valor.

Todavia, muitos estudiosos contestam as medidas baseadas na renda como insuficientes para explicar um fenômeno tão complexo como a pobreza. Nos anos 1990, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) apresentou um índice para mensurar as condições de vida nos diferentes países, que ficou conhecido como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que pela ineficácia de mensurar a pobreza nos diferentes países, foi substituído em 1997, pelo próprio PNUD, pelo Índice de Pobreza Humana (IPH), como uma tentativa de analisar o fenômeno de forma mais ampla, pois agrega outros índices como o percentual de pessoas com esperança de vida inferior a 40 anos, a proporção de adultos analfabetos, a proporção da população sem acesso à água tratada e as crianças menores de cinco anos com peso insuficiente (MELO, 2005).

Apesar do empenho dos órgãos internacionais de lançar indicadores, tem persistido a dificuldade de mensuração da pobreza e de quem pode ser considerado pobre. Pelo exposto, a ideia de que os pobres formam um grupo homogêneo e com fronteiras bem delimitadas não tem fundamento teórico-metodológico, descartando-se as categorizações arbitrárias e sem sustentação na realidade empírica. A maioria dos estudos nacionais define pobreza como uma situação na qual as necessidades não são atendidas, depende basicamente do padrão de vida e da forma como estas diferentes carências podem ser satisfeitas num contexto socioeconômico, estuda principalmente a renda como variável básica na discussão da pobreza, fugindo da associação de pobreza à fome (MELO, 2005). No bojo desta perspectiva, da redefinição da pobreza, no início dos anos 1960, os intelectuais e políticos, desenvolveram o conceito de cultura da pobreza⁸³, tomando como referência os padrões de comportamento da classe média, em que o critério moral, a raça e o local de moradia têm servido como elemento de classificação de pobres e não pobres (Silva, 2002; 2013).

⁸³ As teorias baseadas na cultura da pobreza explicam a pobreza por fatores internos aos indivíduos, fatores pessoais que se reproduzem de geração a geração, “transformando a pobreza num mundo fechado autorreduzido” (SILVA, 2013, p.39).

Por conseguinte, qualquer que seja o critério utilizado para efeito de categorização dos pobres, a fundamentação identificada é sempre de caráter conservador e moralista, com inspiração nos pressupostos das explicações da pobreza a partir das abordagens conservadoras, culturalistas e liberais, cuja intencionalidade é a justificação da economia política de sustentação do capitalismo (Silva, 2013, p.49).

Além das explicações teóricas para evidenciar e explicar a pobreza por suas determinações, a produção científica extrapola o campo de poder intelectual e está relacionada ao campo social, influenciando a conservação ou transformação da visão de mundo, dos critérios de classificação, dos esquemas de “di-visão”, das delimitações das regiões (ARAÚJO, 2009), das diferentes tipologias conceituais e das diversas perspectivas do fenômeno. Assim, no âmbito das discussões conceituais sobre as concepções de pobreza, que se sucederam ao longo do tempo, tem-se como marco as contribuições da cientista social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Ana Luiza Machado de Codes (2008). A referida pesquisadora desenvolve uma análise histórica da trajetória do pensamento científico sobre a pobreza identificando a evolução das concepções construídas ao longo do tempo, numa perspectiva não linear, pela coexistência de diversas abordagens e do aspecto cumulativo dos conteúdos, incluindo aspectos objetivos e subjetivos sobre a pobreza. Demarca na sua tese *cinco* concepções de pobreza: a da *subsistência*; a das *necessidades básicas*; pobreza como *privação relativa*, pobreza como *privação da capacidade* e pobreza numa perspectiva da *multifuncionalidade*.

A primeira delas, a da *subsistência*, foi cunhada na Inglaterra, por volta dos anos de 1890, sendo definida pobre a família cuja renda não fosse suficiente para obter o mínimo necessário para sua manutenção meramente física. Na atualidade, o termo refere-se às questões de sobrevivência física, ao não atendimento das necessidades relacionadas com o mínimo vital, correspondendo, portanto, a “pobreza absoluta”⁸⁴ (CODES, 2008, p.11-12).

⁸⁴ A pobreza absoluta se refere a uma renda insuficiente para obter os bens considerados essenciais a um nível mínimo à dignidade humana - alimentação, serviços de Saúde, Educação, habitação, saneamento básico, água potável, vestuário (SILVA, 2013).

Segundo a autora, a concepção de pobreza na perspectiva das *necessidades básicas* ganhou evidência nos anos 1970, pela qual a questão da pobreza encontrava-se ligada à redistribuição dos recursos em favor daqueles cuja produtividade marginal era fraca, associada a um conjunto de deficiências sociais residuais que deveriam ser reduzidas dentro de uma lógica de seguridade e da instalação de redes assistenciais, considerando a insuficiência das variáveis de renda per capita ou Produto Interno Bruto - PIB. A pesquisadora considera que tanto a pobreza pela abordagem da “subsistência” como pela das “necessidades básicas” não é abrangente, o que implica em avaliação, discussões e intervenções limitadas (CODES, 2008, p.13). Saliencia a relevância da compreensão da estrutura condicionante da pobreza na sociedade. E adverte que

Esta limitação refere-se ao seu baixo potencial em descobrir e avaliar condições de grupos específicos de cidadãos. As severas situações de provações vivenciadas por minorias étnicas, mulheres, idosos, crianças e pessoas com incapacidades, por exemplo, não são adequadamente incorporadas nesta formulação. Tendo em vista que a presença de pobreza em uma sociedade é sintoma da existência de uma estrutura social que a condiciona (CODES, 2008, p.15).

Por este ponto de vista, a referida pesquisadora, reforça a importância da análise da estrutura social no escopo da pobreza. Postula, então, a terceira perspectiva, com um significado mais abrangente da pobreza, pois focaliza a interdependência entre o conceito científico de pobreza e as estruturas social e institucional vigente em certa época e local, denomina-a de *privação relativa*. Sob esta perspectiva, a compreensão da pobreza é definida em função do contexto social em que as pessoas vivem. Por esta ótica, a pobreza não significa simplesmente, não ter os meios necessários para agir no conjunto social em que se vive, mas o fenômeno é entendido como um estado de carência relativo a outras situações sociais com que é confrontado.

Mais precisamente, dentro da concepção de *privação relativa*, as pessoas pobres são aquelas que não podem obter suficientemente recursos e condições de vida que lhes permitam desempenhar papéis participar de relacionamentos e seguir o comportamento que lhes é esperado enquanto membro da sociedade. (CODES, 2008, p. 15).

A partir desse ângulo, a pobreza passou a ser vislumbrada pela ótica da negação dos direitos de cidadania, com isso a questão da cidadania consolidou-se no centro da discussão do fenômeno da pobreza. A pesquisadora salienta que o enfoque

da pobreza relativa⁸⁵ está associado à *privação subjetiva*, posto que esta envolve o acesso a direitos (CODES, 2008).

Na ampliação do discernimento do fenômeno da pobreza ao longo dos anos, Codes (2008) na quarta perspectiva, apresenta reflexão acerca da pobreza no campo de pensamento sobre Justiça social, sobre igualdades e sobre desigualdades. Sem negar a relevância dos fatores econômicos, introduz, então, a noção de *privação das capacidades* básicas e afirma que a pobreza não decorre apenas da escassez de bens, mas da capacidade de obtê-los. A partir desta concepção, outras são atreladas, como a noção de bem-estar, de nutrição saudável, de autonomia, de qualidade de vida e da longevidade. Dessa forma, a relevância da perspectiva da pobreza pela noção da *privação das capacidades*, delinea-se no fato de que as privações são vislumbradas pelas demandas de Justiça social (CODES, 2008).

Nesse contexto, as formulações e análises sobre a pobreza, ao longo dos anos, ampliaram-se considerando a carência de renda em múltiplas dimensões associadas à problemática e incorporadas às investigações sobre o tema. A pobreza é, pois, um fato e um sentimento de múltiplos sentidos (VALLA, 2005), perfazendo na quinta perspectiva apontada por Codes (2008), a da *multifuncionalidade*. Por conseguinte, a multiplicidade de carências e penúrias impostas aos que vivem em situações de pobreza, se retroalimenta, pelo cumulativo das desvantagens vividas durante a vida, dificultando a superação de situações de pobreza.

A pobreza pela perspectiva da multifuncionalidade constitui-se num fenômeno social bastante complexo. Refere-se a aspectos materiais e subjetivos, assim como as dimensões políticas e sociais. Envolve privações de necessidades materiais de bem estar, negações de oportunidades de acesso a padrões aceitáveis socialmente, inclui relações sociais com acesso ao trabalho e à assistência - Saúde, Educação, direitos econômicos e sociais, igualdade entre os sexos, liberdade e participação política (CODES, 2008).

A caracterização da pobreza enquanto fenômeno multidimensional, em que interagem diversos fatores socioeconômicos, apesar de complexa, alerta Codes

⁸⁵ A pobreza relativa se fundamenta na ideia de desigualdade de renda e de privação relativa em relação ao modo de vida dominante, considerando não só as necessidades essenciais, mas também as vantagens oferecidas pela sociedade, entendida como uma expressão da falta de boas condições de vida Silva (2013, p. 50).

(2008), possui complicadores que dificultam a abordagem do fenômeno. Dentre elas, a impossibilidade de um indicador único que abranja todos os fatores implicados para avaliá-la, como existem indicadores sobre o aspecto econômico. Além do mais, a utilização da visão ampla da pobreza por pesquisadores do fenômeno e formuladores de políticas, corre o risco de relegar a questão da renda a um segundo plano.

A partir do exposto, a evolução da pobreza, nos últimos anos, pautada nas diferentes correntes, distingue-se da concepção da pobreza nos estudos do século passado. *Três* novos fatos podem ser relacionados a essa mudança: (a) reincidência no aceleração dos índices de pobreza, (b) persistência e o crescimento das desigualdades, e (c) aparecimento da nova pobreza (SILVA, 2013). Posto que, (a) numa escala mundial, a partir de uma tendência de declínio nos índices de pobreza nos anos 1950, 1960 e 1970, observa-se a partir dos anos 1980, um movimento de aceleração. Diferentemente, nos países em desenvolvimento foi evidente a relação entre redução dos índices de pobreza e o crescimento econômico. E, “no caso particular do Brasil, a pobreza e a desigualdade social vêm apresentando uma tendência declinante, sobretudo a partir de 2003” (SILVA, 2013, p.23). Além do mais (b), a literatura mundial aponta a persistente distribuição de riqueza desigual entre o Norte e o Sul; entre áreas urbanas e rurais; entre homens e mulheres; entre brancos e negros, ou seja, a pobreza cresce junto com a desigualdade social (SILVA, 2013), o que leva a repercussões importantes no grupo de idosos que envelhecem em meio esses fatores de desigualdade, num país de enorme continente geográfico e desigualdade social.

No surgimento do que vem sendo denominado de (c) “nova pobreza”, entre os anos 1980 e 1990, os pesquisadores observaram que um número expressivo de pessoas, que nunca tinham vivenciado estado de pobreza, passou a conviver com o declínio nos níveis de renda e com a deterioração nos seus padrões de vida (SILVA, 2013, p.24), o que levou a construção da expressão “nova pobreza” em oposição à pobreza tradicional⁸⁶. O surgimento de novas formas de pobreza decorre do processo de transnacionalização da economia, da reorganização da economia e da política, da tendência das indústrias e tecnologias deixarem de ser nacionais, a criatividade e a inventividade de cidadãos serão os recursos de cada nação (VALLA, 2005). Nesta

⁸⁶ A pobreza tradicional é representada pelo “acúmulo de deficiências que passa de geração a geração, afeta Saúde, emprego, Educação, nível cultural, moradia e patrimônio” (SILVA, 2013, p.53).

perspectiva, poderia ser destacado o gradual declínio do poder do Estado na regulamentação das relações econômicas e dos direitos sociais (VALLA, 2005).

O aumento do desemprego nos países em desenvolvimento, como o Brasil, está vinculado a esses diversos processos associados à Globalização, de forma que às parcelas da população historicamente marginalizadas econômica e socialmente soma-se um novo contingente de trabalhadores empobrecidos, em situação de grande vulnerabilidade social (VALLA, 2005). E o aparecimento dos “novos pobres” se relaciona com a degradação do mercado de trabalho com aumento do desemprego de longa duração e o enfraquecimento dos laços sociais que se expressa pela instabilidade do laço familiar, pela diversificação dos modelos familiares e pelo declínio relativo das solidariedades de classe (SILVA, 2013). Atinge um número expressivo de pessoas no mundo inteiro, milhões de pessoas que viviam próximo ou acima da linha da pobreza nos países do Terceiro Mundo; centenas e milhões de pessoas dos países ricos; e milhares de pessoas dos países recém-saídos do Socialismo (SILVA, 2013). A “nova pobreza” se refere a uma população cuja participação na vida econômica e social é aleatória; corresponde aos desempregados de longa duração, os trabalhadores precarizados, as famílias monoparentais, os trabalhadores sem qualificação profissional ou com qualificação desatualizada (Silva, 2013). Ou seja: “um número expressivo de pessoas que nunca tinham vivenciado estado de pobreza, passam a conviver com o declínio nos níveis de renda e com a deterioração nos seus padrões de vida” (SILVA, 2013, p.24). Em decorrência do crescente envelhecimento populacional em nível mundial e brasileiro, acrescento aos “novos pobres” as pessoas em fase de envelhecimento.

Para ilustrar, no Brasil, por exemplo, o trabalho de Santos e Corte (2007) sobre esse fenômeno contemporâneo. As pesquisadoras entrevistaram pessoas entre 59-82 anos, que durante a sua vida adulta tiveram uma situação econômica num patamar elevado, mas em decorrência dos fatores apontados e da aposentadoria passaram a vivenciar o empobrecimento durante o processo da velhice. Concluíram que o impacto da perda da condição socioeconômica repercutiu de forma diferente nessas pessoas, dependendo do tipo de trajetória de vida⁸⁷ que cada uma construiu,

⁸⁷ Nesse contexto, “trajetória de vida” entendida como o “conjunto de eventos que estrutura a vida de uma pessoa, influenciada, em maior ou menor grau, pelas informações que perpassam a sociedade moderna como, por exemplo, a idade média para casar, para ter filho, para se aposentar” (SANTOS e CORTES, 2007, p. 124)

mas em todas houve consequências quanto à saúde física, emocional, às relações familiares e sociais.

Na minha observação clínica como médica e na observação participante como pesquisadora, vislumbro o aparecimento da “nova pobreza” cada dia mais presente na vida das pessoas idosas que, além de não se terem preparado para o envelhecimento nas diversas facetas biopsicosociais, não vislumbraram a possibilidade do empobrecimento como um fato real em suas vidas. Com isso não buscaram formas de prevenção para um envelhecimento saudável nem de proteção financeira que lhes assegurasse o envelhecimento bem sucedido.

Utilizo-me dos depoimentos de idosos em minhas observações de campo durante os atendidos no ambulatório de geriatria do hospital do servidor estadual, em São Luís. As pessoas idosas, que estão vivenciando o empobrecimento como “nova etapa de vida”, necessitam expor este fato “como justificativas” antes mesmo de apresentarem as queixas clínicas: “Vim me consultar num hospital público pela primeira vez”; “A senhora sabe vim para experimentar, a televisão está dizendo que está bom”; “Estou aqui só enquanto acerto meu convênio, deu um probleminha”; “Vim para esse atendimento, pois deixei de pagar meu convênio, muito bom por sinal, devido a um problema de família; minha filha se separou, o meu genro não ajuda em nada, ela não teve sorte de uma boa colocação, então, estou pagando a faculdade particular de meu neto; ele é tudo para mim; deixei de pagar meu convênio por um tempo, para ajudar os meus”.

Com base nessas falas, parto do pressuposto de que a queda no nível socioeconômico das pessoas idosas (que durante a vida adulta vivenciaram condições financeiras suficientes para atender a suas necessidades) gera sentimento de negação do processo de empobrecimento, fato que acaba por agravar ainda mais o impacto sofrido diante da nova condição em suas vidas. Muitas vezes, por vergonha, outras por sensação de inferioridade social e até mesmo pelo desconhecimento dessa nova condição socioeconômica. Essas pessoas, ao tomarem essa atitude, dificultam o tratamento clínico, a interação com os profissionais e com as outras pessoas idosas participantes do programa, a aderência ao tratamento, a convivência conjugal, familiar, social. A temporalidade, imbuída nas falas, demonstra a incapacidade de adaptação das pessoas idosas aos eventos, por não vislumbrarem formas de reinvenção das condições da própria vida e da sua família, impedindo a realização de novos projetos.

A esse fenômeno “nova pobreza” cumpre relaciona-lo com estudiosos que remetem à “nova velhice”, como **Negreiros (2003)**. Para esta autora, nesta fase, outros medos, novos medos ensaiam mostrar sua cara, entre eles o temor de empobrecer e baixar de padrão econômico-financeiro. Na pesquisa realizada pela psicóloga, destaca ela o caso de uma economista de 58 anos. Com esta idade já começava a ser pressionada para se demitir ou aceitar propostas de negociação para aposentadoria. “Não tenho medo de envelhecer, o que me apavora, é empobrecer” (**NEGREIROS, 2003, p.9-10**). Sendo assim, essa parcela da população idosa ficará mais propensa a desenvolver sentimentos e atitudes negativas, a se tornarem refém das medidas inglórias para se manterem jovens, ativos, produtivos e não envelhecer.

Assim, tornam-se vítimas em potencial de várias formas de violência, que permeiam os processos de envelhecimento, configurando uma expressão da violência estrutural. No contexto do Capitalismo cabe destacar a violência estrutural, embutida à pobreza estrutural, em suas configurações contemporâneas, como expressão social das condições apartadas no tempo presente.

A rigor, a expansão sem limites do capital gesta uma precariedade estrutural do trabalho atingindo os mais diferentes segmentos das classes trabalhadoras, de diferentes formas e com níveis distintos de intensidade. Tem-se um processo de universalização da condição de proletariedade (**ARAÚJO; 2009**). Considerando o foco analítico do presente trabalho a incidir nas pessoas idosas situadas no contexto da pobreza, impõe-se pensar as expressões do ser pobre, vivendo, hoje, a experiência da pobreza no contexto do chamado Capitalismo Global. É fato inconteste que a pobreza, nesta nova temporalidade do Capital, assume dimensões peculiares a exigir uma atualização e ampliação conceitual.

Incidindo-se o olhar no Brasil Contemporâneo, a pobreza tem manifestações peculiares, que apontam para a condição de “viver nas margens”, nas “periferias da vida social”. Neste sentido, **Carvalho (2013)** circunscreve dimensões peculiares desta pobreza contemporânea que permeiam a inserção no trabalho, o acesso às Políticas Públicas nas condições do viver, e o cotidiano imerso nas margens. Assim, delimita como marcadores do ser pobre em tempos contemporâneos:

a) inserção precária no mundo do trabalho, sem acesso ao mercado laboral com garantias e direitos trabalhistas, envereda na complexa teia da economia informal;

b) precariedade de vida com acesso restrito e limitado aos bens e serviços na satisfação das necessidades sociais do bem viver;

c) consumismo como forma de existência social, afirmando identidades pela posse das quinilhariarias da mercantilização, signos do sucesso;

d) inserção no contexto das violências, como banalização da vida (CARVALHO, 2012, 2013).

Essa nova configuração da pobreza perpassa o universo das velhas e velhos constituinte do universo de estudo desta pesquisa.

3.2. Violência Estrutural-Social contra a Pessoa Idosa: expressão da pobreza estrutural

A violência estrutural, tão presente no cotidiano da população, é fruto do modo de produção capitalista e das relações sociais que se sustentam nele. Constitui-se, portanto, num conjunto de ações que se produzem e se reproduzem na esfera da vida cotidiana da população. Caracteriza-se pelo destaque na atuação das classes, grupos ou nações econômica e politicamente dominantes, que se utilizam de leis e instituições para manter sua situação privilegiada, como se isso fosse um direito natural (SILVA, 2008). Apesar de estar na base da produção das outras formas de violências, frequentemente passa despercebida pelo senso comum como ação violenta, além de ser pouco discutida pelos estudiosos e pesquisadores.

A violência estrutural se materializa envolvendo, ao mesmo tempo, a base econômica por onde se organiza o modelo societário - a estrutura e sua sustentação ideológica - a superestrutura (a política, a cultura, entre outras). E assim se configura:

Uso da força, não necessariamente física (ainda que não se abdique dela quando necessário), capaz de impor simultaneamente regras, valores e propostas, quase sempre consideradas naturais, normais e necessárias, que fazem parte da essência da ordem burguesa, ou seja, formam sua natureza (SILVA, 2009).

Resultante da presença e das manifestações conjuntas, nessa era da Globalização.

Do dinheiro em estado puro, da competitividade em estado puro e da potência em estado puro, cuja associação conduz à emergência de novos totalitarismos e permite pensar que vivemos numa época de globalitarismo muito mais que de globalização (SANTOS, 2001, p.55).

É possível afirmar, então, que a violência estrutural relaciona-se com as estruturas organizadas e institucionalizadas que conduzem a opressão de determinadas pessoas a quem se negam vantagens da sociedade, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento. Refere-se, portanto, às condições extremamente adversas e injustas da sociedade para com a parcela mais desfavorecida de sua população. Está presente, em maior ou menor intensidade, em todas as regiões do país e nos diversos grupos sociais; perpassa as várias fases da vida e se instaura nas mais variadas relações humanas, na qual todos os indivíduos são vítimas e autores a um só tempo. Todos são afetados pela estrutura social desigual e injusta, que alimenta e mantém ativos os focos específicos de violência, os quais se expressam nas relações familiares, de gênero, geracionais, étnico/raciais, de classes e no interior das instituições.

Compreender a violência estrutural nesse contexto social significa elucidar os mecanismos pelos quais o Estado, em seus diferentes níveis e poderes, restringe o acesso da grande maioria da população aos direitos básicos que lhe proporcionariam uma vida digna, ocasionando sério quadro de exclusão social.

A violência estrutural se expressa pelo quadro de pobreza e má distribuição de renda; pelo número expressivo de crianças morando nas ruas; pelos jovens sem assistência educacional; pelos adultos vivendo em péssimas condições de higiene e saneamento; pelos trabalhadores explorados em precárias condições laborais e em subempregos. Ademais, constata-se que os indivíduos que envelhecem em condições mínimas de subsistência, com saúde precária, que sustentam com sua parca aposentadoria famílias inteiras, que são explorados pelos familiares e cuidadores, que moram em péssimas condições habitacionais, que utilizam transportes públicos sem adaptação e que são atendidos por instituições despreparadas para as suas necessidades especiais. Esses fenômenos deletérios os tornam um grupo populacional de risco para também este tipo particular de violência.

O aumento da população idosa, tanto nos países desenvolvidos como nos países que estão em desenvolvimento tem acarretado desafios de toda ordem nas diversas áreas, gerando as mais variadas questões. O desafio de maior impacto sobre os indivíduos, a sociedade, os órgãos governamentais e não governamentais, as instituições sociais e científicas, decorre do aumento da longevidade num contexto de grande desigualdade social.

O acelerado envelhecimento populacional, no Brasil, nas últimas décadas, tem sérias repercussões, posto que a velocidade com a qual este processo vem ocorrendo sobrepõe-se aos problemas já existentes. Além do mais, nosso país herdou um quadro de injustiça social que exclui parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania (BARROS et. al., 2001), com uma tendência de enorme desigualdade na distribuição de renda e elevados níveis de pobreza.

No Brasil, considerando-se as especificidades de um país latino-americano de capitalismo dependente, a problemática social possui peculiaridades que se expressam nas extremas desigualdades étnicas, sociais, culturais, econômicas, políticas e de gênero, decorrentes da concentração de poder e de riqueza dos setores sociais dominantes na conjuntura mundial (Souza, 2001, p.107).

Destarte, o Brasil é um país, “cronicamente heterogêneo, cheio de contrastes, pois ao lado de um país rico, industrializado, há outro extremamente pobre. Neste último, encontra-se uma população pobre, a maioria vivendo em favelas e cortiços” (NETTO; YUASO; KITADAL, 2006, p. 265), como verdadeiros bolsões nas grandes metrópoles brasileiras. Considerou-se que “pessoas que vivem em locais com saneamento adequado, em residências limpas, com alimentação balanceada, serviços de saúde eficientes, rede de transporte coletivo que atende às demandas da população, rede de ensino competente em todos os graus, têm melhores condições de viver e envelhecer bem do que aquelas excluídas dos serviços citados” (GOLDMAN, 2004, p. 73). Além do que, a transição demográfica, no Brasil, traz

Repercussões distintas segundo as diversidades regionais e, principalmente, as sociais, através dos diferentes níveis de renda e educação da população. Essas diferenças sociais, por sua vez, levam a desigualdades demográficas, geradas pelo próprio desenvolvimento econômico e social. Assim, a transição pode trazer consequências sociais diversas, tanto na redução, na manutenção ou até na reprodução das desigualdades sociais (GIACOMIN, 2012, p. 27).

Nesse sentido, num país como o nosso, com um vasto contingente de pobres de todas as idades, com uma política de saúde caótica, com benefícios previdenciários ínfimos, com uma Assistência social praticamente inerte às mudanças sociais, a estrutura político-econômica brasileira tem gerado profundas desigualdades entre diferentes segmentos da população, associado a um forte preconceito contra as pessoas idosas. Provoca, então, o incremento da vulnerabilidade vivida pelas pessoas idosas, tornando-as um dos grupos mais atingidos pela pobreza estrutural. Por conseguinte, “a pobreza é mais dolorosa entre os idosos, pois lhes faltam as mínimas condições de sobrevivência” (GOLDMAN, 2004, p.73).

No Brasil, apenas 25% dos idosos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais. Estudos mostram que os idosos mais pobres são os que têm mais dificuldades de acesso aos serviços de Saúde; sofrem mais problemas de desnutrição, (MINAYO, 2010, p.18-19), quedas, doenças crônico-degenerativas incapacitantes; são abandonados em asilos, nas ruas ou mesmo dentro de suas casas; além do que muitos idosos envelhecem sem casa própria.

Por conseguinte, “a violência estrutural contra as pessoas idosas ocorre pelas condições de vida e pela exclusão social que diminuem os anos e a expectativa de vida” (FALEIROS, 2007, p.36-37). De modo que as desigualdades sociais tornam-se mais visíveis quando os trabalhadores alcançam a etapa da aposentadoria. Muitos trabalhadores aposentados, principalmente os mais pobres, não conseguem sobreviver com seus benefícios. Assim, os idosos com alguma condição física buscam o reingresso no mercado de trabalho, formal ou informal, quase sempre sob a forma de subemprego. Por outro lado, os idosos com alguma dependência física ou cognitiva, tornam-se um empecilho para a família, principal causa de abandono e falta de assistência dos idosos; muitas vezes não por negligência, mas pela total falta de condições de lhes propiciar o apoio de que necessitam (MINAYO, 2010).

Além do mais, ainda é muito frequente a ideia de que envelhecimento é sinônimo de dependência econômica. Esta ideia tem sido alterada, pois as pessoas idosas contribuíram e continuam a contribuir com a sociedade; ocupam cada vez mais um papel de destaque na sociedade; a partir do valor dos seus proventos – aposentadoria e/ou pensão passam a ser valorizados tanto pelos seus familiares - por contribuir com a única fonte de renda da família; como pela sociedade em que vivem – tornando-se uns dos poucos consumidores com renda fixa na localidade em que vive (GOLDMAN, 2004; BERZINS, 2003).

O IPEA lançou recentemente, fevereiro de 2013, Nota Técnica *Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas*. De acordo com a nota técnica, em 2011, 84,7% da população de 65 anos ou mais recebiam algum benefício da Seguridade Social, inclusive

pensões por morte. Além do mais, demonstra que a política de benefícios⁸⁸ ao idoso tem como um dos resultados a redução da pobreza nesta faixa da população, muito embora o objetivo maior dos benefícios seja repor a renda de quem perdeu a capacidade laborativa, salienta Camarano (2013), uma das técnicas do IPEA, responsável pelo referido documento.

Os pesquisadores responsáveis pela confecção do documento apontam as contradições das Políticas Públicas de reposição de renda pela perda da capacidade laborativa: o aumento da esperança de vida ao nascer, em contraponto com seu reduzido efeito na idade para a aposentadoria; o fato de as mulheres se aposentarem mais cedo que os homens, embora tenham uma esperança de vida mais elevada; a volta do indivíduo aposentado ao mercado de trabalho sem nenhuma restrição legal; o caráter não vitalício do Benefício de Prestação Continuada (BPC) – que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento. O benefício assistencial, ao contrário dos demais, não é permanente e devera ser reavaliado, a cada dois anos, o que, para as autoras, parece um contrassenso, já que, aos 65 anos, dificilmente um indivíduo recuperará a sua capacidade laborativa (INPEA, 2012).

Para as pesquisadoras, apesar de um dos efeitos não esperados da Política de Seguridade Social brasileira seja a redução da pobreza entre idosos e suas famílias, de um modo geral, os idosos brasileiros estão em melhor situação financeira que os indivíduos não idosos⁸⁹. “Em 2011, a proporção de idosos pobres foi de 4,8% e a de não idosos, de 16,7%. Como resultado, a tradicional relação entre envelhecimento e pobreza deixa de existir. Neste caso, o BPC e a aposentadoria rural têm exercido um impacto muito importante” (INPEA, 2013, p.27).

Nesta perspectiva,

⁸⁸ De acordo com Goldfarb (2006) a palavra “benefício” deveria ser abolida, pois reflete preconceito embutido num discurso social de exclusão, do velho problema, do encargo, do peso social, pois para a pesquisadora, a “aposentadoria não é benefício, mas direito adquirido ao longo de uma vida de trabalho”.

⁸⁹ Um paradoxo como parece, à primeira vista.

O governo, por meio da implementação de políticas sociais contribuiu para transformar os idosos em importantes esteios econômicos das famílias, de modo significativo as que possuem menor renda, auxiliado a melhoria das condições de vida dos velhos, mas não chegou a garantir sua inclusão na sociedade nem a efetivar ações contra a violência e a ausência de diálogo no convívio doméstico e social (FERRIGNO, 2013, p. 11).

Assim, apesar da situação considerada favorável para o idoso, muitos continuam a trabalhar para manter ou para auxiliar na subsistência de sua família, em que, pelo envelhecimento populacional cada vez mais, o idoso coabita numa família multigeracional, num contexto de desemprego estrutural, onde as baixas pensões, aposentadorias ou recursos do BPC mantêm as necessidades de sobrevivência dos componentes familiares.

Considera-se que, “a relação entre trabalho e pobreza é condição do capitalismo. Nessa estrutura, os pobres são os que têm menos acesso às políticas públicas, à aposentadoria, à justiça, às condições de saúde e envelhecem pela própria pobreza” (FALEIROS, 2007, p.38).

A pobreza estrutural⁹⁰ demarcada pela miséria e carência das necessidades básicas para a satisfação das demandas do indivíduo, associada com estruturas familiares constituídas por mulheres como chefe e provedoras da família com duas a três jornadas de trabalho; famílias formadas por casais com filhos de outros casamentos; famílias constituídas por avós e netos em razão de mudança de adultos para outro município ou cidade a procura de emprego e a estrutura social desigual e injusta das famílias brasileiras que passam por profundas transformações – “o desemprego e subemprego, a baixa de escolaridade dos jovens, a falta de oportunidade de moradia, as precárias condições dos serviços de saúde, o alcoolismo e o uso abusivo de outras drogas” (SERRA, 2012, p.115), alimenta e mantém ativos os focos específicos de violência.

Nesse contexto, as pessoas em processo de envelhecimento, alvo de preconceitos, estereótipos e mitos, em situação de fragilidade⁹¹ física e emocional,

⁹⁰ Pobreza estrutural refere-se àquela decorrente das determinações estruturais da sociedade, pela qual as pessoas são parcial ou definitivamente descartadas do mercado de trabalho e das instituições oficiais por deficiência de renda estável, de poder e de instrução que impedem sua promoção social (SILVA, 2013, p. 40).

⁹¹ Considero o conceito de fragilidade utilizado na prática geriátrica, como síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores, que resultam em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos (HEKMAN, 2006, p.926).

expostas e vulneráveis ao risco de sofrerem diversas formas de violências física, psicológica, econômica, sexual, institucional e familiar, marcadas pela forte desigualdade social e econômica da nossa sociedade, tornam-se vítimas fáceis e invisíveis de uma nova categoria analítica de violência: a *violência estrutural contra as pessoas idosas*.

O impacto social da velocidade com que se processam as mudanças demográficas na sociedade brasileira, com suas múltiplas demandas, num contexto de pobreza estrutural, tem determinado crescentes desafios ao indivíduo idoso, seus familiares e sociedade para lidar com o novo perfil epidemiológico - aumento de doenças crônicas degenerativas em detrimento das doenças infecto contagiosas, o que afetará sobre maneira a qualidade de vida desse grupo populacional e seus cuidadores. Idosos que dependem de ajuda para as atividades de vida diária (AVDs)⁹² e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)⁹³, num contexto de pobreza estrutural - pessoas envelhecem sem habitação própria, em que o aluguel é um peso no orçamento, residem em habitações com péssimas condições de saneamento e insalubridade, geram desafios de subsistência.

Uma família que sobrevive com os poucos recursos do familiar idoso, gastos com assistência médica, fisioterápica, fonoaudiológica, dietético nutricional, de enfermagem, com cuidadores profissionais, medicação, curativos, alimentação, fraldas descartáveis, aparelhos de auxílio – andador, bengala, próteses; são um peso no orçamento familiar e social, considerados supérfluos e inatingíveis pelo indivíduo e seus familiares, além da dificuldade de atendimento pelos programas e serviços públicos de saúde e assistência.

Além do mais, na Contemporaneidade, a maioria das mulheres na fase adulta, cuidadoras familiares tradicionais, trabalham fora do seu domicílio, às vezes em duas ou três jornadas de trabalho, o que dificulta ainda mais o cuidado com as pessoas idosas. Outro aspecto que demarco como fomentador

⁹² Constituem atos de banhar-se, vestir-se, ir ao sanitário, transferir-se, preservar a continência e alimentar-se.

⁹³ Corresponde ao uso do telefone, capacidade de viajar, fazer compras, preparo de refeições, realizar trabalho doméstico, tomar medicações e administrar o dinheiro.

de violência é a prática deletéria de alguns profissionais que atendem a pessoas idosas, de culpabilizar o idoso e seus familiares pela não assistência devida as suas necessidades. Em razão dos mitos e estereótipos vigentes na sociedade, não vislumbram a realidade do envelhecimento populacional num Brasil diverso, em condições de pobreza estrutural, onde informações simples como orientações do horário de uma medicação, são dificultadas pelo analfabetismo; a não ingestão de um tipo de alimentação impossibilitada pela falta de recursos financeiros; a marcação de um exame impossibilitada pela falta de quem possa faltar o trabalho para enfrentar longo tempo de espera no setor de marcação, dentre outros fatores.

De fato, a pobreza no Brasil expressa um formato para além da classe social. Tem “cara”, com características etno/racial, geracional, e de gênero. Recai sobre a população negra, sobre os jovens e velhos, incide sobre as mulheres. “No sistema neoliberal, a pobreza se feminiza cada vez mais, em que as mães solteiras, as mulheres sóas, as esposas separadas ou divorciadas, as viúvas, as imigrantes, as prostitutas, as trabalhadoras domésticas, as operárias não qualificadas” (MENEZES, 1999, p.233) são as que vivenciam mais intensamente a condição de pobreza e exclusão. Nas suas habitações, muitas vezes, essas mulheres convivem com marido, filho ou neto alcoólatra e usuário de drogas. Essas informações sugerem uma estreita relação entre os problemas da pobreza na velhice e o gênero feminino, ou seja, “os problemas da pobreza, na velhice, são e continuarão sendo, em grande parte, um problema das mulheres”.

Portanto, a feminização da pobreza, associada à feminização do envelhecimento, demarca mais um desafio para essas mulheres. Envelhecerem em precárias condições de saúde e condições sociais, muitas vezes com o encargo de cuidar de neto, bisneto e de outra pessoa idosa, o que dificultará os cuidados do seu próprio envelhecer, pois não têm tempo nem condições de enfrentar horas em fila para marcar suas consultas médicas; esquecem de alimentar se, de tomar suas medicações, não têm condições de praticar atividade física, nem horário para lazer e até mesmo para as atividades religiosas.

Ilustro a realidade apontada com relato de algumas mulheres idosas atendidas na minha prática diária como geriatra no atendimento no ambulatório de geriatria do Hospital do Servidor do Estado do Maranhão e no meu consultório.

Mulheres idosas cuidadoras de outros idosos, seu pai, marido ou parente idosos:

“Estou cansada e nem posso me queixar, para quem? Tenho que cuidar do meu marido, a senhora sabe o trabalho que ele dá. Agora ainda tem mais minha neta de dois anos que tenho que reparar. Meu genro ganha pouco, o jeito foi minha filha procurar um emprego para ela também, para ajudar nas despesas. Eles só chegam de noite para pegar a menina e jantam logo lá em casa, só no final de semana que dá para minha filha me dá uma ajuda, mas tem o serviço da casa dela também coitada! Só peço a Deus saúde.”

“Doutora, a senhora já imaginou, terminar de banhar ele, deixar todo limpinho, dar o almoço, botar na rede. Quando me sento para almoçar, muitas vezes a comida já fria, ele vem todo sujo, passando cocô na cara, na parede. Comer como, doutora? Isso é possível?”

“Para sair de casa, fazer as compras para ele mesmo, dou o banho, coloco-o na cama, e vou correndo, rezando para ele não se levantar, porque se cair os vizinhos ainda vão falar mal de mim, mas deixar com quem?”

“Desculpe por ainda não ter vindo trazer o resultado dos exames do meu marido, não tinha com quem deixá-lo. A senhora sabe, só sou eu, ele e o meu filho que não trabalha, mas vende tudo lá de casa, o pouco que a gente tem. A última agora foi a minha única distração, meu radinho de pilha. Quando vou receber nosso trocado meu e dele, não trago tudo para casa: distribuo um pouco na casa das vizinhas, para meu filho não descobrir em que casa eu deixei o dinheiro. Por isso tenho medo de sair e deixar meu velho com ele. Ele não presta nem para me ajudar no banho do pai.”

“Depois que a senhora terminar de olhar a mamãe, a senhora pode olhar a minha pressão? Nunca mais fui ao meu médico, fica difícil para marcar. Não tenho quem fique com ela e nem quem vá lá para mim. Meu remédio

acabou. Quando tenho dor de cabeça, fico com medo da pressão; eu tomo logo um dos comprimidos dela.”

“A senhora podia passar um remédio para mim também? Ando tão nervosa. Não como direito, não durmo bem. Mas eu não podia deixar meu irmão do jeito que ele estava morrendo à mingua⁹⁴. Tive que ir buscar ele. Meus filhos não gostaram, disseram que ele tem filhos. Sabe, senhora, não estou aqui para julgar ninguém. Ele não prestou quando novo, não pode exigir nada dos filhos agora. Mas como vou saber que meu irmão está mal tratado e não fazer nada? Agora nem posso dizer para meus filhos que estou doente, senão já viu? Eles vão brigar. Mas, o que eu sinto mais falta mesmo é da minha igreja.”

A predominância das mulheres entre os idosos, portanto, “tem repercussões importantes no levantamento de demandas por serviços e políticas públicas que possam atender aos idosos, homens e mulheres” (BASSIT, 2004, p. 139).

No cenário multifacetado da vida social contemporânea brasileira, as pessoas idosas passaram a ter visibilidade pelo Estado, pelos distintos grupos, pelas instituições sociais, pela sociedade, pela família, pela academia a partir de meados do século XX, “uma vez que deixaram o status de minoria para se constituir em um grupo social qualitativa e quantitativamente diferenciado” (ARAUJO, 2006, p. 13), no contexto de um mundo individualista e excludente, do modo de produção capitalista, circunscrito na prática do liberalismo, tendo a propriedade e a lógica de mercado como pano de fundo.

De acordo com o exposto, a “relação estabelecida entre a violência estrutural e a questão social”⁹⁵ está no fato de que “esta violência sofrida no bojo do processo produtivo tem profunda repercussão na vida cotidiana e traz consequências drásticas” (CAVALLI, 2009, p.7907) para as pessoas idosas. Portanto, a violência estrutural não poderá ser vislumbrada apenas sobre o

⁹⁴ Expressão popular, utilizada com o significado de falta do que é essencial, penúria, carência do necessário, escassez de recursos para alimentação, vestimentas, ou seja, o mínimo necessário para a subsistência.

⁹⁵ Questão social aqui relacionada com a forma de organização do indivíduo no processo produtivo, mediada por componentes históricos, políticos e culturais (NETTO, 2001, p.46).

prisma da pobreza estrutural, pelo aspecto econômico-estrutural, mas deverá ser concebida como um fenômeno de natureza econômica, psicológica, simbólica, cultural, religiosa, em que, pela multiplicidade das dimensões da violência estrutural, qualifico-a de social, concebo-a como “fenômeno social total”⁹⁶.

Por conseguinte, vários desses novos indivíduos atingem o envelhecimento num cenário de desigualdade de acesso a condições, fomentador de diversas formas de violência entre as pessoas idosas no contexto estrutural de pobreza circunscrita como fenômeno social total. A rápida mudança social, a competição econômica, o desemprego, o contingente de mulheres em empregos formais, o abuso de álcool e drogas ilícitas entre jovens e adultos, as separações e novas uniões conjugais, o envelhecimento populacional, tudo isto se une para submeter a família e as pessoas a fortes pressões. Neste sentido, a convivência diária com os determinantes da pobreza estrutural num contexto social adverso demarca a violência estrutural social.

Nesta perspectiva, circunscrevo esta forma de violência contra a pessoa idosa como *violência estrutural-social*, um tipo de violência que encarna os múltiplos determinantes de desigualdades, discriminação e exclusões no contexto de vida da pessoa em fase de envelhecimento nas multidimensões da velhice na atualidade.

2.3. Violência Estrutural-Social contra a Pessoa Idosa: estudo de caso

Como forma de expressar uma realidade concreta sobre o significado da violência estrutural-social contra a pessoa idosa descrevo representativo caso da minha observação de campo como médica geriatra com a visibilidade da pesquisadora em Políticas Públicas. Focalizo a dinâmica da família como um todo, em seu complexo

⁹⁶ O conceito de “*fenômeno social total*” remonta a Marcel Mauss (séc.XIX). Inclui uma multiplicidade de aspectos interrelacionados. O sociólogo parte da concepção de fato social de Durkheim (fato social como “coisa”, objeto a ser estudado). Introduce no conceito o aspecto simbólico, ultrapassando os limites do positivismo nos fatos sociais totais. Inclui as instituições religiosas, jurídicas, morais, econômicas, bem como os fenômenos estéticos e morfológicos. Enfim, toda a vida social se mistura e está presente no conceito de fenômeno social total, pautado em dois princípios: qualquer fato que ocorra em sociedade arcaica ou moderna é sempre complexo e pluridimensional; pode ser apreendido a partir de ângulos distintos, acentuando cada um destes apenas certas dimensões. Todo o comportamento remete para e só se torna compreensível dentro de uma totalidade, de recursos, representações, ações e instituições sociais intervêm nas mais elementares relações entre pessoas (MARTINS, 2005).

contexto histórico e social, através do relato das mulheres envolvidas com todas as suas determinações. Para tanto, subdivido-o em tópicos:

Solicitação do atendimento:

A consulta ao domicílio foi solicitada e remunerada pela filha de uma das minhas pacientes, cuja mãe foi companheira de trabalho e amiga durante longos anos da referida idosa. No contato telefônico para solicitação da consulta, a solicitante informou sobre o quadro clínico da idosa, apontou com veemência a preocupação sobre as condições de moradia, higiene em que ela vive, e mais ainda a suspeita da mesma estar sofrendo por parte dos familiares algum tipo de violência. Combinamos a consulta e, no dia agendado, a referida solicitante aguardava próximo da residência da idosa. Fomos juntas fazer a visita no domicílio da mesma. Na chegada percebi que as pessoas da vizinhança estavam às portas das casas como se todos aguardassem ansiosos pela minha presença. Fomos a solicitante da visita e eu, recebidas à porta da residência pela nora da idosa.

Condições de habitação:

Residência localizada num bairro da periferia de São Luís. Rua sem asfalto, de pedras de cantaria⁹⁷, com iluminação pública e sem esgoto aparente. Domicílio de propriedade da idosa. Morada térrea, mais alta que o nível da rua. Na entrada dois degraus bem altos, que dão para um pequeno corredor logo na entrada da casa. Paredes internas e externas da moradia sujas, com tinta descascada. Goteira no corredor de entrada. Habitação composta de sala, quarto, cozinha, banheiro, quintal. Sala com tacos de madeira, alguns soltos, janela que dá para a rua, cama de casal no meio do cômodo, uma cômoda com quatro gavetas; cadeira de macarrão⁹⁸, armadores de rede⁹⁹, foto amarelada de um homem numa moldura antiga na parede. Banheiro na área externa da casa, no quintal, composto por pia, vaso sanitário e um chuveiro, com cobertura de zinco, na porta uma cortina de chita¹⁰⁰ floral. Cozinha

⁹⁷ Pedra lavrada em forma geométrica, utilizada como paralelepípedo e em construções de edifícios ou muros. Em São Luís, no período colonial, as pedras de cantaria foram empregadas largamente na Construção civil, numa das características da arquitetura histórica de São Luís.

⁹⁸ Cadeiras de ferro confeccionada com espaguetes de plástico colorido, utilizado com frequência nas residências nordestinas.

⁹⁹ Armador de rede: gancho para prender o punho da rede de dormir, utensílio comum nas casas nordestinas; facilita a acomodação no mesmo cômodo de várias pessoas.

¹⁰⁰ Tecido de algodão com estampado de cores fortes, geralmente florais. As cores intensas servem não só para embelezar o tecido, mas também para disfarçar suas irregularidades,

pequena, teto baixo, com pia sem água encanada e sem saneamento, baldes e bacias de água limpa sobre a pia e um balde embaixo da mesma com água suja. Fogão a gás, sem nenhuma panela sobre ele, armário com três portas, preso na parede, em mau estado de conservação. Quintal pequeno, chão de cimento batido, paredes com pintura gasta e com limo, próximo da porta da cozinha pequeno fogareiro a lenha, com uma panela de arroz no fogo, panela suja de fuligem. No entrei no quarto não entrei apenas avistei através da porta, que também tinha uma cortina de chita como porta, cama de casal, cômoda, armadores de redes, sem janela e com teto baixo.

Identificação da idosa:

Mulher, 88 anos, natural da interlândia maranhense, reside na cidade de São Luís – MA, há mais de 70 anos. Solteira, teve um único companheiro que faleceu adulto jovem, ficou viúva com a idade de 25 anos, não contraiu união civil. Deste relacionamento teve um filho. Trabalhou inicialmente como empregada doméstica, mais tarde trabalhou numa fábrica de tecido em São Luís. Aposentada. Alfabetizada, não concluiu o ensino fundamental.

Estrutura familiar:

Filho: 52 anos. Estudou em escolas públicas, não concluiu o ensino fundamental. Casou ainda jovem e devido as condições financeiras, manteve-se na casa da mãe, não possui profissão fixa, atua como “biscateiro” em várias atividades braçais¹⁰¹. Dependente de cigarro e de bebida alcoólica, não há relato de uso de drogas ilícitas. Há 15 anos separou-se da esposa, deixou o domicílio materno, onde permaneceram a esposa e os filhos. Contudo durante todos esses anos “aparece de vez enquanto, passa uns dias e some novamente”.

Nora: 54 anos, fisicamente aparenta muito mais. Coursou três anos do ensino fundamental. Trabalhava como empregada doméstica efetiva, depois de casada e do nascimento dos filhos passou a ser diarista. No momento deixou de trabalhar fora de casa para poder cuidar da idosa. Faz salgados e sucos para vender nos canteiros de obras próximos da casa.

como eventuais aberturas e imperfeições. Tecido de baixo custo, muito utilizado pela população de baixa renda.

¹⁰¹ Atividade braçal: trabalho onde a pessoa utiliza o próprio corpo para realizar uma determinada tarefa.

Netos: neto mais velho, 22 anos, não concluiu o ensino fundamental, não tem profissão fixa. Há quatro anos viajou para São Paulo na esperança de conseguir emprego para ajudar a família, mas o que ganha como ajudante de pedreiro mal dá para a subsistência dele e agora da esposa e filho. A segunda neta, 20 anos, mora e trabalha “em casa de família” como babá, está terminando o ensino médio. Outra neta, 18 anos, mãe solteira de uma menina de dois anos, parou os estudos desde o nascimento da filha; atualmente, vende os alimentos que a mãe produz. A outra, 16 anos, está grávida, estuda em colégio público no curso médio, não trabalha, vende produtos de beleza nos domicílios. A neta mais nova, 14 anos, cursa o ensino fundamental. No momento da avaliação estavam todas no domicílio, a não ser a neta que não mora com elas.

Distribuição no domicílio:

Idosa, nora, três netas e uma bisneta. A neta mais velha com a bisneta dorme em redes na sala, próximo da idosa. As outras netas e a nora dormem no quarto, duas na cama e uma outra na rede.

Estrutura financeira familiar:

Aposentadoria da idosa, salário da categoria na época da avaliação - 2006, o único recurso financeiro certo para o sustento familiar. Os outros recursos dependem das vendas das refeições e dos produtos de beleza, mas elas não têm noção exata qual o valor mensal.

Condições de saúde da idosa:

Relato da doença: Os familiares relataram que a idosa não era possuidora de nenhuma patologia e que não fazia uso de nenhuma medicação de modo regular antes da doença atual. Há dois anos teve um episódio de queda na rua, próximo de sua casa, nessa época saía de casa para resolver todas as suas necessidades. Desta primeira queda sofreu fratura na perna esquerda, encaminhada ao serviço de urgência de um serviço público, foi submetida a tratamento cirúrgico. Alguns meses depois voltou a andar com dificuldade. Há 60 dias sofreu nova queda dentro do domicílio e nova fratura desta vez na perna direita, novamente encaminhada a um serviço de urgência de um hospital da rede pública; foi submetida a novo tratamento cirúrgico, deste vez ficou quase 30 dias internada com várias complicações. Desde a alta hospitalar e o retorno para o domicílio, não teve mais condições de deambular.

Exame clínico: Encontrei a referida senhora deitada no leito, acordada e reagindo aos estímulos. Respondendo às perguntas, com certa dificuldade devido à diminuição da acuidade auditiva, mas com lucidez e orientação. Diminuição da acuidade visual devido à catarata¹⁰². Passa a maior parte do tempo na mesma posição na cama ou na “cadeira de macarrão”, devido à dificuldade de quem a mobilize. Pele seca, com escoriações¹⁰³ em todo o corpo. Desidratada, desnutrida, muito emagrecida, boca sem nenhum dente, língua suja com resto de alimentos lácteos. Engasga com facilidade, por isso os familiares resolveram oferecer às refeições na consistência pastosa liquidificada, sem nenhuma orientação prévia da equipe de profissionais que a atendeu. Escaras¹⁰⁴ na região sacra, nas regiões coxo femoral¹⁰⁵ e maleolar¹⁰⁶ direita. No exame das regiões íntimas: assadura em toda a região inguinal¹⁰⁷, vaginal e anal. Contudo o que mais me chamou atenção na realização do exame da região foi à presença de um pedaço de “calça jeans” cortada como fralda, que ao retirá-lo para proceder ao exame, devido às lesões friáveis na pele em decorrência das assaduras, ocasionou laceração da pele e leve sangramento. Os familiares relataram que, quando há mais de uma pessoa em casa, conseguem tirá-la da cama e colocá-la sentada na cadeira de macarrão, e sob a cadeira colocam um urinol¹⁰⁸ o que favorece poder a idosa ficar algumas horas sem o tecido que serve de fralda. Todo cuidado ela é realizado no mesmo cômodo que serve de quarto para a mesma, a sala, onde são realizados: asseio, banho, alimentação. E, até banho de sol, pois uma vizinha disse ser bom para a fratura. A janela do cômodo abre para a rua, o que facilita a entrada dos raios solares, mas também tira um pouco da privacidade do ambiente. Enquanto eu estava na sala, procedendo à consulta e ao exame físico da

¹⁰² Catarata: lesão ocular que atinge e torna opaco o cristalino (lente situada atrás da íris cuja transparência permite que os raios de luz o atravessem e alcancem a retina para formar a imagem), o que compromete a visão. Doença comum no envelhecimento.

¹⁰³ Escoriação: perda apenas da camada mais superficial da pele (epiderme) provocada habitualmente por fricção.

¹⁰⁴ Escara ou úlcera de pressão: provocada por pressão local permanente, geralmente nas proeminências ósseas, problema frequente em pessoas, principalmente idosas, que ficam muito tempo numa mesma posição.

¹⁰⁵ Coxo femoral: articulação formada pelo fêmur e o acetábulo localizado na pelve (bacia).

¹⁰⁶ Região maleolar: região dos tornozelos.

¹⁰⁷ Região inguinal pelo senso comum virilha.

¹⁰⁸ Urinol: Aparelho utilizado em substituição ao vaso sanitário por pessoas com restrições de locomoção. De acordo com a região do país recebe outras denominações penico, bacio, vaso.

idosa, várias pessoas passaram, pararam por alguns minutos e olharam para dentro do cômodo; algumas chegaram a debruçar-se sobre o peitoril da janela.

Considerações sobre este emblemático caso da vida social:

A análise apresentada tem como referências a história clínica e social desta senhora idosa e os conhecimentos acadêmicos e científicos sobre as concepções e as diversas tipologias das violências que atingem este segmento populacional, anteriormente, abordadas. Assumo a violência como fenômeno numa visão ampla que se traduz em atos e omissões, no âmbito individual, familiar, institucional ou societal, por pessoas ou grupos, que prejudicam física, psicológica, financeiramente a pessoa idosa. No caso em questão a idosa está sujeita a situações de risco e a várias formas de violências, a saber:

a) *maus tratos físicos*: diz respeito ao uso da força física para compelir os idosos. O caso evidencia sinais fidedignos que demonstram estar a pessoa sofrendo esse tipo de violência intencional - escara, desidratação, desnutrição, má higiene corporal são considerados maus tratos físicos;

b) *negligência*: referente à recusa ou a omissão de cuidados e atenção devidos e necessários com a idosa por parte da família. No caso, pessoa de 88 anos que não tem acompanhamento médico, nem de outro profissional da equipe de saúde de forma regular. Pode ser considerado como negligência de seus familiares;

c) *abuso financeiro*: refere-se à família constituída de pessoas mais jovens que sobrevivem exclusivamente do baixo valor monetário recebido pela idosa, sobretudo pelas dificuldades financeiras das famílias em arcar com a manutenção da pessoa idosa, o que é constatado no caso em análise;

d) *abandono*: referente à ausência ou deserção dos responsáveis no sentido de prestarem atenção e cuidados com a idosa. No referido caso a nora e as netas continuam a dispensar cuidados e atenção à idosa. Demarco, neste caso, abandono do filho. Este, além de ter deixado a esposa e os filhos, abandonou a mãe em fase do envelhecimento, hoje já em estado de saúde precário, o que reforça mais a gravidade da situação.

e) *violência familiar*: modalidade de violência que se processa entre os familiares. Neste caso essa violência é intrafamiliar, ocorrida entre familiares, como um

círculo vicioso, no qual a idosa termina sendo a mais afetada pela sua situação de dependência e fragilidade;

f) *violência domiciliar*: violência própria da esfera privada, no domicílio. No caso relatado as violências quase todas ocorreram no domicílio.

Condutas:

A partir da avaliação geriátrica ampla¹⁰⁹ realizada em idosos frágeis, como a da idosa em questão, determina-se um plano de tratamento, visando à melhora das condições gerais da idosa como prescrição de medicações; orientações gerontológicas; encaminhamento para a equipe multidisciplinar, tais como profissional do serviço social, enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional; acompanhamento regular no domicílio pela equipe; acompanhamento e orientação para cuidadores e familiares. Ademais, pela identificação das diversas formas de violências, deverá feita notificação e encaminhamento para os órgãos de defesa da pessoa idosa, como a Delegacia do Idoso, o CAPVI, e até mesmo a Promotoria do Idoso.

Questionamentos, ponderações e argumentações:

Obviamente, não desconheço e nem discordo que as condutas acima elencadas estão embasadas em sólidos conhecimentos científicos e pautadas nas determinações das políticas em defesa do segmento idoso.

Contudo levanto alguns questionamentos: os procedimentos indicados dão conta das questões relacionadas à saúde¹¹⁰ da idosa? Englobam as relações complexas e diversas imbuídas na teia da violência domiciliar-familiar idosa-

¹⁰⁹ No cotidiano da especialidade médica geriátrica utiliza-se de um conjunto de técnicas e procedimentos de avaliação da pessoa idosa denominado Avaliação Geriátrica Ampla - AGA, que objetiva a identificação de um diagnóstico global do indivíduo idoso, o desenvolvimento de um plano terapêutico e de reabilitação, o gerenciamento dos recursos necessários para o tratamento e o acompanhamento a longo prazo do idoso no seu contexto. Trata-se de instrumento para avaliação multidimensional do idoso que inclui não apenas a história clínica, o exame físico e o diagnóstico, mas também as funções psicológicas, sociais, econômicas e culturais.

¹¹⁰ O conceito de Saúde há muito tempo deixou de ser simplesmente “ausência de doenças”. A definição do termo possui implicações legais, sociais e econômicas. Em relação aos idosos, a Saúde é entendida como uma medida da capacidade de realização de aspirações e de satisfação das necessidades. Desta forma está estritamente relacionada com a funcionalidade global, associada à autonomia e independência, responsáveis pela capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo.

cuidadoras articuladas com a violência social? Ou se com essas condutas inicialmente vistas como amplas e complexas, vislumbrou-se apenas a ponta do “iceberg” do emblemático caso clínico-social?

A rigor, todo o contexto das violências no âmbito familiar/domiciliar/institucional precisa ser considerado na visão estruturante da sociedade na atualidade. Ou seja: a determinação principal da violência que destaco no presente estudo são as formas estruturais de expressão de uma realidade geradora da pobreza de muitos e da riqueza de poucos, da qual a grande maioria dos idosos brasileiros são vítimas.

Por conseguinte, considero que nem sempre o que se vê constitui o todo do problema; assim, então, num sentido figurado, denomino a esse caso da vida social em questão como um iceberg. Na ponta, as violências visualizadas com mais frequência: maus-tratos físicos, abandono, negligência, abuso financeiro, violência domiciliar e violência familiar. E, no corpo do iceberg: as violências nem sempre vislumbradas, mas nem por isso de menor repercussão: violências por causas externas, violência institucional, violência estrutural e violência social. Assim, temos:

1) *Violência por causas externas*: Nos últimos anos, o setor saúde introduziu o tema violências e acidentes em sua pauta. Considera que a violência não é em si uma questão de saúde e nem um problema médico típico, mas afeta fortemente a saúde do indivíduo e da estrutura familiar, provoca lesões, diminui a qualidade de vida, ao lado das doenças crônicas- degenerativas com frequência e de repercussões no segmento idoso. Neste grupo estão os acidentes e, no caso em discussão, o acidente é exemplificado pelas quedas. A primeira queda fora do domicílio na rua, relacionada com o momento da idosa independente e com autonomia, submetida a risco de quedas pelas barreiras arquitetônicas das vias públicas de nossas cidades, calçadas com desnível, estreitas, servindo de estacionamento, o que obriga aos idosos andar nas vias; repartições públicas sem acessibilidade. A segunda queda, no domicílio; a idosa com dependência parcial, necessitando de ajuda para algumas atividades da vida diária, decorrente da seqüela da primeira queda, nesse caso pelas barreiras arquitetônicas no domicílio dos idosos, impostas por escadas, desnível no solo, tapetes soltos, iluminação insuficientes, sem adaptações para a nova condição física do idoso.

2) *Violência institucional*: Demonstrada pela falha nos cuidados e atenção das instituições públicas de prestação de serviço de saúde. Neste aspecto, merece

destaque a dificuldade para marcação de consulta e exames, fazendo com que as pessoas envelheçam sem acompanhamento, sem tratamento das patologias pré-existentes como a osteoporose.

Com relação às Políticas específicas voltadas à saúde da pessoa idosa, a vigilância epidemiológica tem se notabilizado por suas ações dirigidas para prevenção da violência e para a redução da morbimortalidade por acidentes, incluindo-se as quedas. A queda em pessoas idosas passou a ser encarada como uma questão de Saúde pública, pelo alto custo relacionado às fraturas de quadril e às limitações da funcionalidade como consequência do evento e de uma queda (LOUVISON; ROSA, 2012, p. 170).

Apesar das mudanças de objetivo e direcionamento das Políticas de saúde, um número expressivo dos serviços de saúde continua orientado com ênfase no cuidado agudo, descuidando da Medicina preventiva e sem programa na prevenção às condições crônicas que necessitam de manejo de cuidados continuados, mantendo o foco curativo dos atendimentos. Além do mais, apesar dos avanços na pesquisa médica e tecnológica aumentarem a capacidade de tratar doenças, o acesso a eles ainda não é universal. Assim, as instituições de saúde não focam sua atenção na prevenção de novos episódios de quedas. Como no referido caso, após o tratamento cirúrgico de uma fratura de colo de fêmur, a paciente recebeu alta hospitalar sem orientação tanto para a pessoa idosa que sofreu a queda, quanto também para seus familiares, sobre as condutas para evitar novos episódios de queda. Os estudos e pesquisas demonstram que um episódio de queda aumentará exponencialmente os riscos de novos episódios, o que se traduz num círculo vicioso de fatores de risco clínico-social para saúde da idosa no seu contexto familiar/domiciliar, contribuindo para recorrência de novas formas de violências contra o segmento idoso.

Destarte, pelo senso comum, quanto aos profissionais que atendem ao segmento populacional dos idosos e da sociedade, em geral, os indivíduos são culpabilizados, “pela situação que se encontram”, para quem a responsabilização do indivíduo, em relação ao seu estado de saúde atual, é a raiz da questão, como se a condição de vida desde a infância até a velhice, não tivesse outros fatores atrelados sem a interferência do indivíduo. Pois,

Na prática, os hábitos apontados como principais fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis¹¹¹ são influenciados pelo contexto sócio-político-econômico em que as pessoas vivem, pelo salário que recebem, pelas condições de trabalho que têm, pelo tempo livre de que dispõem e pelos [precários] serviços de saúde e educação a que têm acesso(..) Entretanto, a limitação dos estudos epidemiológicos em apreender a complexidade da realidade não pode servir para que se omita a influência do contexto social na produção de saúde (..) Quando tomamos o “estilo de vida” como principal fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis e a mera informação como um requisito suficiente para a mudança de comportamento, fazemos vista grossa ao fato de que avanços significativos e duradouros no campo da saúde só serão possíveis com a redução da pobreza e das desigualdades sociais. Assim, é mais fácil fomentar a proliferação de slogans como “atividade física e saúde”, mesmo que isso signifique negar a saúde como direito de todos e dever do Estado (FERREIRA, 2009, p.9).

No contexto da violência no âmbito das relações sociais, esta forma de atuação dos profissionais de saúde denota a *violência institucional*, e aponta para a necessidade de estratégias para vencer o preconceito desses profissionais em relação à atenção integral da pessoa idosa. Na diretriz referente à assistência, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, “não explicita, mas aborda tangencialmente a violência praticada pelos profissionais de saúde” (SOUSA ; MINAYO 2010 [d], p. 2666). Para tanto, é fundamental a qualificação profissional permanente e comprometida com a qualidade do atendimento à população que envelhece, difundido o olhar geriátrico gerontológico a todo atendimento socioassistencial, independente do nível e grau de complexidade em que está inserido (BORGES, 2012).

¹¹¹ As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), doenças crônico degenerativas (DCD), doenças não transmissível (DNT), doenças não infecciosas (DNI.) São terminologias usadas para definir um conjunto de agravos que não têm envolvimento de agentes infecciosos. Resultam de fatores genéticos e uma multiplicidade de fatores, em que as principais causas incluem fatores de risco modificáveis, a exemplo do tabagismo, alcoolismo, inatividade física, alimentação inadequada, contaminação por poluentes, ocupações de risco. As DCNTs são as principais causas de morte no mundo moderno; atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Nenhuma terminologia adequa-se totalmente a explicação de todas suas particularidades de expressão, causas e evolução. A noção de DCD geralmente é associada aos problemas decorrentes do envelhecimento dos indivíduos e das populações. “Doenças essas com potencial de interferência na independência pessoal e familiar, consumo contínuo e simultâneo de vários medicamentos, assistência contínua de profissionais de saúde, familiares e cuidadores” (GORZONI; FABRI, 2013, p. 3). A visibilidade da terminologia DCNT vai além das patologias crônicas por envolver as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal; as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, herbicultura, monitoramento das doenças ao longo dos anos, atenção ao idoso), doenças mentais e deficiências intelectuais prolongadas; abrangem as violências, agressões, acidentes por causas externas. Estão mais diretamente associados às más condições de vida, urbanização desorganizada e problemas socioeconômicos que expõem grandes segmentos da população a condições de carência e demanda de consumo não satisfeito ou fatores geradores da criminalidade (BRASIL, 2006). De acordo com o exposto, assumi a nomenclatura DCNT neste contexto e a terminologia DCD na discussão do capítulo 1, sub item 1.2.

Em vista do exposto, como uma das formas de minimizar esses entraves, a partir dos princípios determinados pela VIII Conferência Nacional de Saúde, foi implantada, no Brasil, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família, visando à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), orientada pelas metas de um atendimento universalizado, descentralizado, integral e participativo, sendo pactuado, em 2006, na Atenção Básica a implantação do Programa Saúde do Idoso. De acordo com as suas diretrizes, os profissionais envolvidos na atenção ao idoso devem cumprir a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, garantindo ao segmento um envelhecimento saudável e digno; procedendo ao atendimento no domicílio das pessoas idosas; como forma de atenuar alguns desses entraves, mas em decorrências de questões estruturais de gestão, de implementação e implantação dessas políticas não atingiu a um grande contingente de idoso.

Nessa perspectiva, apesar dos avanços alcançados pela Estratégia de Saúde da Família, a imposição sobre as famílias da responsabilidade da atenção integral aos idosos frágeis, com necessidade de cuidados, quanto à alimentação, banho no leito, uso de sondas, cateteres, aparelhos de locomoção e respiração, dentre outros, implica em risco elevado de violência para ambos, idoso com necessidades de cuidados e família cuidadora. Claro que a família sempre desempenha funções básicas para garantir a sobrevivência de todos os seus membros, principalmente, das crianças e dos idosos; contudo, os dados estatísticos e estudos, realizados nos últimos anos, têm demonstrado que os maiores índices de violência e maus tratos contra as pessoas idosas se dão nas famílias.

Destarte, algumas famílias não estão preparadas nem orientadas para enfrentar o envelhecimento de seus membros, encontrando entraves e dificuldades para promover assistência e amparar os pais na velhice.

Nos últimos anos a sociedade e a família passaram por profundas modificações, que afetaram e modificaram as responsabilidades que os membros da família desempenhavam. Fatos marcantes ocorridos na sociedade

brasileira estão relacionados com a passagem do trabalho doméstico para o profissional, com conseqüente inserção crescente das mulheres na força de trabalho; dupla jornada de trabalho, posto que, a participação no mercado de trabalho não retirou a mulher das tarefas domésticas como filha, mãe, esposa, nora, dona de casa, neta, sobrinha, afilhada, cuidadora; família extensa substituída pela família nuclear; pluralidade de configurações das famílias; funções tradicionais desempenhadas pelas famílias – ensino tradicional e religioso, cuidado com seus membros - passam a ser desempenhas por instituições externas à família; o empobrecimento das famílias – em que apesar da tendência recente do declínio dos índices de pobreza no Brasil, ainda existe uma parcela significativa de famílias brasileiras vivenciando condições de pobreza. Ademais, vem se verificando a coabitação dos membros da família por mais tempo e, conseqüentemente, a convivência entre gerações. Na realidade, são ampliados fatores de risco para as violências em toda sua magnitude e tessitura a todos os seus membros, principalmente, sobre as mulheres de todas as idades, destacando-se as mulheres idosas.

Nesse contexto, a preocupação com as pressões que pesam sobre a família do segmento idoso apareceu no relatório da Assembleia da ONU, em 1982, e tem perpassado todas as Políticas de Atenção ao Idoso. Por conseguinte, a responsabilização extrema da família deverá ser considerada, com atenção, tendo-se em vista o contexto da pobreza estrutural e vislumbrada, também, como uma tipificação de violência.

Nesse ponto demarco as outras duas violências que estão no corpo do iceberg, a saber, a violência estrutural e a violência social. Entendo por *violência estrutural* a que decorre da própria estrutura da sociedade, evidenciada pela desigualdade social, naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação. Já *violência social* decorre do processo de não reconhecimento do idoso como sujeito de direitos, devendo ser discutidas e pensadas com maior intensidade.

A discussão do caso emblemático apresentado a partir desses dois tipos de violências permite desvendar as determinações estruturais na sua trajetória de vida com repercussões no contexto social na atualidade.

Família chefiada¹¹² e constituída exclusivamente por mulheres, em que as questões prementes vão passando de geração em geração. Realidade estudada, discutida e analisada por Melo (2005), para quem a pobreza no Brasil tem “cara” com forte peso imputado pela questão de gênero¹¹³, constituindo-se na “feminização da pobreza”, fardo pesado “ser mulher e ser pobre” neste país.

A discussão da violência sobre o prisma de gênero tem levantado questões específicas da vida das mulheres, que os dados estatísticos nem sempre revelam ou mesmo ocultam como o trabalho não remunerado. Este constitui um conceito central na lógica feminista para analisar a pobreza numa perspectiva de gênero. Fundamental fazer-se esta imputação porque isto desvenda a importância do trabalho doméstico no cuidado do domicílio e das crianças, idosos e enfermos que são majoritariamente realizados pelas mulheres. Como essas atividades não são intermediadas pelo dinheiro, com seu *locus* fora do circuito mercantil; portanto, trabalho invisível, sendo as pessoas, principalmente, “as mulheres que se ocupam destas tarefas, muitas delas, desvalorizadas socialmente” (MELO, 2005, p.9-10). Analisar esses aspectos do trabalho feminino é importante para o estudo da pobreza, porque nas famílias pobres sua realização implica em mais trabalho e sofrimento para essas mulheres.

Além do mais, a dificuldade de ingressar e se manter na escola, de cursar um curso profissionalizante, a gravidez na adolescência, a responsabilidade de criar sozinha, os filhos, o trabalho em condições insalubres, sujeitando-se a subempregos e empregos sem importância na cultura social, à responsabilidade com as despesas da família, são situações vivenciadas no cotidiano das mulheres. Aspectos que focalizam a violência com base na pobreza estrutural em que às condições socioeconômicas vão passando de geração em geração: a dificuldade de profissionalização, a gravidez

¹¹² Família definida pela metodologia do IBGE, em que “fazem parte a pessoa de referência (anteriormente denominada chefe de família), cônjuge, filhos, outros parentes” (MELO, 2005, p. 11).

¹¹³ Devido às transformações ocorridas, pela luta anônima de milhares e milhares de mulheres que modificaram o cotidiano feminino, “rompeu-se o paradigma biológico relativo às diferenças entre sexos, não mais de origem apenas biológica, mas de caráter social e cultural, como questões de gênero” (MELO, 2005, p.5).

prematura, o abandono pelo companheiro, à chefia do lar com sua força motriz de trabalho braçal. A baixa escolaridade das pessoas que viveram no Brasil no século passado e hoje vivenciam a velhice, também considerada por alguns pesquisadores como um dos fatores determinantes da ausência do protagonismo da mulher idosa. Em que,

As manifestações ou expressões da questão social, na forma da discriminação contra negros, na questão de gênero, na fome, na miséria, na falta de emprego, são consequências de uma violência estrutural. Por isso, o sujeito, antes de cometer uma violência, já é anteriormente violentado, quando não tem acesso a educação, saúde, trabalho e outros direitos fundamentais à sobrevivência (CAVALLI, p.8).

Desta forma, as desigualdades do processo de envelhecimento devem-se, basicamente, às condições desiguais de vida e de trabalho a que as pessoas estiveram submetidas no curso de suas vidas. Assim sendo, o sistema de saúde precário impedirá que muitas mulheres, durante a sua vida produtiva, tenham tempo para cuidar de sua saúde, pela dificuldade para marcar consultas, fazer exames, receber as medicações. Envelhecerão, por conseguinte, com sequelas de algumas doenças crônico-degenerativas incapacitantes, a exemplo da osteoporose, que muitas vezes já é diagnosticada pela sua consequência - a fratura. Neste aspecto, as consequências da fratura não são apenas clínicas, mas também, estruturais sociais, para quem a aquisição de um pacote de fraldas descartáveis¹¹⁴ é um artigo de “luxo” que pesa sobre o orçamento familiar.

Sobre este pano de fundo social, a visibilidade de Políticas Públicas para um referido grupo populacional como avanço, no contexto da desigualdade social, não denota a real situação. Apresenta medidas pontuais, focalizadas e fragmentadas às expressões multifacetadas da questão social. Assim, a criação, a implantação e a implementação de políticas que permitam avançar na integralidade e que ao mesmo tempo se debrucem sobre as necessidades e vulnerabilidades de determinados grupos populacionais, considerando-se as desigualdades de gênero, raça/etnia, intensificadas nos extremos do curso da vida, constituem ingente e preocupante desafio.

¹¹⁴ A partir da Portaria nº 3.219, de 20 de outubro de 2010, a população passou a ter acesso a fraldas descartáveis geriátricas através do programa "Aqui Tem Farmácia Popular", originalmente criado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 do Ministério da Saúde.

Além do que, com o envelhecimento as pessoas portadoras de doenças degenerativas acumularão complicações e sequelas de patologias de base ao longo da vida, com repercussões importantes na qualidade de vida, diminuição de autonomia e independência, num contexto social excludente de desigualdade e pobreza. Destarte, a violência contra o segmento idoso deve ser contextualizada e compreendida a partir da lógica do sistema capitalista e a teia das mediações intergeracionais, em que “na nossa sociedade capitalista, culturalmente, quem envelhece, em geral, convive numa espécie de ‘*apartheid* social’, condicionados a viverem a margem da sociedade” (PAZ, 2012, p. 64).

Estudos teóricos e empíricos aprofundam a explicação da violência contra a pessoa idosa numa sociedade como a nossa, intrinsecamente ligada ao sistema produtivo, tendo as questões relacionadas com a pobreza e as questões sociais afetando as relações sociais em suas múltiplas e diversas expressões, na visão de Rodrigues (2006) e Paz (2012), como *morte social*¹¹⁵. E, para Martin (2009) e Pessini (2006), o termo na discussão da morte¹¹⁶ deve ser ampliado para *eutanásia social*.

A rigor, como a estrutura econômica e social não está preparada para enfrentar as mudanças demográficas, que atingem os países da América Latina, como o Brasil, “existem altos níveis de pobreza, pequena cobertura de aposentadorias e pensões, proteção social insuficiente e estruturas tradicionais de apoio familiar em deterioração” (PESSINI, 2006, p.296-7).

A partir de novas pesquisas junto aos idosos, em que os principais problemas citados foram à pobreza e as várias formas de violências - abuso, maus-tratos, discriminação, negação de direitos civis e econômicos, ausência de interesse do governo pelo envelhecimento populacional -, para este conjunto de situações

¹¹⁵ Morte Social: total isolamento é a completa ausência de relacionamentos interpessoais e a impossibilidade ou a perda da capacidade de estabelecer relações significativas com outras pessoas. Isso acarreta isolamento e solidão (RODRIGUES, 2006, p. 35).

¹¹⁶ Os autores que estudam a morte sob o compromisso da defesa da dignidade da vida humana. Para Martins (1998, p. 172-3), “enquanto a *eutanásia* se preocupa prioritariamente com a qualidade de vida humana na sua fase final, eliminando o sofrimento; a *distanásia* se dedica a prolongar ao máximo a qualidade da vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo”. Pessini (2006, p.30) chama atenção afirmando que, nesse terreno polêmico, é imprescindível ter clareza conceitual, pois a eutanásia corresponde à abreviação da vida, a distanásia ao prolongamento da agonia, do sofrimento, corresponde ao adiamento da morte. E, entre esses dois extremos, atitudes que promoverão a morte digna, denominada por alguns bioeticistas de *ortotanásia*.

chamado de *eutanásia social*, Martin (2009) amplia a terminologia por outra que considera mais ampla, complexa e apropriada: a *mistanásia*. Na visibilidade de uma morte com repercussões importantes no contexto da pessoa que vivencia expressões decorrentes da pobreza estrutural com todos os seus determinantes. No âmbito da grande categoria de *mistanásia* focaliza três situações:

Primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos, não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; *segundo*, os doentes que conseguem ser pacientes para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico e, *terceiro*, os pacientes que acabam sendo vítimas de má-prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos (MARTIN, 2009, p. 03).(grifos meus)

Na extensa investigação e discussão sobre o assunto da morte, Gurgel (2008), denota que a morte deverá ser compreendida como um acontecimento social notadamente marcada pelas desigualdades sociais. Para ele a *mistanásia* refere-se, então, “a mercantilização da morte nos países capitalistas periféricos, onde a morte tem mostrado a sua face mais cruel” (GURGEL, 2008, p.157). Amplia o significado da questão para a morte que ocorre nas ambulâncias no longo caminho das cidades do interior para os hospitais da capital do Estado, numa questão eleitoral; da morte que ocorre nos corredores dos hospitais, em precárias condições de alojamento, pela falta de leito, ou de leitos em péssimo estado de conservação; ou ainda, de infecção generalizada por falta de cuidados adequados (GURGEL, 2008, p.157). O pesquisador reporta-se também à morte em condições pautadas pela pobreza estrutural, “morrer em um quarto escuro no fundo do quintal, à mingua, em uma cama velha ou esteira de palha”. E até mesmo a morte na rua, dos indivíduos sem teto, por isso mesmo, invisível para sociedade, “vítimas das mais diversas classes de violência” (GURGEL, 2008, p. 157).

Evidentemente, tanto Martins como Gurgel não se reportaram exclusivamente às pessoas idosas: suas hipóteses referem-se às questões éticas e morais do atendimento médico em toda sua tessitura. Contudo, imbuída pela descrição do caso clínico-social relatado, amplio a terminologia *mistanásia*, abrangendo as pessoas que envelhecem num contexto de pobreza na sua acepção de multidimensionalidade.

Nesta perspectiva, considero que as violências que atingem velhas e velhos, tal como numa epidemia, afetados pela estrutural desigual e injusta, refletem o aprofundamento ou a intensificação da visibilidade da violência estrutural no âmago das relações sociais, estudadas e vislumbradas por várias vertentes de pesquisas.

Tendo como característica essencial o fato de ser travada em nível das relações sociais, na visibilidade da violência como fenômeno social que se inscreve nas relações sociais e em suas manifestações específicas, mantendo ativos os focos de violência, os quais se expressam nas relações de gênero e de gerações. A Isto implica pensar a violência em sua complexidade como fenômeno social total. Demarco-a como uma nova categoria analítica a *violência estrutural social contra as pessoas idosas*.

4 Capítulo 3: VIOLÊNCIA ESTRUTURAL SOCIAL CONTRA A PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DE SÃO LUIS-MA: adentrando em distintos cenários de vida

A violência estrutural social consubstancia as desigualdades e apartações fundantes na civilização do Capital onde se hibridizam as formas de dominação capitalista e os modos de domínio do neocolonialismo, nos marcos do gênero, da etnia, da geração, da orientação sexual, das opções religiosas, dentre outros marcadores¹¹⁷. Assim, é esta uma violência estruturante que se expressa na pobreza atingindo um amplo segmento de velhas e velhos, a partir do seu próprio lugar social, circunscrito pelo seu pertencimento de classe articulado às dimensões de etnia, de gênero e de geração.

Cabe ressaltar que, nesse contexto do empobrecimento no tempo presente, as pessoas idosas sofrem diferentes tipos de violências, em uma amálgama perversa, a ser desvendada, apontando vias para a construção de um sistema de proteção social amplo e abrangente. São múltiplas violências que atingem velhas e velhos no contexto da pobreza contemporânea, considerando-se o seu próprio lugar social, em meio às desigualdades e assimetrias do mundo social capitalista em articulação com as atualizações do colonialismo.

Neste capítulo, desenvolvo a análise dos depoimentos das pessoas constitutivas do meu campo de pesquisa – velhas e velhos pobres nas periferias da vida, em São Luís do Maranhão – de modo a buscar respostas para as questões circunscritas no objeto de estudo. No trabalho de campo, mediante a discussão dos sujeitos nos grupos focais desenvolvidos nos três cenários de pesquisa - ambulatório de clínica médica, ligado à Universidade Federal do Maranhão; ambulatório de geriatria do Hospital do Servidor do Estado; segmentos de velhas e velhos pobres atendidos no meu consultório particular. Esta discussão, no contexto interativo proporcionado pelo grupo focal, efetivou-se em torno de questões centrais, temas geradores do debate: O

¹¹⁷ Sobre a hibridização das formas de domínio do Capital e os modos de dominação no neocolonialismo nas tessituras da civilização do capital, cf. Carvalho, 2013.

que é velhice? O que significa violência? Que formas de violência você conhece? Você já sofreu algum tipo de preconceito e de discriminação, por ser velha/velho? Já sofreu alguma forma de violência?

As falas e os depoimentos forneceram-me um rico material teórico, delimitando temáticas-orientadoras. Assim, na articulação teoria-material de campo, defini quatro temáticas para análise: violências dos mitos e preconceitos contra a velhice; violências da discriminação e do desrespeito às pessoas; violências no âmbito do cuidado e não cuidado aos velhos e velhas em suas vulnerabilidades; violências na vivência social das pessoas idosas no contexto da pobreza.

Com estas temáticas orientadoras, desenvolvi as análises, adentrando o material de campo, configurando, então, as quatro dimensões analíticas que estruturam este capítulo que permitem visualizar a experiência de ser velho no contexto do empobrecimento decorrente da própria dinâmica contraditória do capitalismo.

4.1. Ser velho não é defeito: mitos e preconceitos como uma das formas de violências

Historicamente, as sociedades sempre hão tendido a marginalizar seus velhos, real ou simbolicamente, como se eles, diminuída sua capacidade produtiva, tivessem perdido também a utilidade social (MOTTA, 2006, p.67-68), empurrando-os em direção à perda de todo o poder, até sobre si mesmos (GOLDFARB, 2006, p.178). De fato, é na vida cotidiana que se materializam as mais diversas expressões de discriminação, preconceitos e estereótipos para com as pessoas que compõem a população idosa, expressando a forma como os idosos são tratados pela sociedade reflete os mitos e estereótipos sobre a velhice e os velhos (BERZINS; MERCADANTE, 2012, p.9), seja pela forma em que se valoriza a juventude em oposição ao velho, seja pela forma programada em que se destrói a imagem do velho, negando-lhes oportunidades e autonomia (FALEIROS, 2007, p. 39).

As ideias preconcebidas e estigmatizantes acerca do velho, com suas múltiplas implicações, é uma violação aos direitos humanos. Constitui-se, portanto, numa das formas das violências cometidas contra a pessoa idosa.

Esse tipo de pensamento tão comum na sociedade reflete os mitos e estereótipos sobre a velhice e as pessoas velhas, tendendo padronizá-las como se existisse um personagem chamado *velho*, e não pessoas em fase de envelhecimento. Constantemente ouvem-se chavões do tipo “velho é chato”, “enjoado”, “repetitivo”, “ranzinza”; velhos são “conservadores”, “improdutivos”, “assexuados”, não gostam de “zoada”; “velho não gosta de tomar banho”, “velho fede”, “velho dorme cedo”, “comida de velho é papa” ou expressões que divulgam a imagem do “vovô” e da “vovó”, como pessoas de “cabelos branquinhos”, “sorriso bondoso”, “dócil”, numa cadeira de balanço, de coque, com rugas, de óculos, de chinelo, com roupas escuras e lisas; detentores de sabedoria, sérios, responsáveis, com atitudes ilibadas.

Ora, isso é uma forma de despersonalizar e massificar as pessoas, que deixam de ser o João, a Maria, o professor, a dona de casa, “o ser humano com gostos, preferências e hábitos, o cidadão que tem direitos, paga impostos” (ZIMEMAN, 2000, p.40-1). Passam, então, a ser visualizados como se fossem bonecos sem vida própria, verdadeiros fantoches a serem manipulados pela família e pela sociedade, que determina o “jeito de velho” e o “modo de velhos”: Aquele ou aquela que não condiz com as regras devem ser afastados sob a lei do ridículo: “Isso não é mais para a senhora fazer”; “na sua idade não dá mais”; “que é isso, mamãe? Vai procurar fazer tricô, deixa disso!”; “isso não é roupa para a sua idade”; “aonde já se viu um senhor da sua idade ainda atrás de namorada”; “deixa a cozinha para lá, mamãe, isso agora não lhe pertence mais”. Assim, as diversas formas de preconceito dirigidas às pessoas em fase de envelhecimento transformam “o *velho* em um todo, e quem é um todo não é nada”. “Em uma sociedade consumista como a nossa, o *velho* tornou-se um ser descartável” (ZIMEMAN, 2000, p. 40-1).

O preconceito expressa diferentes formas de discriminação em relação aos indivíduos, como uma forma invisível de violência, o que pode ser ilustrado pelos depoimentos das pessoas em fase de envelhecimento sujeitos desta pesquisa. A saber:

“Tenho minha casa, minha aposentadoria; é pouca, mas vivo sozinha. Faço minhas coisas, não dependo de ninguém; não quero que ninguém se meta na minha vida. Isso entristece a gente! Não estou caducando. Estou consciente. Não é para me mandarem. Sei tudo da minha casa. Mas filho

acha que porque a gente é velha, a gente está caducando. Não admito ser velha e filho querer me mandar. Filho querer tirar a gente de casa, tomar conta da gente. Isso eu não admito de jeito nenhum!” (Safira, mulher, 82 anos, desquitada, professora, costureira, GF1).

“Eu fico chateada, eu fico às vezes, né, porque às vezes eu olho uma senhora assim... bem arrumada, equilibrada, de calça, com tanta coisa, na rua sozinha. E eu que sou mais nova do que ela. E minhas filhas não deixam eu sair só. Não vou pro centro só, pro médico não vou só.. Agora não vou poder sair daqui só. Acham que eu já sou velha. Acho que é por isso” (Cristal, mulher, 74, viúva, funcionária pública aposentada, GF1).

“O que é pior para mim, eu não poder, muitas das vezes sair só, querer fazer o que quiser. Fazer o que eu gosto” (Ágata, mulher, 77 anos, viúva, funcionária pública aposentada, GF2).

Os termos designativos para *velhice*, *velho* e *idoso* sofreram transformações de acordo com a época; as culturas vigentes, a visão dos autores e pesquisadores. A partir da segunda metade do século XIX, a velhice foi tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais (DEBERT, 2004, p.14). No século XX, foi “inventada” a velhice, com o desenvolvimento da gerontologia e a criação dos centros de convivência, das faculdades abertas a esse contingente, além do estabelecimento de políticas públicas específicas (FERRIGNO, 2013, p.46).

Portanto, na década de 1960, o termo *velho* foi sendo aos poucos substituído por uma nova categoria cultural: termo *idoso*, com o intuito deste novo termo não ser carregado pela diferença social e os traços negativos do envelhecimento. Contudo, os esforços para a mudança na nomenclatura não reverteram, na mesma intensidade, em alterações políticas e sociais (KACHAR, 2003, p. 26). Não mudaram os preconceitos vigentes na sociedade. Destarte, o desenrolar das políticas voltadas para a velhice repercutiu nas formas de classificação das pessoas de 60 anos e mais: de *velhos* passaram a *aposentados*, com a criação dos sistemas de aposentadoria; de *idosos* passivos e reclusos à vida privada em indivíduos num nova e promissora etapa da vida. Tornaram-se a *terceira idade*¹¹⁸, neologismo criado para evitar a

¹¹⁸ Apesar de em alguns trabalhos e artigos os termos ou expressões: “velho”, “idoso”, “terceira idade” sejam utilizadas como sinônimos, cada um dos termos tem embutido o histórico, as questões sociais e as representações. No enfoque dos economistas, terceira idade refere-se às pessoas que já produziram e consumiram, mas pela aposentadoria, não produzem mais; só consomem; portanto, idade inativa (RODRIGUES, 2006, p. 45). A expressão terceira idade surgiu na metade do século XX, como sinônimo de um envelhecimento dinâmico, independência financeira, realização e satisfação pessoal, destacando os jovens aposentados

conotação negativa existente em “velho”, relacionando à ideia de inter-relação entre a constituição da noção de indivíduo moderno e de saberes e práticas da modernidade, e a complexidade da sociedade contemporânea; através do dinamismo e autonomia se transformaram em *seniores*¹¹⁹, pois, com a crise econômica e o desemprego dos mais jovens, os aposentados passaram a ter mais poder de consumo (PEIXOTO; CLAVAIROLLE, 2005, p.35; BARROS, 2004, p. 19).

“Ser velho não é defeito! Mas as pessoas olham pra gente, como se a gente fosse doente. Diferente!” (Coral, mulher, 75 anos, viúva, costureira, GF2)

Para os próprios velhos, a velhice está associada à deterioração do corpo, em que “o estar velho” significará perda da saúde, da beleza, do vigor sexual, da força física e mental. Por essa percepção, a velhice não é uma fase cobiçada, não é um projeto de vida: tornar-se-á imprestável, inviável ou descartável.

“Tudo que já está usado costumamos dizer que está velho. **Coloca no lixo!** Ser velho é como algo que não presta mais para nada, precisa ser descartável” (Opala, mulher, 64 anos, viúva, funcionária pública aposentada, GF2).

Na sociedade do mundo hodierno, os termos *velhice*, *velhos* e *velhas* são associados à ausência de sinais positivos ou à sua perda, acentuam os aspectos pejorativos, por associarem, a velhice e o velho a problemas relacionados com saúde/doença; com a beleza imposta por rigorosas normas vigentes; com vigor sexual, com o desempenho nas atividades físicas; com a capacidade de produzir e a aspectos relacionados a ônus e inutilidade. Assim, com termos preconceituosos são delegados as velhas e velhos como improdutivos e inativos.

dos mais velhos. Rapidamente popularizou-se por não ter a conotação depreciativa dos outros termos (DEBERT, 2004, p. 19; PEIXOTO; CLAVAIROLLE, 2005, p.36).

¹¹⁹ Expressão criada na França no início dos anos 1990, pelos profissionais de Publicidade e pelas empresas de Marketing, para designar as pessoas com mais de 50 anos, aposentadas ou não e que detêm melhor poder aquisitivo. “A expressão sênior se disseminou de tal maneira, sendo utilizado nas empresas, nas instituições públicas e em textos sociológicos” (PEIXOTO; CLAVAIROLLE, 2005, p.37).

Esta questão de mitos e preconceitos contra a velhice é explicitado na canção- denúncia escrita por uma das componentes do grupo dos Servidores Aposentados do Estado do Maranhão- AAGEN¹²⁰, que acabou tornando-se hino do referido grupo. *In Verbis*:

Ser velho não é defeito
É resistência, é poder.
Deixe esse preconceito
Vem gerenciar teu envelhecer.
Faz sua tua história bonita
Para teu neto sorrir.
Na estrada da vida
As tuas pegadas
Alguém vai seguir.
Você me chamou de **velha**
Para me discriminar.
O que você é,
Eu já fui.
O que eu sou
Você será! Será? Que será? (LOBATO, 2005)

A letra da canção denuncia a violência embutida nos atos preconceituosos a sociedade e as pessoas tratam as pessoas velhas, a velhice e o envelhecimento. Clamam às pessoas que hoje praticam tais atos preconceituosos contra os velhos, que elas serão os velhos de amanhã. Reforçam a importância do exemplo das pessoas mais velhas para as populações mais jovens. E, em forma de ironia, alertam as pessoas que vivem a juventude e o tempo de adulto, de que se a vivenciarem de forma irresponsável; talvez com essa atitude não consigam vivenciar a tão propalada velhice.

¹²⁰ Após a extinção do grupo GEN, os idosos passaram a se reunir na sede social do PAI. Constituíram uma associação – Associação dos Amigos do GEN - AAGEN.

Com o aumento da expectativa de vida, o advento da aposentadoria como direito social, o mercado de consumo, os avanços tecnológicos, a representação da velhice negativa, aos poucos, foram sendo substituídos pela imagem positiva no discurso de profissionais da área social – psicólogos, sociólogos e assistentes sociais, além dos especialistas em envelhecimento, como gerontólogos e médicos geriatras, pela sociedade como um todo e no imaginário das pessoas no percurso do seu envelhecimento, com a cobrança pelo “envelhecer bem”. Pelo exposto, quem não segue a cartilha é taxado de negligente, sem força de vontade, preguiçoso, descuidado. Trata-se, portanto, “de uma situação opressiva, semelhante à que se percebe em relação às pessoas obesas” (FERRIGNO, 2013, p.77). Ensino tão fortemente demarcado, que, apesar da pessoa idosa mencionar conhecer a conotação positiva do termo velho, na atualidade, não aceita ser chamada de velha. Prefere ser a idosa.

“Para mim, a palavra **velho tem sentido positivo**. Ser velho é como algo que não presta mais. Não eu! Eu não! Isto é a minha opinião. Eu, porém, me vejo fora disso. **Para ser sincera, eu não me sinto velha** com os meus quase setenta anos. Apenas estou mais sábia. **Eu sou idosa**, isto significa com muitos anos “idos”, e eu gosto de ser idosa, não tem para aonde correr!” (Opala, mulher, 64 anos, viúva, funcionária pública aposentada, GF2).

Assim, mesmo que a discussão na Contemporaneidade contraponha a imagem negativa da velhice, com todos os seus significados estigmatizantes e estigmatizadores, há outras concepções que apresentam uma nova proposta de envelhecer, a saber *velhice*, *velho*, *velha* continuam culturalmente com um peso negativo muito significativo no imaginário das pessoas em fase de envelhecimento.

“**Velhas** são aquelas pessoas que ficam em casa e não procuram viver a vida. Não me sinto **velha**. Meu pensamento e atitude é de uma pessoa jovem” (Cornalina, mulher, 86 anos, viúva, funcionária pública, GF2).

“**Velho** são as pessoas que ficam em casa e não procuram viver” (Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3).

Essa clara divisão do que seja velho na visão estereotipada e o idoso como contraponto, numa visibilidade mais positiva, embutido no “modelo social amplo e geral de velho, presente no imaginário social, construído pela

contraposição à identidade¹²¹ de jovem” (MERCADANTE, 2003, p. 56). Decore dos meios simbólicos – literatura infanto-juvenil, anedotas e piadas, mídia impressa e eletrônica, e até mesmo do discurso dos profissionais que atendem às pessoas idosas – poderosos instrumentos na formação e perpetuação dos mitos e preconceitos sobre a velhice.

Ensinados desde a mais tenra idade, através das histórias infantis, em que a bruxa é caracterizada por uma mulher velha, má, ranzinza, feia, corcunda, com uma verruga na ponta do nariz, com roupas maltrapilhas. E, mais: nessas histórias contadas para as crianças, há diversas gerações, a fada madrinha é representada por uma mulher jovem, boa, dócil, terna, bonita, de roupas esvoaçantes, loura e de olhos claros. Além do que, muito comum, na cultura popular, as crianças crescem ouvindo com frequência expressões repressoras e castradoras do tipo “menina não faz isso, senão a velha do saco vem te pegar”, “o velho do saco vem de noite pegar menino que não obedece à mãe”¹²². Através dessas representações da velhice, a criança cresce com temor e receio de ser esta pessoa velha, feia, suja, assustadora. Cabe aqui destacar que as pessoas que militam na Sociedade Protetora dos Animais conseguiram junto às escolas de ensino pré-escolar, que as músicas com letras incentivadoras aos maus-tratos contra os animais, como a popular “Atirei o pau no gato”, fossem substituídas por letras incentivadora do cuidado e carinho aos animais. E nós, militantes e especialistas na área do Envelhecimento, não conseguimos que as histórias infantis com conteúdos incentivadores aos maus-tratos contra as pessoas idosas, perpetuadoras do medo de envelhecer, fossem substituídas por outras que denotem a importância de todas as faixas etárias, cada uma com suas peculiaridades, especificidades e determinações.

Destarte, o indivíduo continua a ser “adestrado”, durante toda a vida, para uma visão negativada da velhice deteriorada por diferentes discursos. O discurso subjetivo e discriminatório contido nas piadas que circulam na vida

¹²¹ A construção da identidade do idoso em contraposição ao jovem, através dos elementos do corpo, do trabalho e da família, foi analisado e discutido profundamente pela professora doutora em Ciências Sociais, Elizabeth F. Mercadante, na sua tese de doutorado, intitulada “A Construção da identidade e da subjetividade do idoso”, defendida na PUC-SP em 1997.

¹²² A título de ilustração, um exemplo do tão conhecido *arquético* junquiano.

social a respeito das pessoas idosas¹²³ que abordam aspectos da sexualidade, da diminuição da acuidade visual e auditiva, das dores, da incontinência urinária, do esquecimento. A pessoa idosa é, então, motivo de chacota e de risos largos, embutidos nas expressões discriminatórias e difamatórias das piadas e anedotas. Na atualidade, rapidamente visualizado, curtido e compartilhado por um grande número de usuários através dos recursos tecnológicos do Facebook e WhatsApp.

Em outra vertente, o discurso contido na mídia¹²⁴, demarcado por expressões negativas como: “aposentado foi assassinado” ou “velhinho sofreu maus-tratos”, e, assim, por esta forma de abordagem, o indivíduo perderá a identidade. Não terá nome, não terá profissão; será apenas “o aposentado”, “o velhinho”. E mais grave ainda: texto do tipo “entre os velhos e as pessoas normais” e, por essa ideia, os velhos são tido como pessoas anormais, todos com doenças incapacitantes, necessitando de cuidados, dignos de pena, sem vez e sem voz.

Por outro lado, em contraste, outros segmentos da mídia impressa e/ou eletrônica se utilizam de demarcações fortemente positivas, em reportagens e longas matérias sobre questões do envelhecimento, vendendo a ideia de “só é velho quem quer”, “velhos com espírito de jovens”, exigindo de todas as pessoas mudanças de atitudes e paradigmas, e aí daquele que fugir a esses padrões de sucesso! Serão segregados como menos capazes e, até mesmo, culpabilizados pelo suposto fracasso. Evidentemente, os meios de comunicação não podem ser considerados como eventos causadores de violências, mas como eventos reveladores, na medida em que afetam e, ao mesmo tempo, são afetados pelo imaginário social.

Cabe destacar peças publicitárias que ora denotam a fraqueza, as dificuldades físicas, a dependência das pessoas idosas: “velha que finalmente consegue comprar um aparelho de som, chega à casa mostra para o velho,

¹²³ Sobre este assunto, as pesquisadoras Berzins e Mercadante, fizeram uma ampla reflexão sobre as piadas de mau gosto sobre as pessoas idosas e a disseminação do preconceito à velhice (BERZINS; MERCADANTE, 2012, p.7-18).

¹²⁴ Em relação à imagem construída sobre as pessoas velhas, na nossa cultura, através da mídia, a pesquisadora Kachar fez uma excelente reflexão (KACHAR, 2003, p. 32-6).

que com a mão no ouvido, grita: enh! enh!”. Ora infantilizam os idosos, “anúncio de xampu, com duas pessoas velhas dentro de uma banheira cheia d’água brincando com um pato de plástico”; ora personificam o medo de envelhecer, “anúncio de cerveja, com dois jovens correndo apavorados, perseguidos por várias pessoas velhas”. A referência ao vigor físico, à agilidade mental, a diminuição da acuidade visual e auditiva, a dificuldade para deambular, a infantilização, ao horror à velhice, trazem à tona, a visibilidade de alguns profissionais da publicidade, imbuídos da concepção da velhice, associada à decrepitude física, mental, tão comum no imaginário do senso comum¹²⁵.

Numa sociedade capitalista com o interesse na produção e consumo, que valoriza a capacidade de produzir e consumir, a Publicidade reflete os valores e (pre)conceitos da sociedade. Assim, com o envelhecimento populacional e o crescimento de idosos detentores das condições de compra, o idoso se constitui em consumidor e o envelhecimento em um novo mercado de consumo. Nesse aspecto, recentemente, começou-se a observar algumas iniciativas em publicidade e nos demais meios de comunicação de massa, de um enfoque mais respeitoso em relação aos idosos, peças publicitárias com pessoas idosas bonitas, vigorosas, atraentes, ativas. O que não significa necessariamente a mudança de discurso dos publicitários tenha a ver com as mudanças de paradigmas, em relação a uma nova visibilidade do envelhecimento.

A Publicidade revela indícios do imaginário social e da cobrança do consumo desenfreado imposto pelo capitalismo, assim, a mudança de paradigma tem mais a ver com a visibilidade de que as pessoas envelhecem com poder de compra em todas as classes sociais: velhos bonitos, garbosos, felizes, velhas arrumadas, com roupas caras e na tendência da moda, sorridentes, em propagandas de bancos, de carros arrojados, de aparelhos e utensílios de alta tecnologia, de viagens internacionais, de edifícios de apartamentos e de escritórios, de condomínios de alto luxo, de fletes em praias

¹²⁵ Todos esses textos supra, explanativos, reforçam os *Leitmotivs* da contemporaneidade, a saber: a pressa, o barulho, o sexo, a violência, a solidão, a falta de sentido de vida, as drogas, os celulares, etc.

paradisíacas, de lojas de roupas e de cosméticos de grifes internacionais, de clínicas de estética. E, também, velhos e velhas, geralmente negros, acompanhados por pessoas mais jovens, em anúncios de lojas populares de utensílios para o lar e de aparelhos eletroeletrônicos, de carros populares, de empréstimos consignados, de empréstimos específicos para aposentados, e até mesmo de planos funerários.

Os preconceitos permeiam também, sublimemente, o discurso dos profissionais¹²⁶ que cuidam das pessoas idosas. Durante o atendimento, na maioria das vezes, não são chamados pelo nome, mas de “vovô”, “vovó”, tratados por expressões infantilizadoras: “dá o bracinho”; “cadê o pezinho”. Na ideia de que toda pessoa em fase de envelhecimento possuirá diminuição de audição gritam com a mesma durante o atendimento. E, até mesmo, invisibilizam a pessoa idosa durante o atendimento, falando dela familiares e profissionais como se a ela não estivesse no recinto, tomando decisões por ela, sem ao menos consultá-la sobre se deseja ser submetida a algum procedimento ou ato cirúrgico.

Essas formas de preconceito e discriminação observada, também, no texto de folhetos, cartazes, pôsteres, distribuídos tanto nos postos de saúde, nos consultórios médicos, como nos grupos de convivência, demarcando, explicitamente, a diferença entre as expressões, com diferenciações: “velho é isso”, “idoso é aquilo”.

Esse tipo de propaganda caricaturada e ensinamentos massificados durante a vida toda são “marcados a ferro” no imaginário das pessoas idosas e recitados como uma lição bem “apreendida por elas”, perpetuando o preconceito num ciclo geracional. A saber:

“Não me sinto **velha**. Me sinto **idosa**, porque ainda me exercito, tenho prazer nas coisas que faço, ainda procuro aprender alguma coisa” (Galena, mulher, 82 anos, viúva, funcionaria pública, GF2).

“**Velho** é quando se reclama de tudo, acha tudo difícil. Mas quando se tem ainda alguns sonhos, se tem alguns objetivos para alcançar? Quando se tem amor para dar! Assim, não é **velho** ainda. Não se é velho quando ainda

¹²⁶ Sobre o preconceito embutido no discurso dos profissionais que atendem às pessoas idosas, Couto assinala os posicionamentos ideológicos, através da fala do médico geriatra (COUTO, 2003, p.110-113).

se tem amor para dar. Eu não sou **velha**, sou **idosa**” (Esmeralda, mulher, 81 anos, viúva, do lar, GF3).

“**Sou velha!** Curtindo o amor e a ser amada. Vou gerenciando o meu viver, sem apego ao passado, cheia de otimismo, com dignidade e respeito. Vivo a alegria e felicidade para chegar à longevidade. Sou uma **idosa** jovem” (Turquesa, mulher, 87 anos, viúva, funcionária pública, GF2).

“Ser **velho** é sinal que já passou, por toda juventude e chegou alegre com saúde a velhice. Velhice é ter passado por todas as etapas da vida, criança, jovem, adulto, velho. Não me sinto **velha**, eu sou **idosa**, porque ainda me exercito, tenho prazer para as coisas que faço, ainda procuro aprender alguma coisa” (Galena, mulher, 82 anos, viúva, funcionaria publica, GF2).

“Eu acho que **velho** é aquela pessoa que se isola, que reclama da **terceira idade**, que ele não tem mais condições de sair de fazer atividade física, que fica em casa vendo televisão ou então fazendo outra coisa; muitas senhoras sabe fazer crochê sabe fazer tricô, pode fazer alguma coisa. Porque há **diferença entre velho e idoso**. O **idoso** é aquele que sai em busca de melhoramento, faz atividade física pra ter uma terceira idade saudável, ele não porque eu já estou com os meus 65 anos, 70 anos estão vou ficar pra cá não é isso não a vida não acabou, não ela continua nós que temos que cuidar desse corpo aqui que eu costumo dizer que é templo de Deus saudável para que os nossos dias nós tenhamos... De Deus com vida com saúde isso é que é importante” (Bronzita, mulher, 78 anos, viúva, doméstica, GF3).

Portanto, através deste tipo de discurso empenhado em denunciar que as perdas e ganhos decorrentes do envelhecimento dependerão da trajetória de vida, das circunstâncias, das fatalidades, das experiências e escolhas, pautadas no dogma de que para viver bem o último período da vida bastará o engajamento “nesta ou naquela atitude”. Tudo isto perpetua o conceito predominantemente negativo da velhice e aponta medidas supostamente eficazes para a manutenção da saúde, soluções para o retardamento do envelhecimento, controle de todos os “males” do envelhecimento, estilo de vida que mescla otimismo e disposição pessoal, fórmulas “milagrosas”, tratamentos de comprovação científica duvidosa e medicamentos de última geração inacessíveis para a maioria da população.

Reforça-se no imaginário popular a questão da divisão entre “velho” e “idoso”, ensinada desde mais tenra idade, determinada pela sociedade como um todo, demarcada e adotada pela academia, aprendida desse cedo por todos nós. Então, a “argumentação se volta para o indivíduo. Afirma-se que, mediante investimentos de longo prazo, as pessoas podem garantir a boa qualidade de vida na velhice (NERI. 2003, p.52). Pouco se fala de soluções coletivas, institucionais, estruturais, que atinjam todas as idades, pois não se envelhece apenas cronologicamente: é um processo dinâmico, progressivo,

longo, individualizado, com várias vertentes, nos vários contextos de vida e dependente da época vivida.

A esse fenômeno, que se traduz numa atribuição excessiva de responsabilização ao indivíduo idoso por suas próprias condições de vida, Guita Debert (2004), na sua clássica obra “A Reinvenção da Velhice”, dá o nome de “reprivatização da velhice” (DEBERT, 2004, p. 14-16). Neri (2003) chama atenção para a falência do Estado brasileiro em proporcionar boas condições de vida para os seus idosos, e aponta a desigualdade social como aspecto central dessa falência. Pontos fundantes, demarcados, também, por Ferrigno (2013), para quem “após um longo período durante o qual o Estado pouco ou nada fez pelos velhos, houve um progressivo estabelecimento de políticas públicas para fins de proteção social”. Conclama o referido pesquisador que, com o advento da “economia globalizada”, pautada na “desobrigação do Estado em relação a questões sociais”, foi imputado às pessoas, em fase de envelhecimento, a ideia de que a forma de como cada um envelhece é “resultado de uma opção individual e, que, portanto, envelhecer bem é questão da vontade de cada um” (FERRIGNO, 2013, p. 77).

Destarte, responsabilizar a “velha” e o “velho” pelo tipo de envelhecimento, como decorrente do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de estilos de vida e formas de consumo inadequadas, sem contextualizar às condições culturais, econômicas, sociais do envelhecer de cada pessoa, é minimizar e (in)visibilizar a velhice abandonada, dependente, é camuflar às condições sociais do envelhecimento, sobretudo, num cenário de vida sob a égide da pobreza. Portanto, a individualização no envelhecer é uma encarnação do individualismo predominante no¹²⁷ contexto contemporâneo. De fato, é esta uma das mistificações ideológicas na civilização do Capital.

“Velhice é uma coisa muito pesada. Quando se é moço não se pensa em velhice. Se começa a fazer extravagância, muita besteira. Velhice traz tanta coisa ruim... Trabalhei muito. Não me estraguei com bebida, mas trabalhei muito....Tem coisa que quero fazer, tenho vontade de fazer, mas já não tenho forças. Vejo outras pessoas mais velhas que eu fazendo, eu não posso, me acabei trabalhando demais....” (Citrino, homem, 91 anos, casado, lavrador, GF1)

¹²⁷ Ideologia sutil e interessante em sua virulência.

A sociedade demarca o envelhecimento pela imagem exterior dos indivíduos, “como se a pessoa não fosse um conjunto de características integradas reveladoras de sua história vivida, de suas ações, experiências e valores” (KACHAR, 2003, p. 33). Novamente a individualização encarnada como autculpabilização camuflando, ou mesmo negando os mecanismos estruturais da sociedade.

“Nem sei quando comecei a trabalhar; acho que minha brincadeira era trabalhar. Desde cedo eu era invocado com comércio. Eu enchia uma garrafa com água, um litro e botava pimenta e ia vender. Depois, passei a colocar cachaça e a pimenta e vendia. Eu ia completar 14 anos, sai de casa, do interior para procurar coisa melhor. Andei por outros interiores. Trabalhei em roça. Mas tarde vim para a cidade, arranjei emprego na padaria. Tinha uma tia aqui, mas nesse tempo, as pessoas não tinham condições de ajudar. Muitas pedras carreguei! Trabalhei muito... **Não tive tempo de me cuidar, não senhora!**” (Topázio, homem, 83 anos, viúvo, comerciante, GF3)

Esta é uma expressão da questão social e, novamente, não pode ser demarcada como responsabilidade individual. O “acabar-se trabalhando” é uma manipulação das precárias condições de vida de amplo segmento social. A rigor, essas pessoas que vivenciaram durante toda sua trajetória de vida condições precárias de habitação e alimentação, sem educação; em atividades laborativas extenuantes, sem férias, sem descanso; sem oportunidades para prevenção e promoção de saúde, ao chegam à velhice, nesse contexto, embebidos pelo imaginário social e pessoal, pela ideia de doença autoinfligida, resultado desses “abusos corporais”, como os únicos geradores do envelhecimento precoce, da velhice com perda de autonomia e dependência, do envelhecimento dependente, oneroso tanto para as famílias também penalizadas pelas condições do capital, como para a sociedade, que os culpabiliza, sem a devida contextualização das suas condições de vida desde a infância.

Caracterizado na emblemática história de vida de um dos participantes da pesquisa, que insistiu em integrar o grupo de pesquisa, apesar de não ter a característica cronológica do envelhecimento, mas “pleiteou” essa participação pelas condições socioeconômicas e de saúde vigentes e pela percepção do pertencimento a este segmento populacional. *Verbum ad verbum; eipsis litteris:*

“Não tenho idade para ser velho, mas sou um velho, me sinto um velho. A vida me “acagibou”¹²⁸, não sirvo para mais nada, nem para trabalhar, vivo do que minha mãe me dá, pois nem a aposentadoria consegui até agora. Vivo doente, com muitas dores, não ando direito, minha mão não abre direito, não posso trabalhar. Era carroceiro; perdi tudo, minha carroça, meu animal. Me sinto um velho! (Pérola, homem, 56 anos, solteiro, carroceiro, GF3).

A concepção do corpo envelhecendo, implícita na expressão “acagibou”, utilizada no sentido de “Tenho o corpo gasto”, é uma expressão comum entre as pessoas que vivenciam desde a infância no cenário da pobreza estrutural em todo o seu contexto de multifuncionalidade, para além das dificuldades econômicas, dificuldade de acesso à educação, ao sistema de saúde, à moradia, ao trabalho remunerado. Em que, a dimensão da exploração capital é tão cheia de significado, imposta de forma tão perversa, que a pessoa que vivencia desde a infância, e agora envelhece sobre esse contexto, não tem a dimensão da questão, conseqüentemente, se culpabiliza pelo envelhecimento precoce em sua totalidade - biopsicosocial.

“Mas o que fazer? A culpa é minha, não me cuidava, não estudei, não assinei a carteira, não paguei o instituto, nem o sindicato. Deu no que deu!”(Pérola, homem, 56 anos, solteiro, carroceiro, GF3).

O discurso das pessoas que vivenciaram durante a sua trajetória de vida e continuam vivenciando suas etapas de existência no processo do envelhecimento, as condições de vida impostas pelas determinações do capital, deslocam a “culpabilidade” do envelhecimento precoce, do envelhecimento mal sucedido, para as condições pessoais, aumentando cada vez mais a culpa num círculo vicioso, aceitando com resignação as suas condições sociais e de saúde.

Portanto, mesmo no contexto do Capital, em que auguras da vida e as condições trabalho deixam marcas indeléveis no rosto e corpo das pessoas, o envelhecimento não é homogêneo. Para algumas pessoas a identificação com a velhice ocorrerá mais precocemente; para outras, aceitam

¹²⁸ Palavra utilizada com frequência no Maranhão. Do verbo “acagibar”, refere-se às perdas ou enfraquecimento causados por doenças ou pelas questões decorrentes das passagens dos anos.

o que o espelho lhes apresenta, um corpo envelhecido, mas negam a identificação com o envelhecimento, denotam a sensação de pertencer a um contingente de pessoa mais jovens. E novamente, trazem para eles a responsabilidade por esta ou aquela atitude em relação à velhice, sem contextualizar as condições estruturantes de sua vida.

“Posso ter **o corpo de velha**, mas a **alma é de jovem**; eu me cuido!!”
(Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3)

“Ser velho, para mim, é ser ativo, participar das atividades, **não ficar parado**”. (Coral, mulher, 75 anos, viúva, costureira, GF2)

A avaliação pelos próprios idosos sobre a sua vivência de vida, no contexto da pobreza, aponta para uma reflexão ambígua; uns com o envelhecimento em condições precárias de vida e saúde; outros com o envelhecimento bem sucedido, e mesmo esses idosos sabem que esse tipo de envelhecimento não está ao alcance de todas as pessoas e, também, que a complexidade pobreza é a raiz da violência estrutural-social.

“As minhas condições de vida financeiramente é boa. Quanto ao envelhecimento levo uma vida normal como qualquer outra pessoa, fazendo o que tenho vontade, normalmente, fazendo as coisas na medida do possível” (Sodalita, mulher, 66 anos, casada, professora, GF2).

“Mas isso não é para todo mundo” (Jade, homem, 92 anos, viúvo, contador, GF2).

A rigor, “os pobres são os que têm menos acesso às políticas públicas, à aposentadoria, à justiça, às condições de saúde e envelhecem pela própria pobreza” (FALEIROS, 2007, p. 38). Consubstanciada na fala deste idoso que coloca a questão das condições de vida, do lugar social no envelhecer, e demarca que venceu com seu durante a vida, conseguiu subir de patamar no contexto da velhice.

“Mas nem todos são assim. Há uma disparidade muito grande; **neste país o pobre é realmente miserável**. Eu, hoje, me considero dentro da classe média, mas tem tanto velho pobre sofrendo.... Falta tudo para eles. Vejo tanta coisa! Não pode dizer que velho nesse país é bom” (Jade, homem, 92 anos, viúvo, contador, GF2)

Além do mais, nascer, viver e envelhecer em precárias de vida, sob a égide da pobreza, irão impor sofrimento para quem a vivencia, sem que essa pessoa tenha a magnitude das várias formas de violência que vem sofrendo desde o seu nascimento até o envelhecimento, mantendo-se nas condições sócio estruturais da pobreza. Na sociedade capitalista contemporânea, as velhas e os velhos submetem-se de maneira diferente no tempo da aposentadoria. Em que, o envelhecimento, a aposentadoria, representa para os homens uma perda maior do que para as mulheres. No depoimento masculino o sofrimento de parar de trabalhar, de não ter mais condições de produzir, de continuar sendo o provedor da família, pela cobrança de se manter produzindo no contexto do capital.

“Para mim, agora ainda é **sofrimento**. Eu nessa cadeira, não posso mais trabalhar, fazer meus tamancos, meus sapatos. A velha também não pode com as dores nos joelhos. Alguns filhos trabalham outros não; não pude dar muito estudo para eles. Eu e a velha doentes! Apenas uma filha para cuidar; não podemos pagar ninguém para ajudar. Meu filho antes de ir trabalhar, quando tem tempo, vai lá em casa ajudar comigo, mas nem sempre ele pode. Eu já estou pesado para minha filha...” (Axinite, homem, 90 anos, casado, sapateiro, GF1)

“Eu já sofri muito. Pobre para criar 20 filhos não foi fácil, ainda um deficiente. Eu já trabalhei muito, batalhei muito, tive cuidado, para ter o que tenho hoje. Viver muito é o jeito!” (Rubi, homem, 90 anos, casado, estivador, GF1)

No depoimento da mulher velha o envelhecimento traz uma sensação de alívio de todo sofrimento, a ela impostos no contexto do Capital. Família longa, trabalho em dupla jornada, habitação sem água encanada e saneamento básico, a luta pela subsistência, no contexto de fragilidade estruturante embutida nas questões sociais/familiares; assim, envelhecer nesse contexto tem gosto de conquista.

“Hoje? Estou no céu! Não foi fácil, não senhora. Pobre, sem marido, morreu cedo. Criar um bando de filhos, com a barriga no tanque! E naquelas condições, né! Sem água, na luz de vela, ferro de brasa, fogareiro de carvão. Batalhei muito. Hoje quando vejo os lá de casa reclamar, digo: vocês tão no céu!” (Alexandrita, mulher 76 anos, viúva, lavadeira, GF3)

“Não foi fácil, não. Pobre para criar sozinha 10 filhos. Não foi fácil. Trabalhava em casa, trazia roupa das madames para lavar e passar, no ferro de brasa. Carregava água da bica. Não era como hoje essa moleza, não! Ia até de noite para dar conta de passar tudo, tinha meus compromissos. Já trabalhei muito, já batalhei muito. Hoje tô feliz, venci. Não reclamo não!” (Jaspe, mulher, 76 anos, viúva, lavadeira, GF3)

As mulheres idosas “acostumadas” com os sofrimentos de uma vida pautada pela pobreza comemoram, na velhice, a conquista de vencerem os obstáculos impostos pelo capital. Denotam que o sofrimento de envelhecer não está diretamente ligado às condições físicas e/ou econômicas, mas no receio dos mitos e preconceitos pela condição de ser velha.

“Antigamente para mim era **sofrimento**. Não importava nada! Era sofrimento de tudo, fome, estudo, trabalho. Antigamente, não respeitavam a pobreza da gente. **Hoje a pobreza da idade!!!**” (Larimar, mulher, 74 anos, viúva, do lar, GF2)

Num país como o nosso, com um vasto contingente de velhos pobres, o sofrimento resultante do preconceito e da discriminação pela condição de estar, de ser velha/ velho, não tem a ver apenas com as condições das perdas físicas e cognitivas, trata-se de algo do social, algo que é parte das marcas agressivas do tratamento que a sociedade dá a sua população em fase de envelhecimento.

A rigor, nas sociedades capitalista, pautada pelo consumismo, pela produção, por fatores culturais que idolatram o novo, o jovem, o moderno, ridicularizam o velho e o antigo; as pessoas velhas estão à margem real ou simbolicamente, como se elas, “diminuída sua capacidade produtiva, tivessem perdido também a utilidade social, fossem demasiados para participar de uma economia de bens limitados” (MOTTA, 2006, p.67). Dessa forma, a marginalização do idoso se processará no nível social, muitas vezes assumida pelo próprio velho que, não tendo condições de superar as dificuldades do envelhecimento no contexto da pobreza, se deixa conduzir por padrões preconceituosos que o colocam à margem da sociedade. A marginalização dos idosos, concretizada pelos mitos e preconceitos, ganha mais concretude no modo de produção capitalista. Além do que os preconceitos são uma das formas mais deletérias das violências impostas às velhas e aos velhos, justamente, por não ser vislumbrar como tal, e ganha novos acordes tendo a pobreza como pano de fundo, assim, pela sua tessitura, denomino-a como uma tipificação da violência estrutural-social.

4.2. (Des)respeito por parte dos jovens e a não aceitação por parte dos idosos: uma forma de expressão da violência no contexto do envelhecimento

A associação da vulnerabilidade biopsicossocial da pessoa que vivencia a velhice, com a discriminação presente nos olhares e atitudes manifestada nas diversas esferas da vida social – família, trabalho, serviços sociais e de saúde, transporte público, instituições públicas e privadas; com a não aceitação de alguns idosos em ocupar o (não) lugar social que os mais jovens lhes designam, como “abdicar da posse de bens – da casa, da pensão, dos proventos de aposentadoria, mas também de pequenos prazeres cotidianos que ter aquele ‘nosso certo’ propicia” (MOTTA, 2006, p.69), criarão diferentes formas de violência em relação ao segmento idoso, tanto a violência revelada, quanto a violência deliberadamente ocultada, ou até mesmo, a violência realizada com alguma concordância da pessoa idosa, como uma das respostas sociais a estas questões.

O envelhecimento populacional associado às profundas transformações socioeconômicas, familiares e culturais, ao desemprego, à inserção da mulher no mundo do trabalho, ao processo de coabitação permanente e/ou retorno à casa dos idosos de duas ou três gerações de descendentes, constituem locus de conflitos e de vários tipos de violências.

Nesse contexto, a pessoa idosa permanecerá com a responsabilidade de chefe de família, assumindo com seus proventos as despesas da família, oferecendo múltiplas formas de apoio, cuidados e proteção aos filhos, netos e até bisnetos. Em contrapartida, “o mínimo” que “as velhas e os velhos” exigem ou esperam, é “o respeito”. Respeito a sua autoridade de mãe, pai, avó, avô, bisavó, bisavô; respeito ao seu jeito de pensar e agir; respeito as suas tradições e culturas; respeito a sua religião; respeito as suas normas e determinações; enfim, respeito, somente por ser “velha/velho”, na sua perspectiva, detentora de ter por parte dos demais familiares “tal respeito”.

Por conseguinte, na convivência, algumas vezes conflituosa, das relações (inter) e (intra)familiares, (inter) e (intra)geracionais no âmbito do domicílio, gestadas pelas condições sociais sob a égide da pobreza, o primeiro

aspecto demarcado pelas pessoas idosas refere-se à diminuição do respeito dos mais jovens para com elas, que se sentem violentados pela falta deste respeito e isto os faz mergulhar no tempo passado, com saudades do tempo que além do poder de chefe de família (de)tinham o respeito dos outros familiares.

“Sabe, doutora, pra mim a pior coisa é a **falta de respeito. No meu tempo** os mais jovens respeitavam os mais velhos; não precisava nem ser parente: bastava ser velho, e pronto. Ajudava a gente em casa, no trabalho, na rua, em tudo, sem obrigação, pois era o certo” (Tanzanita, homem, 76 anos, viúvo, pedreiro, GF3).

A concepção de tempo, deste modo, será fundamental no entendimento das pessoas velhas, associada à abordagem sobre o respeito, que para elas deverá permear toda a trajetória de vida humana, e obedecer irremediavelmente ao movimento que se inicia no nascimento, perpassará pela juventude, atingirá a vida adulta e culminará na fase da velhice, como naturalmente e imbricado na tessitura social.

“**No meu tempo**, nem precisava desse negócio de Lei; era assim; e pronto. Tava certo! Ninguém falava nada, obedecia. Bastava ser velho **para ser respeitado**. Mas hoje?” (Rosa do Deserto, mulher, 94 anos, viúva, do lar, GF1).

Além do mais, pelo incremento acentuado do envelhecimento populacional, o espaço de tempo de seis a sete décadas entre as gerações na perspectiva individual/familiar, no âmbito domiciliar, nas condições de vida pautadas pelos mecanismos estruturantes da sociedade, constituem fontes geradora de conflitos e violências.

“**No meu tempo** era assim e pronto! Minha mãe me criou assim. Criei meus filhos me respeitando, respeitando os mais velhos, ERA PARA RESPEITAR! (num tom de voz mais elevado). Agora, hoje, o que se vê? Ninguém respeita mais ninguém? Nem neto, nem bisneto. Desde a pequena lá de casa...” (Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3).

Portanto, a expressão *no meu tempo*, utilizada por velhas e velhos, para se referir ao tempo passado, comparando-o com o tempo presente, vivenciado no agora, “traz de forma clara e contundente uma das maneiras como concebem os limites impostos pelas mudanças” (BARROS, 2004, p. 51) sociais, demográficas, econômicas, culturais, geracionais, que não possibilitam a essas pessoas em fase de envelhecimento, que os registros do passado,

destruídos pelas novas formas de relação de reciprocidade sociedade/indivíduo, possam servir de marcas de identidade destes novos tempos.

“**No tempo** da minha mãe e no meu tempo **se respeitava os velhos**. Era velho se respeitava. Dava mão, ajudava, nem era preciso ser parente! Perto de casa aquelas senhoras mais velhas todo mundo tinha respeito! Mas no tempo de hoje não se respeita ninguém!” (Aragonita, mulher, 81 anos, viúva, funcionária pública, GF3)

Posto que, “O tempo! Ah! O tempo!”, tão presente na vida das pessoas de qualquer faixa etária: “Agora não. Estou sem tempo”, “Nossa! Como o tempo passou rápido”, “Vou lá assim que tiver um tempinho”, “Ah! não fiz mesmo, não tive tempo”. No mundo capitalista, a cobrança incessante pela produção, pelo consumo, pelo sucesso, é fonte repressora e esmagadora “do tempo”, não “dando tempo” as pessoas em fase de envelhecimento de se adaptar as transformações impostas pelo “tempo” presente.

“**No meu tempo**, se obedecia, **se respeitava**. Sei que hoje tá tudo diferente, aceito muita coisa, mas **falta de respeito**, ah! Isso não!” (Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3).

Assim, cabe compreender a visibilidade do tempo que, pela proximidade do envelhecimento com a finitude, torna-se mais marcante na fase da velhice. Ninguém poderá escapar do processo natural do envelhecimento, sem experimentar a travessia. Nesta travessia do processo da vida, as pessoas passarão por constantes ciclos de renovação. E a cerimônia de renovação propicia o envelhecer individual, tão heterogêneo, dependente das questões sociais e econômicas de cada um no seu processo de envelhecimento.

Destarte, para alguns segmentos de idosos a travessia penosa de envelhecer no contexto da pobreza deverá ser, pelo menos, imbricada do “mínimo” que se constitui no sentimento do respeito de que são merecedores, tão somente, e, até, principalmente, por terem conseguido chegar a esse tempo da velhice, atravessando todas as auguras de um viver em condições “mínimas” de subsistência. Hoje, depois de toda uma trajetória de vida e

trabalho, no contexto da pobreza, esses velhos conseguiram acumular alguns bens, como uma casa para morar, possuir rendimento regular pela pensão ou aposentadoria que, ainda, que modesto, é “o certo”. Assim, por tudo isso, velhas e velhos, se acha com todo direito de ser merecedor de respeito dos que deles dependem.

“Ah! Senhora! Hummm¹²⁹! Sofri tanta coisa para chegar aqui hoje. Agora tá tudo fácil! Bom!! Vivo melhorzinha. Agora tô no céu. **Naquele tempo**, o que se tinha é diferente do que se tem hoje. Agora aceitar (des)**respeitar** pai e mãe, isso não senhora! Isso não!” (Pedra da Lua, mulher, 89 anos, casada, lavradora, GF1).

“Viver é fazer a passagem, e viver no próprio tempo, é viver consigo mesmo” (MONTEIRO, 2005, p.58 e 61). A maioria das pessoas não quer ser o velho; velho é sempre o outro, mas, em contrapartida, ninguém quer morrer novo, mesmo que passe por tantas dificuldades impostas pelas condições de “ser pobre”. Por conseguinte, quanto mais vivermos, mais velhos estaremos, o que denota aprendizagem nesse tempo de travessia, pautado pela renovação.

A vida é uns deveres que nós trouxemos para fazer em casa.
Quando se vê, já são 6 horas...
Quando se vê, já é 6^a-feira...
Quando se vê, passaram 60 anos...
Agora, é tarde demais para ser reprovado...
E se me dessem – um dia – uma outra oportunidade,
eu nem olhava o relógio.
seguia sempre, sempre em frente ...
E iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas
(QUINTANA, 2005, p. 479)

“Se eu tivesse mais tempo faria diferente”! Nesse sentido, a vida e o tempo caminham juntos. Tempo e vida são indissociáveis, a vida é moldada e limitada pelo tempo. E, é, pois, no percurso da travessia que a condução que as pessoas darão ao tempo refletirá a forma e o sentido que darão à vida, que

¹²⁹ “**Hummm**” – Trata-se de uma frase interjectiva, isolada ou repetida. É própria do linguajar maranhense. Pode ter conotação positiva, negativa, de exclamação, de espanto; dependerá da entonação utilizada pelo interlocutor. Neste caso, utilizada com conotação de descrédito a respeito de algo do fato narrado.

aceitarão as imposições, às modificações impostas não só no seu corpo determinadas pelo tempo, mas também as transformações familiares/sociais impostas pelo novo formato de vida.

“No meu tempo de criança eu respeitava meu pai, minha mãe, meus avós e tios! Ah! Tinha que respeitar o irmão mais velho! Ah! Se tinha! Hoje eu vejo como é lá em casa, mulher não respeita marido, não senhora, não querem respeitar. Menino não respeita os mais velhos, esse pior ainda. A gente fala saem fazendo muxoxo da cara da gente! Vê se pode senhora!” (Rubi, homem, 90 anos, casado, estivador, GF1)

Existem, fundamentalmente, duas formas de vivenciar o tempo da vida, como Kronos ou como Kairós. Em que Kronos refere-se ao tempo do relógio, configura o tempo em suas divisões e ordens de ocorrência de acontecimentos. É o tempo limite, opressor, devorador, referenciado em número. O tempo contável, sem escolha do sujeito, o tempo cronológico. “A marca implacável da finitude e temporalidade humana em nosso ser” (PESSINI, 2006, p. 09).

Portanto, o envelhecimento cronológico, referente à idade inclusa nos documentos de identidade de cada indivíduo. O tempo Kronos torna os dias repetitivos porque nada cria, torna os dias de espera longos e sem fim. Por isso, expressões como “no meu tempo”, “ah! No meu tempo”, “no meu tempo era diferente”. E, também expressões como “isso não é mais para mim”, “meu tempo já passou”. A repetição só corrobora a ideia de que quem é velho não tem mais o que fazer, e em contra partida, a pessoa jovem tem tudo pela frente. Na mitologia grega, Kronos castra o pai, devora os filhos, castrando-os da possibilidade de serem reis um dia. Assim, também a idade cronológica é castradora.

Meus filhos dizem: pai deixa disso, deixa a casa, o senhor já trabalhou demais, sai, vai passear, vai ver seus parentes no interior. Isso não é mais para mim, não senhora. Trabalhei muito, para criar meus filhos, eram 11. Não me estraguei com bebida, mas trabalhei. **Agora não adianta mais, para quê?** (Citrino, homem, 91 anos, casado, lavrador, GF1).

A esse tempo severo, devorador, ilusório, criado pelo homem, existe um outro tempo, não consensual, vivido e oportuno, tempo de ação, de

movimento de passagem, de mudança, tempo da história individual, demarcado pela escolha do sujeito, denominado de Kairós. Esse tempo decorre da convergência de toda a história de vida em único plano, como o tempo oportuno, de mudanças de atitudes. Nesse sentido, o tempo subjetivo é diferente do tempo cronológico, corresponde ao tempo como experiência que plenifica a vida, o tempo que abraça a vida, o tempo medido com as batidas do coração, o tempo do encontro (PESSINI, 2006, p. 10).

“Hoje não **respeitam** mais ninguém, nem em casa, nem na rua...” (Axinite, homem, 90 anos, casado, sapateiro, GF1).

O tempo sob o domínio da velhice, como o tempo da oportunidade, da reflexão, de avaliação do que ainda resta a ser cumprido (MONTEIRO, 2005, p. 61). O tempo da velhice tão propalada pelos meios de comunicação de massa, ensinada pela cartilha dos profissionais que atendem as pessoas em fase de envelhecimento, o envelhecimento bem vivido, o envelhecimento embutido na terminologia de “melhor idade”, como sinal de dinamismo e diversão. “Esse sim sabe aproveitar o seu tempo”, “Não sou velho, sou da melhor idade”.

Discorri na seção anterior sobre as violências impostas às pessoas velhas pelos mitos e preconceitos incutidos, nas terminologias estruturadas pelas determinações sociais com a intenção de substituir o termo “velho”, carregado de inquietudes e temores, como “terceira idade” e “melhor idade”, socialmente construída para demarcar um novo tempo do envelhecimento. A rigor, a mudança de terminologia por outras com a intuito de não segregar as pessoas em fase de envelhecimento, além de não ter conseguido este intento, não atende a todas as pessoas idosas. A pauperização caracteriza o envelhecimento nas sociedades capitalistas, com seus determinantes do desemprego, do subemprego atingem proporções alarmantes as pessoas de outras faixas etárias, sobretudo, os mais jovem, associado a universalização das aposentadorias e da pensão na velhice, garantiria aos idosos direitos sociais dos quais é excluída a população de outras faixas etárias. O tempo

vivido no contexto da pobreza, pelas condições do envelhecido mal sucedido, não poderá ser denominado de “melhor idade”.

Tenho um filho de 45 anos, ele bebe muito, vivo aconselhando ele. A vida é uma só, não se pode perder tempo.... Velhice traz tanta coisa ruim... Penso muito na minha esposa, sadia, trabalhadora, hoje tem 71 anos, deitada numa cama... Boa pessoa, sempre honrada, cuidou dos filhos dela e dos meus... Sempre cuidou de tudo... E **agora eu olho ela desse jeito!!** (Citrino, homem, 91 anos, casado, lavrador, GF1).

Além de assumir contornos diversos conforme a época e o lugar, “a relação entre indivíduo e a sociedade esbarra na ênfase diferencialmente atribuída a cada um dos termos da equação” (ALMEIDA, 2005. p.95). Numa sociedade, como a brasileira, moldada pelas questões colonial escravista, marcada pelo predomínio do espaço privado sobre o público, centralizada na família tradicional, “fortemente hierarquizada em todos os seus aspectos: nela, as relações sociais e intersubjetivas são sempre realizadas como relação entre um superior, que manda, e um inferior, que obedece” (CHAUI, 2003, p. 8). Esta hierarquia está embutida no imaginário das pessoas, a obediências às determinações das normas vigentes entre os seus pares. Por esta perspectiva, o respeito não mais dos jovens pelo velho, mas do velho pelas determinações estruturantes da sociedade, que exige, cobra, violentamente, uma conduta, uma norma de como ser velha/velho na sociedade com todas as suas determinações impostas pelo Capitalismo.

“Sou 100% velha, pois me **comporto como tal**” (Turquesa, mulher, 87 anos, viúva, funcionaria publica, GF2).

“Ser velho é entender **seu lugar**, sua posição na família, na sociedade” (Aventuina, mulher, 74 anos, viúva, educadora, GF2).

Se comportar como velha? Seu lugar? Qual o comportamento esperado dos velhos na sociedade? Qual o lugar que cabe aos velhos na comunidade?

É no contexto da cultura individualista e da institucionalização do curso da vida que as crises de idade e de conflito de relações intergeracionais ganham sentido, e a nossa sociedade constitui-se num dos exemplos mais

extremados de modelo fortemente centrado no indivíduo (BARROS, 2004, p.45; ALMEIDA, 2005. p.95). Assim, muitas pessoas em fase de envelhecimento “não se conformam com a perda do poder”, decorrente da perda do status social, dos velhos, nas sociedades capitalistas, que de eram detentores nas sociedades tradicionais como transmissor de sabedoria e experiência entre as gerações no contexto familiar, pois com a industrialização e o avanço tecnológico as pessoas mais jovens prescindiram dessas informações valiosas, o que teria “quebrado as relações estreitas” (DEBERT, 2004, p. 16) entre as gerações.

“Ser velho é ter **bagagem da sua vida ativa e produtiva**, experiências, expectativas de sonhos e esperanças. Velhice é a fase da vida que tem que ser vivida com sabedoria, dignidade e amor. É a fase conclusiva da vida por isso tem que ser vivida intensamente!” (Turquesa, mulher, 87 anos, viúva, funcionaria pública, GF2).

O século passado foi caracterizado por profundas transformações histórico-culturais, dentre elas, mudanças na família e na velhice. De fato, afirma-se, de forma dominante, a família, “não mais convencional, decorrente de arranjos, rupturas e suturas diferentes na dinâmica da sociedade moderna – divórcios, rearranjos conjugais, filhos advindos de relações matrimoniais diversas” (FALEIROS, 2009, p. 68). Cabe ressaltar, na família tradicional como no âmbito das novas configurações familiares, o encontro entre gerações não ocorre de forma linear, mas num quadro familiar social de interações, palco de conflitos, que se desenrolam, fundamentalmente, nas relações entre avós, filhos, netos e bisnetos.

“Hoje mudou. Hoje filho **não respeita** os pais. Não **toma a benção**, só briga” (Citrino, homem, 91 anos, casado, lavrador, GF1).

“Acho que **respeitavam** mais. Papai caduco e eu ainda **tomava benção**. Se respeitava as cabecinhas brancas” (Safira, mulher, 82 anos, desquitada, professora/costureira, GF1).

“No tempo da minha mãe ela foi criada com **benção**, nos criou assim também. Vovó morou com a gente até morrer, e mesmo dando trabalho todo mundo tomava benção dela. Ninguém entrava ou saía sem tomar a benção! Mas hoje não é mais assim, nem pensar, criar os filhos assim. Tudo diferente!” (Turmalina, mulher, 91 anos, viúva, costureira, GF1)

“Meus filhos **ainda me respeitam**, ai deles! Todos **tomam a benção**, mas agora os netos!! Esses não tomam, não! Mas a culpa não é deles, meus

filhos não ensinaram, não mandavam tomar, agora não adianta mais” (Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3).

O ato de “tomar a bênção” é um procedimento de reconhecimento e de respeito à hierarquia dos pais, padrinhos, avós, tios, por parte dos filhos, afilhados, netos, sobrinhos. Tradição antiga. A bênção apostólica é uma declaração da bênção de Deus sobre a vida daqueles que crêm n’Ele. Ministrada pelo Sacerdote na Igreja Católica no começo e ao final da Celebração Eucarística. Na Igreja Protestante, proferida pelo Pastor ou líder espiritual nos finais do culto. A Bíblia, em diversas passagens, instrui a pedir a bênção em todas as ocasiões. Indica à importância que Deus dá aos pais na vida dos filhos, como exemplo, a passagem contida no livro do Deuteronômio (Dt 5,16) “Honra teu pai e tua mãe, como Te mandou o Senhor Teu Deus”. Os versículos da Sagrada Escritura que remonta ao assunto mostra a grande importância que Deus dá aos pais na vida dos filhos e, de modo especial, à bênção paterna e materna. Portanto, os pais como cooperadores de Deus na criação dos filhos e, desta forma, pelos ensinamentos religiosos, um canal aberto para que a bênção divina chegue aos filhos¹³⁰.

Assim, este ato tão automático entre pais e filhos, rico de significados a denotar respeito entre as gerações foi perdendo força com a evolução e transformação das sociedades. É interessante demarcar-se a ressalva de Minayo (2004, p.12) “a ideia de um passado idílico em relação à velhice não encontra respaldo em nenhum estudo científico comparativo”.

De acordo com Minois, na clássica obra - História da Velhice no Ocidente: da Antiguidade até o Renascimento, “qualquer que tenha sido a evolução das sociedades, estas últimas permanecem fundamentalmente alicerçadas na força física e no vigor corporal e essas condições são *a priori* desfavoráveis para a velhice” (MINOIS, 1999, p. 368). As profundas e vigorosas transformações econômicas, políticas e sociais, ocorridas ao longo do século XIX desdobraram-se, com certa rapidez, em alterações significativas nos modos de ser, de agir e de conceber as práticas cotidianas e as relações de trocas sociais, entre as quais as relacionadas às categorias de idade (ALMEIDA, 2005, p.101). Além do mais, a História confirma que os filhos quase sempre tiveram opinião diferente da dos pais (MORAGAS, 1997, p. 99).

¹³⁰ Em relação ao assunto, encontra-se nos livros dos Provérbios e do Eclesiástico, versículos que denota a importância da bênção dos pais, não como uma mera formalidade (sites pesquisados: Canção Nova, Associação Apostolado do Sagrado Coração de Jesus, Monte Sião, SantoVivo).

A mesma História que mostra a valorização de idosos em várias formações sociais expressa que, em muitas sociedades, a distribuição de poderes para cada ciclo da vida tende a desinvestimento político e social na pessoa no idoso (MINAYO, 2006, p.51-2), jogando por terra o discurso popularizado que hoje se respeita menos que antigamente. “O que equivale a compreender que o processo intergeracional deve requerer o aprendizado realizado em reciprocidade, num percurso de mão dupla”, resultado de um esforço coletivo para o enfrentamento das questões que envolvem toda a sociedade, como um “pacto intergeracional” (GOLDMAN, 2004, p. 67).

“Lá em casa a coisa é diferente do que vejo por aí! Todos lá em casa me respeitam. Todo mundo se respeita, lá em casa! Sei que tem que namorar. Hoje namoro tá diferente. Deixo as meninas (netas) ir. Digo da escola para casa, elas vêm. Tem que dia que pedem, falam comigo, deixo vir mais tarde. Não se dormia, não senhora, na casa de colega. Hoje é o jeito deixar” (Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3).

A socialização é o termo mais amplo para enfatizar que o ser humano, desde que nasce se sujeita às influências da sociedade, da qual faz parte e que ajuda a construir (MORAGAS, 1997, 100). Cada tipo de organização socioeconômica e cultural é responsável pelo papel e imagem dos velhos. Cada sociedade constrói um modelo de homem ideal e é desse modelo que depende a imagem da velhice, a sua desvalorização ou valorização (MINOIS, 1999, p. 18). Cada civilização define seu modelo de velho e julga os velhos dentro desse escalão. Quando mais o modelo se torna idealizado, mas a sociedade se mostra exigente e cruel e enquanto não for invertida essa marcha o velho não será verdadeiramente integrado no grupo (MINOIS, 1999, p. 371).

Nas sociedades ocidentais, o desejo social de morte dos idosos se expressa, sobretudo, nos conflitos intergeracionais¹³¹, nas várias formas de violências, agravados na conjuntura atual pela situação de desemprego e subemprego dos mais jovens, relegando os idosos a uma vida de pobreza, de dependência, de isolamento social, em meio a problemas de saúde e socioeconômicos, num contexto de violências de geração, de gênero e de raça. Reproduzo o longo relato de um dos idosos, por neste relato de vida, tão

¹³¹ Em relação aos conflitos intergeracionais cf. reflexões, estudos e pesquisas de Ferrigno, Conflito e cooperação entre gerações (2013) e Coeducação entre gerações (2010).

contundente, alicerçados pelo contexto da pobreza, aparecem todas essas determinações.

“A senhora sabe, né! Vivia de fazer meus tamancos, consertar meus sapatos, tinha meus fregueses, gente boa! Criei os meninos, eu e a velha. Lutamos muito e criamos. Não quiseram aprender o ofício que era do meu avô, meu pai. Por mim tinha aprendido. Não respeitaram a minha vontade!!! Não quiseram, né. Queriam coisa melhor! Vê se pode, senhora? Já viu coisa melhor para pobre? Pra preto? Tem que ter um oficiozinho para sobreviver, senão!! Um tá em casa, parado! Serve pelo menos para ajudar a velha! Os outros? Por aí lutando! Custam pra aparecer! Lutam pelo pão de cada dia. O lá de casa, né! Tem dia que tá daquele jeito! Acho que é falta da grana! Com o danado do derrame, preciso dele! Chamo, não vem logo! Grita, esbraveja. Tem raiva dessa situação! Se Deus me levasse logo!” (Axinite, homem, 90 anos, casado, sapateiro, GF1)

Além do mais, as pessoas idosas que se sente desrespeitadas, culpabiliza às transformações econômicas, políticas e sociais, ocorridas ao longo do século XIX, que levaram a alterações significativas nos modos de ser, de agir e de conceber as práticas cotidianas e as relações de trocas sociais (ALMEIDA, 2005, p. 101).

“Minha filha esta semana chegou dos Estados Unidos, não vinha há um ano, diz que veio me visitar, diz quê! Chegou, não demorou nem um dia lá em casa, reclamou de tudo, casa pequena, suja, feia, quente. Me tirou de minha casa, me levou para um hotel, não gostei, não fiquei nem um dia; estranhei tudo, voltei logo para minha casa” (Apatita, mulher, 87 anos, solteira, técnica em contabilidade, GF1).

Apesar de estudos e pesquisas apontarem a dependência de algumas famílias, a renda dos idosos para sobreviver, essa posição financeira de velhas e de velhos na família, no contexto da pobreza, não lhes restitui a centralidade do poder no grupo, nem se traduz, automaticamente, em reconhecimento, consideração e respeito. Por conseguinte, “a pobreza não imuniza os que dela padecem dos estigmas associados à velhice e dos valores que, por ser hegemônicos, invadem o campo de possibilidades” (ALMEIDA, 2005, p. 100).

“A vida da gente é muito cansada... Sempre trabalhei desde pequena, não tinha esse negócio de brincar, não senhora. Casei cedo, a senhora sabe, naquela época se obedecia pai. Tive muitos filhos e trabalhando. Graças a Deus consegui um emprego na fábrica, consegui terminar de criar meus filhos. Hoje crio meus netos, e até uma bisnetinha. Ganho pouco, mas dá

para ajudar um e outro. Mas a senhora pensa que eles são agradecidos? Não faço mais pelas dores nas juntas. Não fico parada, porque se a gente ficar parada a vida da gente não anda. É preciso a gente fazer uma força, para fazer as coisas. Tem dia que não aguento. Mas vai chamar um deles para alguma coisa? Vai precisar deles para alguma coisa? Já viu no que dá!” (Safira, mulher, 82 anos, desquitada, professora/costureira, GF1).

Neste sentido, as transformações na estrutura familiar e as mudanças nos modos de vida, como a diminuição do tamanho da família, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o mercado de trabalho instável, o advento da pílula anticoncepcional; as alterações nos papéis de gênero, as separações conjugais, o retorno dos filhos que se descasam ou perderam o emprego, os novos tipos de relacionamentos, associados ao aumento da expectativa de vida e de idosos chefiando famílias, tudo isto torna comum a coabitação de famílias, a coexistência de várias gerações convivendo simultaneamente num mesmo domicílio ou no mesmo terreno; muitos idosos julgam que, construindo as casas dos filhos no mesmo terreno da sua moradia, estarão ajudando os filhos e facilitando o seu cuidar no seu futuro.

Nesse contexto, velhas e velhos, contribuem com a renda familiar, além de cuidarem dos filhos, netos e bisnetos. Nessas situações, com todo esse arcabouço de modificações, tanto poderá favorecer um suporte mútuo como gerar ou agravar conflitos. “Cada família tem suas histórias, tem seus romances e seus segredos; histórias de amor, de dor, de luta, de conflitos, de união, de contradições e síntese possíveis; romances que desvelam e encobrem as identidades” (NARVAZ et. al.,2004, p.149).

“Quem vê mamãe agora? Uma santa, boazinha, de cabeça branca, doente, coitada! Ah! Senhora! A senhora não sabe quem é ela. Nem sei por que eu que estou cuidando dela? Já sofri tanto! Ninguém sabe. Parece até que não saí dela? Sempre ela preferiu a outra, tudo de bom para a filhinha do coração!!! Até no colégio, na hora do intervalo mandava me buscar e eu tinha que ir; conclusão: ela se formou eu não. Fiquei sempre em casa, cuidei do vovô, do papai e agora dela. Parece um carma. Eu tenho vontade perguntar se fui adotada?” (Amazonita, mulher, 74anos, separada, merendeira, GF3).

Nesta perspectiva, o foco pela busca da compreensão dos processos geradores e mantenedores das violências no contexto familiar da

peessoa *idosa deverá partir da escuta atenta da história de vida do indivíduo idoso*, com os traumas e segredos imbricados nessas violências. Além do mais, nas últimas décadas, em decorrência da rápida mudança de valores sociais e das transformações tecnológicas, houve uma intensificação do afastamento inter e intra-gerações, ampliando o desrespeito e a desconsideração, incitando à violência provocada pelo estímulo ao confronto geracional, especialmente entre as pessoas mais jovens e as mais velhas.

“Quando tem velhice que os filhos cooperam não tem velhice. Mas, quando tem os filhos que só querem explorar, aí é ruim.” (Apatita, mulher, 87 anos, solteira, técnica em contabilidade, GF1).

“Os filhos? Bem as filhas ainda estão com a gente, mas os filhos e netos? Esses, se aparecem, é para pedir alguma coisa, para ajudar não aparecem. E se vou falar alguma coisa, reclamar, não gostam, ficam logo zangados e somem de novo”. (Pedra da Lua, mulher, 89 anos, casada, lavradora, GF1).

“Tive muitos filhos todos me obedecem, mas com os netos é diferente, só os primeiros que eu criei com a velha, mas com os outros não obedecem de jeito nenhum”. (Rubi, homem, 90 anos, casado, estivador, GF1).

“É! Problemas? Acho que todo mundo tem, né. É, sou velha e pobre! Então, infelizmente todos nós temos problemas. Sei de amigos que os netos saem de casa sem nem dizer para aonde vão e nem com quem; lá em casa isso ainda não acontece de jeito nenhum. Criei eles com mão forte, é para obedecer, mas hoje não é bem assim, não!” (Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3).

“Eu não sou besta, sei que é importante essas novidades. Primeiro a televisão, depois o computador, o celular, agora esse outro aparelho, que não sei bem dizer o nome. O que não aceito é chamar os meninos. Respondem: “Já vou”, e nem aparecer. Não escutam a gente, com aquilo no ouvido”. (Sodalita, mulher, 66 anos, casada, professora, GF2).

Obviamente, todas essas mudanças têm gerado profundas influências no lugar do velho, na sociedade e na família. No âmbito das relações familiares, o sentido da perda da ocupação, a saída dos filhos para outras localidades à procura de emprego; a viuvez. Vivenciar o envelhecimento em condições de isolamento e solidão, apesar de alguns possuírem renda, moradia, alimentação e família constituída.

“Na época do trabalho, eu tinha muitos companheiros que chutava demais, bebia demais. Naquele tempo à noite se vinha do navio com grande quantidade de dinheiro **Hoje se procura os companheiros daquele tempo não se encontra mais ninguém**”. (Rubi, homem, 90 anos, casado, estivador, GF1).

“Fiquei viúva, não tive filhos. Tenho irmãos, sobrinhos, primas, mas se não fosse essa menina que vive comigo, cuida de tudo meu. Eu estava **sozinha** naquela casa, pois é difícil os parentes aparecerem”. (Larimar, mulher, 74 anos, viúva, do lar, GF2).

“Para mim o pior é **solidão**. Tenho minha casa, minha aposentadoria, meus filhos. Mas fico horas na frente do portão de casa esperando alguém passar, para ver se falo com alguém. Estou comendo até de bandeco¹³²! Minha filha ficou com a minha farmácia; trabalha lá, mora noutro bairro, cuida da casa dela, leva a filha para o colégio; não tem tempo para nada. O filho que mora comigo? Esse vive na rua, só serve para dar preocupação; gosta de meter uns “gorós”¹³³. Quando chega, é bêbado come e dorme, às vezes nem come, deita no chão da sala e dorme ali mesmo! Tem dia que chega que nem vejo a hora. Mas esta semana mesmo, ele chegou bêbado. Largou a panela no chão, a colher de pau, prato, pensei até que tivesse dormido no chão, mas não. Fui no quarto dele, abri a porta bem devagarinho, ele tava deitado na rede. No dia seguinte, ele levante bebe o café dele, toma benção e sai, não dá trabalho, não. Não tem se preocupado comigo. Eu tinha vontade que meu filho sentasse comigo e fosse dialogar comigo, contar os trabalhos dele”. (Topázio, homem, 83 anos, viúvo, comerciante, GF3).

Focalizo, em especial, este último relato, onde vislumbro a concomitância de diversas formas de violências contra o idoso, além da violência que o mesmo demarcou como a violência da solidão pelo desamparo da família e da comunidade. A violência do abandono dos filhos, a violência financeira, a violência psicológica. E até mesmo a violência física, que não poderá ser descartada, apesar do idoso não a ter relatado explicitamente, mas deixou-a intuída nas entrelinhas. A violência física, da denúncia, dos boletins de ocorrência, demarca a convivência no mesmo domicílio de um idoso hígido com um filho mais jovem consumidor de álcool ou drogas, como risco elevado deste estar sofrendo maus-tratos e agressões físicas por parte deste parente.

Neste sentido, em que pese à família ser o cenário de grande parte das violências contra o segmento idoso, é também no seio dela que a pessoa idosa se sente mais confortável, não apenas material, mas também emocional e psicologicamente (SILVA; FRANÇA, 2006, p. 122). Por conseguinte, a violência doméstica-familiar contra as pessoas idosas não pode ser tratada apenas como uma questão meramente privada, como um ato corriqueiro, como

¹³² Referente à refeição servida numa embalagem de alumínio, em algumas localidades do país, chamada de “quentinha”; e em outras, de “marmitex”.

¹³³ Nesse contexto significa fazer uso de bebida alcoólica, geralmente bebida destilada, como cachaça.

algo naturalizado e silenciado pelo sacrossanto acordo social-familiar, mas deve ser vislumbrada no contexto da violência estrutural-social.

4.3. Repercussão das relações do cuidar de uma pessoa idosa e as implicações do não cuidar de quem cuida: distintas formas de violências

Apesar da garantia assegurada pela aposentadoria, a subsistência não é fácil. Vive-se um tempo em que o direito à aposentadoria é questionado, os modos de atuação da Previdência pública mais ainda; os proventos estão significativamente menores, enquanto a longevidade cresce (MOTTA, 2006, p.68). Ao mesmo tempo, a reestruturação produtiva cerceia ou torna precários os empregos e as oportunidades dos mais jovens. E vai caber aos velhos, como já está acontecendo, a difícil responsabilidade de apoiar, decisivamente, ou até mesmo de sustentar a família. Para conseguir isso, muitos retornam ao mercado de trabalho, em uma situação cada vez mais frequente.

“Tem a pensão do velho, o meu aposento, é pouca. Tem que ajudar os meninos. Faço suquinho, vendo umas coisinhas, faço uns trabalhinhos. Trabalhar em casa de branco que não dá mais, as mãos doem demais! E os pés! Vixe!” (Cornalina, mulher, 86 anos, viúva, funcionária pública, GF2).

“Para ajudar eu vendo suquinho para os meninos de colégio na porta de casa e minha filha vende uns produtos de casa em casa”. (Cristal, mulher, 74 anos, viúva, funcionaria publica, GF1).

A posição de provedores, dos velhos na família, não lhes restitui, contudo, a centralidade do poder no grupo, que se constitui sempre em determinada ordem geracional. O problema se acentua com as diferenças geracionais em torno dos padrões mais recentes e crescentes de consumo. As relações são, não raro, carregadas de ambiguidade ou tensão (MOTTA, 2006, p.68-69).

“Tenho pressão, diabetes, colesterol alto, e já tive um princíozinho de derrame. Sei que abusei demais na mocidade. Não tinha esse negócio de comer com pouca gordura, comia o que tinha, e quando tinha! Minha avó, minha mãe lutavam como podiam”. (Cristal, mulher, 74 anos, viúva, funcionaria publica, GF1).

Em uma sociedade individualista e competitiva, é fácil remeter ao próprio indivíduo a “culpa” por uma vida afastada de tudo o que significa velhice bem sucedida (ALMEIDA, 2005, p.97). Os riscos, ao balançarem as oportunidades esperadas, são para a sociedade e para a pessoa que envelhece uma questão central. Ao mesmo tempo, os desafios que se põem

hoje às nossas sociedades – garantir o direito de envelhecer com dignidade e segurança – têm nesse binômio o seu quadro referencial (QUARESMA, 2006, p.50-1).

“Ah! Se eu pudesse não teria me estragado, mas agora o que fazer? Aguentar. Estou atrás do aposento para ver se alivia as coisas lá em casa! Alivia minha mãe!” (Pérola, homem, 56 anos, solteiro, carroceiro, GF3).

Nesse contexto, a gestão da velhice, durante muitos tempos, considerada como própria da vida privada e familiar, adquiriu, em meados do século XX, visibilidade social, ganhando expressão e legitimidade no campo das preocupações sociais e transformando-se em uma questão da esfera pública.

Na verdade, o Brasil possui padrões demográficos e comportamentais semelhantes aos existentes nos países desenvolvidos e populações carentes de recursos básicos como saneamento, alimentação, habitação e Saúde. Além do mais, em decorrência da dimensão relevante do envelhecimento populacional, as doenças crônico-degenerativas e/ou incapacitantes têm ganho maior expressão no conjunto da nossa sociedade, imputando em crescente demanda por serviços de saúde.

“O pior é marcar as consultas e os exames, inclusive, agora, marquei no final do mês passado, para 14 de setembro”¹³⁴ (Ônix Negra, mulher, 76 anos, solteira, costureira, GF 1).

“Isso mesmo, às vezes, as pessoas morrem e não conseguem a consulta; aí não adianta mais”. (Topázio, homem, 83 anos, viúvo, comerciante, GF3).

“Para mim a maior dificuldade, marcar uma consulta; eu não tenho como sair cedo de casa, tenho medo de assalto, de cair no escuro, e nem sempre tenho R\$ 40,00 para pagar pelo lugar na fila”. (Cristal, mulher, 74 anos, viúva, funcionária pública, GF1).

“Nossa, tudo isso! Eu sei que tem uma mulher que há anos marca lá no Dutra, ela tem os cupinchas¹³⁵ dela, se não for marcado por ela nem o pessoal da recepção atende. Não sabia que era tão caro!” (Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3).

“Isso é verdade, eles aproveitam, sabe que a gente é pobre, velha, não pode sair cedo, precisa se consultar. Eu não posso ir para lá cedo, pegar

¹³⁴ Entrevista realizada em maio.

¹³⁵ Cupincha palavra popularizada de compincha: pessoa amiga ou acompanhante de outra.

chuva, e os gatunos¹³⁶! O jeito é arranjar o dinheiro e pagar. A gente precisa!” (Safira, mulher, 82 anos, desquitada, professora/costureira, GF1).

“Não é só essa mulher não. Tem um homem também que há anos fica lá cobrando pelas vagas, criou filhos e tem até casa boa. Ele vai cedo e marca pra mais de uma pessoa, coloca umas pedras, uns papelões no lugar. Todo mundo conhece ele. Ninguém diz nada, porque ele já conhece todo mundo lá dentro, consegue tudo, facilita aí o povo gosta, não reclama”. (Topázio, homem, 83 anos, viúvo, comerciante, GF3).

Reconheço que houve avanços nas questões relacionadas ao envelhecimento, mas maioria das pessoas idosas permanecem em situações de exclusão em relação à vida social, à habitação, à Educação, ao Lazer, ao transporte coletivo, ao mercado de trabalho, à Saúde, “onde entre outras gravidades, permanece o comércio de vagas nas filas para se obter atendimento nos hospitais públicos, com total conivência dos gestores de saúde que, a rigor, estão mergulhados na corrupção” (SILVA, 2013, p. 64).

A violência e o desrespeito de horas sem fim em filas para marcar uma consulta, para agendar um exame que muitas vezes são marcados para meses depois, as condições de atendimento nos hospitais e postos de saúde, a forma despeitosa que os funcionários desses estabelecimentos atendem aos usuários, impostas as pessoas de todas as idades, mas com maior repercussão nas pessoas no contexto do envelhecimento, tudo isso denota “a inversão do papel de protetor exercida pelo Estado para o papel de agressor que, muitas vezes, violenta o próprio idoso” (FALEIROS, 2007, p. 38).

O impacto desse tipo de violência, contra as pessoas idosas, da desconsideração do Estado às diferenças de grupos e pessoas, imbuídas pela dinâmica violenta expressa em práticas sociais imposta aos cidadãos, “repetida pelo jogo estratégico de busca de vantagens de uns sobre os outros, pela inferiorização do outro, pela negação de possibilidades, pela violação de direitos do outro” (FALEIROS, 2007, p. 32). Encoberta pelos mecanismos de impunidade socialmente construída e naturalizada pelo medo de denunciar, de notificar, de entrar na justiça, no receio de que se possam vender vantagens numa troca de favores (FALEIROS, 2007, p. 34).

¹³⁶ Gatuno significa pessoa que rouba, faz pequenos furtos.

“Todo mundo sabe lá. Gente grande sabe. Fazer o quê? Eu vou reclamar e aí a gente precisa dela (mulher que marca as consultas), precisa marcar exame e consulta outra vez. E se ela ficar com raiva, como vai ser?” (Safira, mulher, 82 anos, desquitada, professora/costureira, GF1).

Além do mais, com o envelhecimento populacional, destacam-se as mudanças significativas no quadro de morbimortalidade, ou seja: na redução da incidência e morte por doenças infectocontagiosas e aumento da incidência e morte por doenças crônicas degenerativas. Numa sociedade com essas características demográficas epidemiológicas, as necessidades da população na área de saúde apresentam um padrão de distribuição segundo a idade, sendo o segmento das pessoas idosas um dos mais vulneráveis. Em que, atrelada a crescente necessidade de atendimento pelos idosos nos diversos serviços de saúde coloca esse segmento populacional em evidência. A fragilidade, a quase falência dos direitos sociais, a crise no emprego e a despreocupação com a seguridade social, relegam a um plano secundário, os idosos, no caso do Brasil, quase todos aposentados ou pensionistas (GOLDMAN, 2004, p.74-5). Portanto, essas pessoas que sempre viveram e conviveram no contexto da pobreza, envelhecem em condições físicas e sociais cada vez mais deteriorada, principalmente se precisarem de serviços de saúde, de remédios - cada vez mais caros e de qualidade duvidosa.

Evidentemente, essa necessidade vem acompanhada da exigência de um atendimento digno a todas as pessoas independentemente da idade, sexo, raça, para que todos possam ter acesso facilitado aos serviços de saúde e menos gastos para as famílias e para o sistema de saúde. A rede de Saúde Pública, de modo geral, permanece com um descompasso entre oferta e demanda num entrave para a busca dos serviços especializados na atenção integral à saúde do idoso, através de uma abordagem interdisciplinar, como preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Apesar dos avanços alcançados com a promulgação da Política Nacional de Saúde do Idoso, as conquistas não foram atingidas por todos os velhos com maiores repercussões aos velhos pobres. “Estudos tem revelado

que a maioria dos idosos possui renda igual ou inferior a um salário mínimo, e gasta aproximadamente um quarto da renda com medicamentos, interferindo assim, na sua qualidade de vida” (NUNES, 2010, p. 2888). “A falta de acesso à saúde e a remédios é uma das graves violências praticadas pelo Estado contra os idosos, pois rejeita-o como outro cidadão, como sujeito na especificidade, e descumpre o pacto de direitos da cidadania” (FALEIROS, 2007, p. 39).

“O pior para mim é conseguir receber os remédios. Quando tem no posto perto de casa, veio pouco, não dá para todo mundo e nem sempre tem. E eu preciso tomar todo dia”. (Cristal, mulher, 74 anos, viúva, funcionária pública, GF1).

“No posto do meu bairro, **só tem os remédios para as doencinhas;** quando é uma coisa mais séria não tem não. Eu tenho tanta coisa!” (Rubi, homem, 90 anos, casado, estivador, GF1).

Além de outros entraves como a distância da residência para o posto de saúde, a dificuldade de locomoção, de transporte, de quem acompanhe o idoso para às consultas, exames e recebimento de medicações. Sob esse argumento, demarco como avanços a implantação da Estratégia de Saúde da Família, do Programa de Saúde do Idoso e do Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso Frágil¹³⁷ (PADIF), como forma de amenizar alguns desses entraves, mas em decorrências de questões estruturais de gestão, de implementação e implantação, não consegue abranger a maioria dos sujeitos dessas políticas.

Evidentemente, na história da Humanidade, as preocupações relativas aos cuidados com o corpo que envelhece não são novas, além do mais, em qualquer fase da vida é inegável a importância do autocuidado, inclusive na velhice. Assim, apesar dos velhos demonstrarem o seu interesse

¹³⁷ PADIF: programa constituído pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, em fevereiro de 2009. Objetiva o atendimento no domicílio pela equipe multidisciplinar do idoso acamado temporariamente ou restrito ao leito, sem condições de acesso à unidade de saúde, vítima de violência. Principais critérios de inclusão pessoas com idade 60 anos ou mais, residentes em São Luís, em área não coberta pela Estratégia Saúde da Família - ESF. Realizados 164 atendimentos em 2013 (valiosa contribuição do gerontólogo, fisioterapeuta, profissional de Educação física Adriano Filipe, um dos profissionais do referido Programa).

em viver saudavelmente, as más condições de saúde de um significativo número de idosos em nosso meio retratam, muitas vezes, as condições socioeconômicas dos idosos e de suas famílias. Além dos entraves ao acesso à assistência adequada respeitando as características e necessidades do segmento idoso no seu contexto social e familiar. Essa dimensão da violência pode ser configurada como violência estrutural-social com expressões institucionais.

“Para mim o pior na velhice é **cuidar da alimentação** e a gente comendo o que deve né. ...como pode comer tudo aquilo que mandam a gente comer para ter saúde. E a gente não consegue. Aí aparece as doenças”. (Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3).

“Eu acho que **cuidar da alimentação** e a gente dando os alimentos como deveria, né? Mas nem sempre a gente pode, né. Aí a saúde vai embora e vêm as doenças, que ajuda a gente a envelhecer mais rápido”. (Apatita, mulher, 87 anos, solteira, técnica em contabilidade, GF1).

“A pessoa vê a carne, o arroz, a farinha, ela só pode comer isso, senão ela vai ficar com fome, eu sei que tem um comê mais saudável, mas nem sempre dá. Como pode uma família grande, muita pessoa para comer, esse negócio de comer de 3/3 horas!” (Topázio, homem, 83 anos, viúvo, comerciante, GF3).

“E um quilo de carne dá para fazer muita coisa! E um quilo de peixe não dá, né” (risos) (Ágata, mulher, 77 anos, viúva, funcionária pública, GF2).

“Nem sempre dá para comer o saudável, tem que atacar o fígado, é o jeito. Quando posso como o peixe”. (Safira, mulher, 82 anos, desquitada, professora/costureira, GF1).

Destarte, em alguns casos, são os profissionais de saúde os maiores cerceadores do desejo dos mais velhos, “indicam dietas absurdas; roupas e acessórios confortáveis, porém sem atrativos estéticos; camas macias que afundam o corpo a ponto de impedir qualquer movimento de fuga do repouso silencioso” (MONTEIRO, 2005, p.66); modificações no ambiente domiciliar com barras e outros acessórios de valores exorbitantes; curativos modernos, mas sem condições de serem adquiridos; medicamentos de última geração, que além de não terem sido testados neste grupo populacional são inviáveis financeiramente, portanto, condutas “prescritas” sem a contextualização das condições a que a pessoa vivencia no seu cotidiano, pautado pela pobreza. Pois, “enaltecer a generalidade em detrimento da particularidade do velho é absurdo e arbitrário” (MONTEIRO, 2005, p.66), além de configurar uma forma de violência contra a pessoa idosa.

“A senhora me desculpe, doutora, tenho até vergonha de lhe dizer, mas não vou mais naquela moça (nutricionista), não. Não dá para comer tanta coisa que ela colocou, não é que eu não saiba que é bom para minha saúde, eu sei. Vejo todo dia na televisão. Mas a senhora sabe? Para a senhora eu digo, mas para ela tenho vergonha. Ela teve tão boa vontade de me ajudar. O dinheirinho que é pouco, e se fosse só eu e o velho, até acho que dava. Mas tem as outras bocas! Não posso deixar de ajudar, são meus filhos, meus netos. **Vou deixar com fome?**” (Âmbar, mulher, 79 anos, viúva, servente, GF3).

O Brasil, apesar dos últimos dados mostrarem a tendência à diminuição dos níveis de pobreza, é um país com alta incidência de pobreza, e com um número significativo de velhos pobres. Neste ponto, convém refletir sobre as atitudes dos avós, em especial, das mulheres velhas, em relação aos seus filhos e netos, enfim, a sua família. Elas buscam compatibilizar o cuidado dos filhos e principalmente dos netos, ajudando nos afazeres domésticos, participando ativamente do cuidado com a alimentação e a educação, num contexto de carência material e financeira gerada pela pobreza. Imbuídas desta responsabilidade dividem tudo que têm com seus familiares, descuidando, muitas vezes, da sua própria alimentação e saúde em detrimento dos seus.

Apesar de algumas famílias dependerem da renda das pessoas idosas para sobreviver, muitas têm dificuldade em lidar com os problemas de seus membros mais velhos. Agravado com a perda do cônjuge, fato mais frequente entre as mulheres pela longevidade feminina. Além do mais, muitos desses idosos, principalmente as mulheres, desempenham importantes papéis sociais; papéis ligados aos afazeres domésticos, ao cuidado dos netos e bisnetos, de outros idosos e de doentes, numa imbricada teia de riscos sociais como um círculo vicioso da pobreza estrutural.

“**Eu não estou me queixando!** Fui casado duas vezes, a primeira morreu, a primeira filha foi para Brasília, fiquei com cinco filhos. Demorei nove anos para casar de novo, casei com essa outra. Boa pessoa, sempre honrada, cuidou dos filhos delas e dos meus, vivíamos todos juntos, teve alguns problemas, mas cuidou de tudo! E agora ela está muito doente, na cama, não faz mais nada, tenho que fazer tudo para ela. Minha filha doente que me ajuda com ela. Sou mais velho que ela, quase 20 anos, tenho meus achaques! Vou para a rua, faço tudo, compras, pago as contas, vou buscar nossos remédios, até na colônia vou buscar os remédios da minha filha, marcar as consultas para ela, para mim, por isso demoro para vir me consultar, acabo não marcando as minhas consultas, dou preferência as coisas delas”. (Citrino, homem, 91 anos, casado, lavrador, GF1).

A maneira como as famílias lidam e se organizam para assumir a realidade do cuidado aos seus parentes idosos é variada, complexa, processual e contextualizada por eventos sociodemográficos, culturais e psicológicos; “pela história das relações entre os cuidadores; pelos recursos pessoais dos cuidadores; pela natureza da avaliação que estes fazem da situação de cuidar” (NERI, 2002, p. 10). Envolve outras pessoas que podem fazer parte do grupo doméstico ou não, de acordo com os apoios¹³⁸ informais e formais de que dispõem.

“Velhice para alguns, sinônimo de inutilidade. Até para a própria família você se torna um ser inútil, um **fardo muito pesado!**” (Opala, mulher, 64 anos, viúva, funcionária pública, GF2).

Além do mais, no Brasil, a despeito da Política Nacional de Saúde do Idoso, reforça a importância de se estabelecer uma parceria que envolva cuidadores profissionais e cuidadores leigos, a rede de suporte de saúde e social às famílias, com idosos fragilizados e dependentes, é ínfima ou inexistente. Com implicações e riscos de caráter biopsicossocial às pessoas idosas que prestam cuidados a outra pessoa idosa com agravo às suas condições de saúde física e emocional. Em que cuidar de um idoso fragilizado no contexto domiciliar implicará numa multiplicidade de interações, negociação, aproximações, separações, dilemas e conflitos interpessoais. Posto que, “os sentimentos, as cobranças e as incompreensões são causas dos conflitos entre familiares e são os elementos de dissensão” (SANTOS; RIFIOTIS, 2003, p. 144-5).

“**Sei que a carga é minha**, pois ela sempre morou comigo. Enquanto tinha meu marido tudo bem, mas desde a morte dele, parece que ela sentiu mais do que eu. Dá um trabalho danado, teima demais. Não estou reclamando dos meus irmãos, mas estou. Eu também sou velha, já passei dos setenta. Queria só que eles me ajudassem. Não é que não ajudam, mas que viessem mais vezes, não de visita, mas ficasse para ver o trabalho que ela dá. Quando conto não acreditam. Chegam ela está arrumada, tudo feito, é só alegria, é só beijo e abraços. Para eles eu que não presto. Tenha mais

¹³⁸ Cuidador formal corresponde ao profissional que recebeu treinamento especializado para a função e exerce a atividade mediante uma remuneração. Cuidador informal pessoa que cuida dentro das relações de parentesco ou de amizade, sem formação específica, que passa a ser responsável pelo desenvolvimento das ações relativas às demandas de cuidados com o idoso (TOMIKO, 2008, p. 54).

paciência com a mamãe. Vou lhe dizer uma coisa, estou para não aguentar mais!” (Cristal, mulher, 74 anos, viúva, funcionaria publica, GF1).

Devido à peculiaridade do envelhecimento populacional, em que as mulheres são mais longevas que os homens,¹³⁹ da secular atribuição feminina como prestadora do cuidado em família, do resultado de pesquisas de que a maioria dos cuidadores de pacientes idosos é de familiares, da constatação estatística de que a responsabilidade de cuidar de pacientes idoso recai sobre as mulheres de meia-idade ou idosas. Tanto poderá ser a esposa, a filha mais velha, a filha solteira, a filha viúva, a irmã mais velha, a irmã solteira, a neta, a sobrinha ou até uma afilhada. E mais: mulheres que exercem papel de cuidadoras costumam sofrer um impacto maior, possivelmente pelas diferenças de tarefas exercidas. Pois nas famílias compostas por filhos e filhas, frequentemente caberão às mulheres as tarefas mais desgastantes, como a higiene da pessoa idosa, as tarefas da casa, os cuidados com a alimentação, o contato com a equipe de saúde. E, aos homens, a ajuda material, como a compra de remédios, as compras de supermercado e da feira, a realização de pequenos consertos para a manutenção da moradia, transporte¹⁴⁰ de carro da idosa para as consultas médica ou para a realização de exames, e inclusive, o gerenciamento dos interesses econômicos de ambas as idosas.

“Minhas irmãs moram fora. Uma em Belém, a outra em Brasília. Vêm quando podem uma a duas vezes no ano. Meus irmãos moram aqui, um traz a feira toda semana e faz o supermercado, o outro, como tem uma condição melhorzinha, nos pega de carro para as consultas e exames. **Assim eles dizem que me ajudam!!**” (Cristal, mulher, 74 anos, viúva, funcionaria publica, GF1).

Além do mais, as condições econômicas da maioria das famílias dos idosos, que dependem de ajuda, inviabilizam a contratação de um profissional capacitado para cuidar do mesmo. Assim, num grande número de famílias, a atividade de cuidar é um ato exercido por apenas um dos membros da família, sem ajuda ou reconhecimento dos outros membros da família. Por conseguinte, as demandas do cuidado excedem os limites do esforço físico,

¹³⁹ Cf. discursão do fenômeno da “feminização da velhice”. Capítulo 1 sub item 1.2.

¹⁴⁰ Neste caso utilizo a expressão transporte no sentido mesmo de “transportar”, pois muitas vezes levam a parenta idosa correndo e da porta do consultório vão para os seus compromissos, ou ficam na sala de espera resolvendo as coisas do trabalho via celular ou por outros dispositivos eletrônicos, sem participar da consulta.

mental, psicológico, social e econômico de quem cuida. Pesquisas têm evidenciado que o declínio do paciente e suas demandas específicas são fatores importantes de estresse para os cuidadores (FARIA et. al., 2013), com implicações para a idosa cuidadora que se refletem na diminuição das atividades de lazer, de oportunidades para a vida social e religiosa, além dos cuidados com a sua saúde física e emocional, com altos índices de sintomas psiquiátricos, especialmente a depressão, e de constantes e intensos conflitos familiares.

“Eu não aguento mais! Estou cansada, também sou velha! Tem horas que penso que vou na frente dela. Ela dá muito trabalho. Teima demais, não para um segundo. Deixo ela sentadinha, mal chego na cozinha ela já está atrás de mim. Tem horas que **penso que vou enlouquecer!**” (Amazonita, mulher, 74anos, separada, merendeira, GF3).

Dessa forma, pelo envelhecimento populacional, a presença de um cuidador domiciliar idoso de outra pessoa idosa, cada vez mais frequente, implicará na necessidade de avaliar sua qualidade de vida, orientá-lo para o cuidado, e acionar a rede familiar e social de apoio a esse cuidador.

Além do mais, pela característica do envelhecimento populacional, muitas mulheres vivem mais tempo na condição de viúvas e com mais chances de viverem sozinhas na idade avançada. Posto que a viuvez, “condição social peculiar, inesperada, não planejada, instantaneamente modificadora da vida das pessoas” (MOTTA, 2004, p. 132), imbricada basicamente às suas relações na família, para quem a mulher deve manter-se, diferentemente do homem viúvo, um “poço de virtudes”, ligada exclusivamente a família, e quem foge desta regra imposta pelo contexto, corre o risco de ser segregada e até discriminada pela família e pela sociedade.

“Para mim a velhice é a fase conclusiva da vida, por isso tem que ser bem vivida. Vivida intensamente, ser velha assanhada!” (risos e um olhar maroto) (Turquesa, mulher, 87 anos, viúva, funcionaria pública, GF2).

A mudança dos modos tradicionais de viver a viuvez e a velhice, associada ao desemprego estrutural e a precariedade do trabalho imposta aos jovens e adultos, as novas estruturas familiares, ao processo de coabitação permanente de gerações, pela não saída dos mais jovens do lar ou pelo retorno à casa de duas ou três gerações de descendentes, irão impor a essas mulheres viúvas uma nova identidade social, pois, com suas pensões e

aposentadorias, assumem a posição de chefe da família, onde, de acordo com as idosas, ocupam uma posição que elas julgam central.

“Velhice? As pessoas não acreditam quando eu digo que agora na velhice me sinto mais eu. Agora eu que mando na casa. Ninguém me manda. Quando menina era o pai; depois de casada, o marido, agora (risos). Eles dependem do **meu quinhão**¹⁴¹” (Quartzo, mulher, 69 anos, casada, funcionária pública, GF2).

A universalização das aposentadorias e das pensões como direitos sociais, as políticas sociais de transferência de renda, como o Benefício de Prestação Continuada – BPC¹⁴² numa época em que o desemprego e o subemprego atingem, principalmente, os jovens no contexto da pobreza, têm colocado um número cada vez maior de idosos na condição de provedores de um número elevado de famílias das camadas mais pobres da população. Associado a feminização da velhice, dão a essas mulheres velhas prestígio, nunca antes alcançado, no seio familiar.

Relembro que algumas mulheres acumulam, durante suas trajetórias de vida, desvantagens de saúde e sociais, por não terem tido oportunidade de arranjar trabalho remunerado, por receberem salários reduzidos, pelas duplas jornadas de trabalho, envelhecem com baixa aposentadoria e dificuldade para se manter, portadoras de doenças crônico-degenerativas, algumas com sequelas, sem autonomia, dependentes da atenção e cuidados, e outras

¹⁴¹ Significa parte atribuída a cada pessoa na divisão de alguma coisa; cota, parcela; recebeu o menor quinhão da herança; ficou com o maior quinhão dos lucros da empresa. Utilizado pela idosa no sentido do meu dinheiro, do meu aposento, das minhas posses.

¹⁴² BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7/12/1993; pelas Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício **individual, não vitalício e intransferível**, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente.

mulheres que apesar de envelhecerem com alguma patologia crônica, possuem autonomia e independência para as AVDs e AIVDs.

Considerando as características sociodemográficas, demarco no vasto universo do cuidado às pessoas idosas, além das mulheres que cuidam de outro idoso dependente, como já discutido, as mulheres idosas que cuidam e convivem com outra pessoa idosa, mesmo portadora de alguma doença crônica, com autonomia e independência. Num novo formato de cuidado, em que tanto essa pessoa poderá ser contratada pelos familiares ou poderá acabar “ficando” por amizade para ajudar ao outro idoso nas realizações das atividades domésticas, atividades fora do domicílio, como companhia e auxiliar. Nesse caso, mesmo essas relações de cuidado no cenário social e familiar imbricadas em reciprocidade também possuem implicações em função de muitos elementos interligados, história de vida, culturais, econômicas, raciais, como face invisível de um universo complexo e multifacetado, das relações interpessoais, levando a conflitos entre ambas as partes.

“Se eu cheguei até esse ponto, graças a Deus, é porque tenho saúde e agora? Quando a gente deita, assim de manhã parece que a gente não tem vontade de levantar, mas eu faço uma força e me levanto. É, eu me levanto e vou fazer minhas coisas. Depois do almoço eu me deito um pedacinho. Toda vida fiz isso. Me levanto, aí vou ver o que vou fazer. Pego umas calcinhas, vejo se estão todas com elástico. Eu tenho seis calcinhas minhas que tirei o elástico velho fiz a bainha na máquina enfiei elástico. Acho bom, mas essa aí faz fuxico pra minha filha” (Riso). (Turmalina, mulher, 91 anos, viúva, costureira, GF1).

“Faço mesmo! A filha dela que me mandou para cá, fazer companhia para ela”. (Ônix Negra, mulher, 76 anos, solteira, costureira, GF 1).

“Ela liga, dizendo que eu só vivo na cozinha que eu não deixo ela encostar na cozinha, aí minha filha fica brava... Aí ela fala que faz mal que não sei o que aí eu falei, mas eu gosto de tá na cozinha fazendo as minhas coisas; eu não gosto de ficar sentada no sofá olhando televisão; eu olho assim os programas que eu gosto. Pois é, mas eu gosto é de olhar as notícias pra não ficar gagá. Ah não! Eu tenho que procurar alguma coisa para mim fazer. Eu lavo minha roupa, lá ela não deixava eu fazer nada, lavar minha roupa, né? Ir pra cozinha, cozinhar e tudo!” (Turmalina, mulher, 91 anos, viúva, costureira, GF1).

“Eu não posso ficar no pé dela, né?” (Risos). (Ônix Negra, mulher, 76 anos, solteira, costureira, GF 1).

“É! Pois é, nada!” (Turmalina, mulher, 91 anos, viúva, costureira, GF1).

“Graças a Deus! Ela faz as roupas delas todinha”. (Ônix Negra, mulher, 76 anos, solteira, costureira, GF 1).

“É! Eu que faço minhas roupas. Mais quando eu cheguei aqui, eu tive um problema de vista, que eu tô ainda, sabe? Eu olho assim, tem uma nuvenzinha no olho, mais eu enxergo bem de perto, costuro de perto mesmo, sabe? Muito bem, mais”. (Turmalina, mulher, 91 anos, viúva, costureira, GF1).

“Ela já costurou muito mais, mas agora tá gostando de fazer palavras cruzadas, né?” (Ônix Negra, mulher, 76 anos, solteira, costureira, GF 1).

“Eu faço também! Quando não tô fazendo nada eu faço palavras cruzadas, e aquele caça-palavras? Parada é que eu não fico! Não gosto de ficarrrr... Ah não! Então essa daqui!! Hoje, ela saiu, eu fui fazer o almoço, fiz tudo. Sabe? Só deixei o arroz pra ela cozinhar, porque eu já tava cansada de ficar em pé na cozinha. Aí, quando ela chegou só fez o arroz. Ah! Eu gosto de tá fazendo as coisas. Eu lavo minha roupa, passo no ferro, ajudo na cozinha”. (Turmalina, mulher, 91 anos, viúva, costureira, GF1).

“É isso! A senhora está vendo? Ela quer fazer coisas demais! E espera eu sair para fazer. Essa teimosia me cansa. Somos só nós duas, deixo tudo no ponto, mas é só eu sair, para ela aprontar!” (Ônix Negra, mulher, 76 anos, solteira, costureira, GF 1).

Risos. (Turmalina, mulher, 91 anos, viúva, costureira, GF1).

“Eu também tô velha, ora! Tenho mais doença que ela! Aqui não me cuido, não tenho convênio, nem condições de pagar consulta. Lá no Rio tenho os meus médicos, a enfermeira do posto, todos gostam de mim! Ganho meus remédios. Aqui nem sei como está a minha pressão. Vou falar para a filha dela, vir passar uns meses com ela, para fazer companhia. Na realidade, o que filha queria mesmo era descansar um pouco, não aguentava mais. Me mandou para cá e foi viajar por aí com as amigas dela. Eu tenho que voltar. Deixei minha casa fechada. Minha filha, minha neta. Minhas clientes. E eu preciso me cuidar também. Pôxa!” (Ônix Negra, mulher, 76 anos, solteira, costureira, GF 1).

Pelo exposto, a intensidade da ajuda oferecida pelo cuidador dependerá do grau de incapacidade funcional da pessoa idosa a ser cuidada, do ponto de vista físico e emocional, do número e da qualidade das necessidades dos idosos no âmbito do manejo da vida prática, dos déficits comportamentais e dos distúrbios cognitivos. Então, as exigências do cuidado implicam na sobrecarga do cuidador, causadora de problemas físicos e mentais, isolamento social, estresse e desarmonia familiar, e em alguns casos depressão. Portanto, o ato de cuidar “pressupõe um *continuum* que vai das trocas normais entre pessoas completamente independentes ao cuidado total envolvendo vários tipos e assistência, que podem ocorrer em vários locais” (NERI, 2002, p. 21), dependentes do curso da doença e das mudanças das exigências do cuidado.

As normas sociais em relação ao cuidado têm aspectos subjacentes que excedem os limites da determinação social, econômica, etária, de parentesco e de amizade. Assim, cuidar é uma experiência heterogênea, com variáveis históricas, culturais, raciais, geracionais, entre as relações cuidador(a) – idoso(a), principalmente, na relação da cuidadora idosa – idosa, com os vários aspectos que implicam no estresse da cuidadora, que demarcam os fatores de risco para os diversos tipos de violências.

Esse tipo de violência, imposta às mulheres idosas no contexto da pobreza, pelas dificuldades enfrentadas pelos problemas interpessoais e familiares, que não conseguem prover a si próprias as necessidades básicas, cuidando de outra pessoa idosa, sem apoio de outros familiares. Pois bem, isto ainda não foi denominado apropriadamente, pois tanto no meio acadêmico quanto na enunciação de Políticas e Práticas sociais, as distintas expressões da violência são utilizadas com sentido equivalentes: violência contra a mulher, violência de gênero, violência doméstica, violência familiar e intrafamiliar¹⁴³.

Destarte, nenhuma das formulações denota a completude conceitual das violências impostas às mulheres velhas no contexto imbricado da pobreza. Por estarem inseridas num conjunto de relações reconhecidas como violentas, muitas mulheres sofrem ao mesmo tempo diversas modalidades de violência. Além do que, pelo envelhecimento populacional, pela feminização da velhice e da pobreza, pelas mudanças habitacionais, no trabalho e familiares a mulher idosa cuidadora será alvo frequente da violência nas suas várias facetas, com maior repercussão no contexto da pobreza estrutural; portanto, demarco-a como uma tipificação da violência estrutural – social.

¹⁴³ Discutidas no capítulo 1, sub item 1.1.

4.4. Velho não é problema: o que tenho raiva é de ser velho pobre: violências no cenário da pobreza.

Como já abordei nos tópicos anteriores, o crescimento populacional ao mesmo tempo em que é uma conquista para os países em desenvolvimento, constitui-se em desafios decorrentes da “busca de novos modelos valorativos do envelhecimento e da resignificação do envelhecimento, da doença e da morte, com implicações sociais e econômicas variadas e complexas” (SANTOS; RIFIOTIS, 2003, p. 141) que se refletem na sociedade, na estrutura das famílias, sobre as pessoas em fase de envelhecimento, que se concretizam em diversas formas de violências. Além do mais, não se pode pensar na violência em relação à pessoa idosa, nem em relação aos que o cercam, sem analisar a complexidade das relações sócio afetivas e socioeconômicas, e às mudanças de comportamento das pessoas velhas.

Na Contemporaneidade, os desafios gerados pelas condições sociais dos idosos e suas famílias se concretizam em problemas decorrentes da reconfiguração das relações intergeracionais e familiares, como fatores de risco de violências contra o idoso no seu contexto social e familiar, cerne da violência social. Além do mais, na medida em que as estruturas organizadas e institucionalizadas dos grupos familiares, bem como a cultura, a economia e a política carregam em si a opressão dos indivíduos, grupos, classes e nações que não têm acesso às conquistas da sociedade, como um segmento mais vulnerável aos sofrimentos e à morte (SILVA; FRANÇA, 2006, p.129), como uma dimensão da violência estrutural.

Por essa perspectiva, as violências decorrentes das Políticas econômicas e sociais, de acordo com Pasinato, Camarano e Machado (2006), são impostas como geradoras e multiplicadoras de desigualdades e as normas culturais intrínsecas à sociedade são legitimadoras da violência social. Além do mais, a violência perpetrada pela sociedade geralmente não é direta, mas estabelecida por meio de negligência que trazem sofrimento aos idosos, algumas vezes imperceptíveis, noutras ocasiões bem visíveis pela população como, (SILVA; FRANÇA, 2006, p.125-126), por exemplo, a violência estrutural

das condições de vida, do trânsito e da mobilidade urbana, em que as ruas e calçadas impõem riscos eminentes de quedas.

“A senhora sabe, velho pobre anda de pés, bicicleta, pra mim não dá mais, o joelho não deixa. E, de ônibus. Estou para voltar a andar no lombo de burro (risos). Ônibus tá no que tá! E as ruas? Tudo quebrado, buraco para todo lado. Se velho cair, já viu né!” (Ágata, mulher, 77 anos, viúva, funcionária pública, GF2).

No que se refere aos transportes coletivos e aos serviços urbanos em geral, apesar da adaptação de alguns veículos e paradas de ônibus, projetos arquitetônicos e urbanísticos dos espaços públicos para facilitar a locomoção; as reclamações dos velhos em relação: à dificuldade de subir ou descer dos ônibus; às condições de calçadas e ruas; ao despreparo dos motoristas, cobradores e fiscais dessas empresas de transportes coletivos de como atender a esse segmento populacional; registrada em queixas frequentes de abandono nos pontos de ônibus e maus-tratos impostos aos idosos pelos profissionais tudo isto é frequente.

“Eu nem gosto de falar, pois dizem que o velho reclama de tudo, que acha tudo difícil. Mas cada dia tá pior andar de ônibus. Parece que eles fazem de propósito quando vê um velho no ponto. Passam e não param. Se param saem correndo, não esperam a gente subir. E o povo das cadeiras? Fingem que não vem a gente entrar”. (Esmeralda, mulher, 81 anos, viúva, do lar, GF3).

“É isso mesmo dormem logo, porque pensam que a gente vai exigir o lugar”. (Opala, mulher, 64 anos, viúva, funcionária pública, GF2).

“Às vezes estou na parada de ônibus e o motorista não para. Sabe que o meu dinheiro é a carteirinha. Se eles veem velhos na parada de ônibus, já sabe”. (Fluorita, mulher, 82 anos, viúva, Funcionaria pública, GF2).

“Noutro dia no ônibus por ter esquecido a carteira de idoso o motorista exigiu que eu pagasse a passagem. Me recusei a pagar e mostrei a identidade. Ele me olhou e disse: “Vai velha”! Eu lhe respondi: ‘Que Deus te abençoe para que tu sejas um velho feliz e respeitado’”. (Turquesa, mulher, 87 anos, viúva, funcionaria pública, GF2).

A violência sofrida pelos idosos nos transportes coletivos constitui-se numa violência relatada a miúdo pelas pessoas idosas, conhecida pelos órgãos de defesa dos idosos, mas ainda com pouca atenção quanto a sua dinâmica cotidiana e repercussões sobre o segmento populacional no seu contexto. Ao ferir o direito de ir e vir das pessoas idosas no contexto da pobreza impõe a esses idosos o confinamento em seus lares, os obriga à dependência a outras pessoas familiares ou não, aos quais relegam os seus afazeres que deveriam

fazer fora do domicílio, como receber seus proventos, adquirir suas medicações, marcar e fazer suas consultas médicas, participar de atividades religiosas e em grupos de convivência, o que poderá levar ao isolamento social, que tanto pode ser causa de violência como consequência da mesma, como também um dos fatores de risco para várias modalidades de violências impostas ao segmento idoso.

“Por isso, já evito sair de casa, mas tenho que resolver minhas coisas... Acabo pedindo meu filho ou minha neta para receber meu dinheiro, aí já sabe, né!” (Opala, mulher, 64 anos, viúva, funcionária pública, GF2).

“Minha filha já disse: “Mamãe, deixa, eu vou para a senhora”. Eu não gosto, gosto de resolver minhas coisas, comprar minhas coisinhas... E depois eles quando vão acabam comprando ou resolvendo umas coisas deles! Ai! Eu não posso dizer nada, tão **fazendo um favor**”. (Fluorita, mulher, 82 anos, viúva, Funcionaria pública, GF2).

Além do mais, os crimes aos quais frequentemente as pessoas estão submetidas na sociedade, como um todo, também atingem as pessoas idosas, como o furto e o roubo, “num contexto de precarização econômica, desemprego, desigualdade e de negação do pacto de direitos humanos e sociais” (FALEIROS, 2007, p. 41).

“E ainda tem mais, além de não se poder mais andar de ônibus. Não se pode mais sair de casa por causa dos gatunos¹⁴⁴, eles gostam de atacar os velhos que vem do banco. Minha filha não quer mais que eu vá receber meu aposento”. (Topázio, homem, 83 anos, viúvo, comerciante, GF3).

“Noutro dia, perto de casa indo para a igreja, um quis tomar minha bolsa, ainda bem que meu vizinho deu um grito, alertou as outras pessoas. **A coisa tá difícil**”. (Ágata, mulher, 77 anos, viúva, funcionária pública, GF2).

“Tudo diferente de antigamente, tinha lalau¹⁴⁵, sempre teve, mas agora **a coisa tá pior**”. (Rubi, homem, 90 anos, casado, estivador, GF1).

“Ora, noutro dia saindo daqui, no caminho de casa, tomaram minha bolsa, com tudo dentro, dinheiro, era pouco, mas era meu, documento, meu breviário¹⁴⁶ e até a receita. Meu cordãozinho de Jesus também levaram. Agora tô com medo de até botar a cara na porta. Ainda mais no domingo que não se vê ninguém na rua. Nem na missa não vou mais, assisto na TV”. (Apatita, mulher, 87 anos, solteira, técnica em contabilidade, GF1).

Em todas as investigações, estudos, pesquisas, as pessoas velhas sofrem violências sobre várias formas e em vários contextos na rua e no interior das casas. Apesar de ser um fenômeno cada dia mais frequente, ainda

¹⁴⁴ Gatuno: Ladrão, larápio, pessoa que faz pequenos furtos.

¹⁴⁵ Lalau: Ladrão, desonesto, assaltante a mão armada.

¹⁴⁶ Breviário ou liturgia das horas ou ofício divino: livro de orações quotidianas para diversos momentos do dia, através de salmos e cânticos.

é subdiagnosticado e subnotificado. No caso das violências urbanas, os idosos não fazem a denúncia, por acharem que é natural dos tempos modernos, ou pela certeza da impunidade, “de que não resolve”, ou por conhecerem o agressor temem pela própria vida e de seus parentes.

“O que fazer, minha filha? Hoje as crianças começam logo cedo. Lá na rua muitos ainda são de menores e já roubam. De pobre, eles roubam. Veja só”. (Âmbar, mulher, 79 anos, viúva, servente, GF3).

“Não adianta reclamar, para quem? Resolve? Prendem hoje, amanhã tão de novo na porta da gente, e aí? Voltam com mais raiva, sabem aonde a gente mora, que passa o dia sozinha, que é velha. Fico com medo!” (Hematita, mulher, 82 anos, viúva, costureira, GF3).

“Vou lhe dizer: Não tenho vergonha, o meu bairro... Quando vim para cá era bom. Agora, não digo que não tem gente de bem, tem. Vi muito desses meninos crescer. São as drogas, tá demais!” (Topázio, homem, 83 anos, viúvo, comerciante, GF3).

“É Isso mesmo! Eles não tem mais vergonha, usam de dia mesmo, para todo mundo ver. Depois dá no que dá. É isso!” (Citrino, homem, 91 anos, casado, lavrador, GF1).

“Tanta violência assusta a gente. Falo pros meninos lá de casa se afastar de certas amizades. Peço a Deus pra livrar meus netos!” (Rubi, homem, 90 anos, casado, estivador, GF1).

Assim, tanto no contexto da violência urbana como da violência imbricada nas relações familiares e sociais, a visibilidade da violência apenas pela agressão física, pela criminalidade, em que as outras formas são vistas, ou melhor, denotadas como não violência, por sentimentos de passividade, de naturalidade, de conformismo implicado pela fé e pela religiosidade das pessoas idosas.

“Podem dizer que eu sou velha, para mim pouco importa o que dizem. Ser velho é uma **dádiva divina**”. (Fluorita, mulher, 82 anos, viúva, Funcionária pública, GF2).

“Velha eles dizem, não tenho preconceito: **tenho fé em Deus**. E isso é tudo”. (Esmeralda, mulher, 81 anos, viúva, do lar, GF3).

“**Agradeço a Deus** por acordar, estar aqui. Apesar de tudo que passei e ainda estou passando”. (Topázio, homem, 83 anos, viúvo, comerciante, GF3). (Rubi, homem, 90 anos, casado, estivador, GF1).

“Velho é bom, tem a experiência, **a confiança em Deus**, nos médicos, na família, nas pessoas amigas, se não tiver (deu de ombros) O importante é ter a confiança em Deus”. (Larimar, mulher, 74 anos, viúva, do lar, GF2).

“Nós que temos que cuidar desse corpo aqui que eu costumo dizer que é **templo de Deus**, saudável, para que mais dias nós tenhamos... Peço a

Deus mais anos de vida com saúde. Isso é que é importante”. (Jaspe, mulher, 76 anos, viúva, lavadeira, GF3).

“**Peço a Deus** que me dê saúde, para eu ver minha neta formada. Luto mais por causa dela; eu já tô velha mesmo. Peço a Deus que eu não morra antes de ver ela formada”. (Quartzo, mulher, 69 anos, casada, funcionária pública, GF2).

No cenário domiciliar, as pessoas idosas, vítimas de violências praticadas pelos familiares, e mais especialmente as mulheres velhas, não denunciam esse tipo de violência por não vislumbrá-las como tal; pelo medo da denúncia e não terem com quem ficar depois; pela cumplicidade entre ela e o agressor; por alimentarem sentimento de afeto em relação aos seus parentes, na maioria das vezes, filhos e netos; pelo simbolismo ou imaginário da confiança em dias melhores imbuída pela fé, na certeza que vão conseguir modificar o perfil violento, áspero, ranzinza, intransigente de alguns de seus parentes, que são “obrigadas” a coabitar pelas condições socioeconômicas de ambos.

“**Rezo todo dia** para Nossa Senhora **colocar um remorso no coração** dele, para ele passar a respeitar a mãe dele. Levanta falso para todo mundo dizendo que eu não lavo a mão. Estudou para levantar falso da mãe?? Rezei tanto que agora ele melhorou um pouco”. (Alexandrita, mulher, 76 anos, viúva, lavadeira, GF3.).

Inseridos neste quadro de grandes mudanças que acompanham durante sua trajetória de vida, as velhas e os velhos, reafirmam a importância da família como um valor social e como a instância fundamental na sociedade brasileira para a construção da identidade. A família se apresenta, assim, como espaço onde se confrontam e se mesclam valores que privilegiam o indivíduo e aqueles que acentuam a importância do grupo social (BARROS, 2004, p.20). Com repercussões marcantes no contexto da pobreza.

“**Velho não é problema: o que tenho raiva é de ser velho pobre.** Às vezes quero resolver alguma coisa e a situação financeira não permite, como pagar as contas do IPTU e as outras despesas. Primeiro tenho que ver as outras contas, muita gente lá em casa, já viu, né!” (Âmbar, mulher, 79 anos, viúva, servente, GF3).

“**Fico com muita raiva.** Sou feliz com minha velhice, se já cheguei aos meus 75 anos! E quero chegar muito mais... E minha pobreza? Poxa, não queira muito, não! Só poder pagar minhas coisas!!! Cada dia tá mais difícil, aparece mais bocas” (muxoxo) (Coral, mulher, 75 anos, viúva, costureira, GF2).

E também, pela dinâmica da sociedade moderna, a família convencional, que em decorrência de divórcios, retorno dos filhos para casa dos pais trazendo os netos, filhos advindos de relações matrimoniais diversas, não é mais a mesma. “Modifica seus interesses em torno da busca de sua autonomia e decorre da forte individualização de cada um dos sujeitos” (BLESSMANN et.al., 2012, P.31). Representa o modo como a sociedade assume as famílias reconstituídas ou recompostas¹⁴⁷, as famílias monoparentais¹⁴⁸, as famílias homoparentais¹⁴⁹. Ademais, pelo crescente envelhecimento populacional, a pessoa idosa passa a coabitar “em espaços e tempos já ocupados e ritualizados por outros” (FALEIROS, 2009, p. 68). Fatores determinantes de conflitos geracionais, de violências entre parentes, dentro do domicílio. E pelo sentimento de “não ter outro jeito” a pessoa idosa decide por atitudes extremas como forma de manter a relação intrafamiliar mais pacífica possível.

“Quando alguma coisa me zanga ou **para não me aborrecer**, faço que sou surda e muda. E deixo eles para lá. Pensam que eu tô ficando broca; não me importo, deixa pensar....o que não quero é me aborrecer mais. Já chega!” (Esmeralda, mulher, 81 anos, viúva, do lar, GF3).

Em decorrência de novas composições familiares, as relações intrageracionais na família, além das profundas transformações socioeconômicas, culturais e do aumento da expectativa de vida, fazem com que as velhas movidas pela “responsabilidade natural” advinda dos vínculos de parentesco e da incorporação de responsabilidade no plano de valores, naturalizada pela cultura e reforçada pelas legislações, permaneçam no papel de chefes de família, colocando-se como o elo intergeracional, oferecendo múltiplas formas de apoio inerente aos cuidados e à proteção do restante da família.

“Resolvi dormir pela manhã até mais tarde, só levanto quando ele (filho) sai, e passei a dormir cedo, quando ele chega já estou dormindo, para evitar complicações. Filho é filho e eu sou mãe, como falar de um filho para os outros filhos? **Não falo nada para evitar desarmonia entre eles**, e assim, vou levando a vida. Aprendi a fazer assim, para evitar mais conflitos. Eu

¹⁴⁷ Famílias compostas ou recompostas são aquelas que têm um domicílio constituído por um casal no qual pelo menos um dos cônjuges tenha um passado matrimonial e a guarda de um de seus filhos (BLESSMANN et.al., 2012, p.30).

¹⁴⁸ Família monoparental significa a formação de uma família em que apenas um dos pares assume a filiação e constitui um núcleo familiar a partir dessa decisão (BLESSMANN et.al., 2012, p.30).

¹⁴⁹ Família homoparental constituída por indivíduos do mesmo sexo (BLESSMANN et.al., 2012, p.31).

moro com ele mesmo, ele me faz companhia, um ajuda o outro. Os outros filhos tem a casa deles, as mulheres deles, os filhos deles, o trabalho, eles trabalham muito... Faço tudo dentro de casa, não tenho empregada, o dinheiro é meu, a casa é minha. Como vou para a casa dos outros? Isso não! Ele tem um gênio difícil, a mulher não aguentou, então". (Aragonita, mulher, 81 anos, viúva, funcionaria publica, GF3).

Em contrapartida, esses velhos imbuídos da responsabilidade de chefes de família exigem ou esperam respeito a sua autoridade de mãe, pai, avó, ou avô, ao seu jeito de pensar "antigo", compartilhamento das responsabilidades em relação ao orçamento e às atividades domésticas, outro fator de risco para os vários tipos de violência.

"Meu dinheirinho é pouco, mas **tenho que ajudar os meus**, tiveram pouco estudo, não pude dar muito para eles; eu também não tive estudo. Bem que tentei, mas não tive condições. Minha filha teve filho cedo, o marido abandonou ela com os filhos pequenos, voltou lá para casa. Meu filho é ajudante de pedreiro, nem sempre tem serviço. Essa época de inverno¹⁵⁰, então, fica sem nada. Assim, o pouco que eu ganho da pensão do falecido junto com meu aposento mal dá pra as despesas da casa. Para ajudar eu vendo suquinho para os meninos de colégio na porta de casa e minha filha vende uns produtos de casa em casa. Passar fome, não senhora, isso não, mas vivemos com aperto. Para minha neta eu não quero a mesma sorte minha e da minha filha. Crio ela do meu jeito. Nada de modernidade". (Quartzo, mulher, 69 anos, casada, funcionária publica, GF2).

Por essa perspectiva, de que onde há conflitos há violências, as dimensões da violência estão entrelaçadas e acontecem em espaços sociais próprios e poderão afetar os indivíduos, mesmo que aconteçam em campos distintos. Posto que, no dia a dia ocorrem múltiplos, fragmentados, complexos eventos de violência. A primeira vista, isolados uns dos outros, mas manifesta a heterogeneidade da violência nas suas expressões de dominação, de discriminação, de rejeição, de exclusão, de periferização, de marginalização, de negligência. "Enfim de negação do outro e da diferença. Essa violência social impregnada nos hábitos e na cultura cotidiana, faz com que o agressor sequer perceba que está exercendo violência em sua própria casa" (FALEIROS, 2007, p. 40).

E faz com que o idoso, no contexto da pobreza, se depare com violências manifestadas tanto em grupos familiares como em instituições sociais, dependendo das condições sociais em que se encontra. Nesta direção,

¹⁵⁰ O Estado do Maranhão geograficamente situado na região Meio Norte e, portanto, não possui as quatro estações do ano bem demarcadas, apenas a época com muita chuva e sem chuva. Popularmente o tempo das chuvas é denominado tempo invernososo.

pode-se dizer que “a violência se apresenta em âmbito familiar, institucional e em sociedade, o que permite inferir que o idoso permanece em situação de violências contínuas” (BLESSMANN et. al., 2012, p.37).

O exposto não permite agregar todo tipo de violência imposta às pessoas idosas numa única linha classificatória. Parto do princípio de que sociedades diferentes secretam violências diferentes, impostas pela realidade estrutural de cada contexto. Assumo que o nosso país encontra-se num momento do desenvolvimento econômico. Para tanto os governantes, decidem por atitudes na tentativa de atingir cifras que o coloque no rol dos países desenvolvidos, a um preço elevado para toda população, em especial aquelas em situação de vulnerabilidade social. E, no meio deste contexto, o país vislumbra um vertiginoso envelhecimento populacional, imbuindo um cenário de novos desafios.

Além do que, pela lógica do sistema capitalista de produção, as questões relacionadas à população idosa não são prioritárias, mas, sim, as relacionadas com o desenvolvimento econômico. Em que as medidas, tidas como inovadoras para esse segmento populacional, são paliativas e inócuas, e não solucionam as diversas problemáticas das pessoas em fase de envelhecimento.

A solução passaria, portanto, não só para as pessoas velhas, mas para a população como um todo, por salários dignos, melhor distribuição de renda, investimentos maciços em educação e saúde, habitação digna, alternativas de habitação para as pessoas idosas, transporte coletivo eficaz e eficiente, vias públicas e moradias com acessibilidade, saneamento básico em todas as regiões brasileiras, entre outros. Isso não ocorre por não ser prioritário, por atingir segmentos populacionais cuja especificidade de ação reivindicatória é nula, “o que facilita o desdém governamental, para quem soa mais alto o ciciar resmungamento de um industrial do que o clamor da miséria” (ODALIA, 2004, p. 40) de pessoas num círculo geracional de pobreza.

Pelo pressuposto, demarco a existência de tipos da violência social, que atingem um segmento populacional, como um fato estrutural, e designo essa violência, de *estrutural-social*, pois decorre, sobretudo, de fatores

estruturais que contribuem para as violências sociais que agridem as pessoas idosas num contexto de pobreza.

5 CONCLUSÃO

À guisa de conclusão, destaco os conteúdos de maior relevância construídos ao longo do desenvolvimento do percurso da pesquisa realizada sobre o fenômeno da *violência estrutural social em diversos cenários de vida de velhas e velhos* vivendo numa sociedade capitalista marcada pela exploração e a violência na contemporaneidade.

O crescimento da população idosa no nosso país - decorrente do aumento da expectativa de vida, da diminuição das altas taxas de natalidade, da melhoria no acesso da população a bens e serviços, do aumento da escolaridade, das campanhas de vacinação, da prevenção de doenças e dos avanços técnico-científicos -, é uma realidade inegável. Constituindo-se numa das maiores conquistas da Humanidade, mas ao mesmo tempo, revela-se um dos maiores desafios para a sociedade em todos os aspectos, tanto, culturais, econômicos, de políticas públicas, sociais e estruturais.

Nos últimos 60 anos, no Brasil, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos, cresceu vertiginosamente de 4% (1,7 milhão) em 1940 para 8,6% (14,5 milhões) no ano 2000. Projeta-se para o ano de 2025 um contingente de aproximadamente 32 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos, o que representará aproximadamente 15% da população total. Esse fenômeno tornará o Brasil o sexto país com maior número de idosos no mundo.

No Brasil, tal como nos demais países em desenvolvimento, o processo de transição demográfica tem ocorrido num ritmo muito rápido e acentuado com peculiaridades, tais como: o aumento cada vez mais intenso da

população “muito idosa” (de 80 anos e mais), a feminização da velhice e a heterogeneidade regional.

A rigor, a feminização da velhice, a primeira vista alvissareira, não significa que as mulheres idosas desfrutem de melhores condições sociais e de saúde do que os homens da mesma faixa etária. Na verdade, um número expressivo dessas mulheres enfrenta riscos maiores de sofrer uma ou mais doenças crônico-degenerativas, de acumular danos que leve ao declínio funcional, a dependência e a perda de autonomia; de maior possibilidade de internação hospitalar e institucionalização. Ademais, como vivem mais que os homens, às mulheres têm maior tendência a envelhecer sozinhas; maior probabilidade de envelhecer mais pobres do que os homens, com sua parca aposentadoria ou pensão, provedoras da sua família. Fatos que repercutem como fator de risco para vários tipos de violências contra esse segmento populacional.

Destarte, nosso país é caracterizado por evidentes contrastes entre regiões, por contundentes desigualdades sociais no que se refere aos aspectos de oportunidades sociais, de Educação, de Saúde e de trabalho para as pessoas em processo de envelhecimento. Assim sendo, o acelerado ritmo de envelhecimento no Brasil, num cenário de profundas transformações sociais, culturais, físicas e psicológicas, tem criado e vem criando desafios para a sociedade na contemporaneidade. Nesse contexto, para a maioria das velhas e dos velhos brasileiros viver mais não significa viver com qualidade de vida e dignidade.

Além do mais, o envelhecimento nem sempre traz um desgaste global a todas as pessoas que, cada vez mais, envelhecem com saúde, em plena atividade física e intelectual. Mas a imagem da pessoa de cabelos brancos, de óculos, surda, corcunda, de muleta, suja, numa cadeira de embalo, ranzinza, decrépita, feia e “esclerosada” tem povoado o imaginário da sociedade. As ideias preconceituosas em relação ao ser velho são expressas nas histórias infanto-juvenis, na mídia, na publicidade, no anedotário popular, no discurso dos profissionais das diversas instituições, na família; enfim, nas relações sociais, sustentadas por um aparato ideológico que permite construir e manter uma imagem estereotipada da velhice. Estes mitos e preconceitos fundamentam a discriminação e a rejeição desse segmento populacional.

O significativo aumento da expectativa de vida faz com que cada vez mais pessoas de faixa etária diferente convivam entre si no interior do espaço domiciliar; assim, com a presença de diversas gerações, o espaço físico exíguo e as dificuldades financeiras geram diferentes relações interpessoais de onde emergirão conflitos intergeracionais. A este aspecto associam-se as desigualdades sociais, a cultura preconceituosa - de valorização da juventude, a fragilidade e dependência - impostas pelas limitações física, cognitiva e social; portanto, a violência contra esse grupo populacional ocorre de vários modos e em diferentes cenários e contextos.

As categorias e tipologias para designar as várias formas de violência contra as pessoas idosas são estabelecidas internacionalmente em física, psicológica, financeira, sexual, abandono e negligência.

Estudos e pesquisas demonstram que pessoas de todos os países e regiões, de todo status socioeconômico, etnia e religião são vulneráveis à violência consubstanciada nos diversos tipos. Além, do mais, a violência contra as pessoas idosas, em todas as suas formas, ocorre predominante no seio familiar, com especificidade de gênero, posto que, no interior do domicílio as mulheres, proporcionalmente, em relação aos homens vitimizados, são vítimas em potencial.

Nesse sentido, cumpre ressaltar-se que o segmento idoso sofre uma violência indireta na medida em que lhe são negados cuidados necessários, para além do contexto familiar, pela Gestão pública ineficiente, inoperante e discriminatória, pelas condições de vida desde a infância, pela falta de oportunidade de Educação e trabalho para todas as idades. Destarte, as violências contra as pessoas idosas manifestam-se em maneiras de tratá-la e representá-la, de forma interpessoal, institucional e estrutural. A violência estrutural não é um fator natural. Está presente e é parte constituinte do modo de produção capitalista e das relações sociais, portanto, está enraizada no bojo da sociedade capitalista. Reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e a discriminação que se expressa de múltiplas formas.

No Brasil, a pobreza possui e expressa manifestações peculiares, que apontam para a condição de “viver nas margens”, nas “periferias da vida social”. A pobreza contemporânea, que permeia a inserção no trabalho, o acesso às Políticas Públicas nas condições do viver, e o cotidiano imerso nas margens além de atingir os jovens agride também as pessoas em fase de envelhecimento.

Nesta perspectiva, delimito como marcadores do ser pobre em tempos contemporâneos: a) inserção precária no mundo do trabalho, sem acesso ao mercado laboral com garantias e direitos trabalhistas; envereda-se na complexa teia da economia informal; b) precariedade de vida com acesso restrito e limitado aos bens e serviços na satisfação das necessidades sociais do bem viver; c) consumismo como forma de existência social, afirmando identidades pela posse das quinquilharias da mercantilização, signos do sucesso; d) inserção no contexto das violências, como banalização da vida.

Sob esse contexto, considero que as violências que atingem “as velhas e os velhos”, tal como uma epidemia, afetados pela estrutura desigual e injusta, refletem o aprofundamento ou a intensificação da visibilidade da violência estrutural no âmago das relações sociais, estudadas e vislumbradas por várias vertentes de pesquisas. Têm como característica essencial a visibilidade da violência como fenômeno social que se inscreve nas relações sociais e em suas manifestações específicas, mantendo ativos os focos de sua produção e reprodução, os quais se expressam nas relações de gênero e de gerações. A esse fenômeno social deletério implica pensar a violência em sua complexidade como fenômeno social total. Demarco-a como uma nova categoria analítica a **VIOLÊNCIA ESTRUTURAL SOCIAL** contra as pessoas idosas.

Essa nova configuração da violência perpassa o cenário das velhas e dos velhos constituinte do universo de estudo desta pesquisa. Assim, a partir dos seus discursos, demarquei quatro dimensões analíticas da violência estrutural-social contra as pessoas idosas: a) a violência dos mitos e

preconceitos; b) do (des)respeito por parte dos jovens e a não aceitação por parte dos idosos; c) das relações do cuidar de uma pessoa idosa e as implicações do não cuidado de quem cuida; d) da estrutura e do cenário da pobreza, propriamente dita.

Considerando o macrocontexto da geração da violência, não posso deixar de enfatizar a necessidade premente de investimentos em Educação, infraestrutura, Saúde, habitação, transporte, Segurança pública, como forma de implantar e implementar novos hábitos e novos conceitos que possam embasar a disseminação de uma cultura de paz e amparo social para todas as idades, em todos os contextos.

Vislumbro, também, possibilidades de que com medidas tais como o estabelecimento da equidade social em busca de uma sociedade justa; o estímulo a ações que promovam educação gerontológica na sociedade, na comunidade, na escola, na mídia, na família, visando o combate aos mitos e preconceitos contra a velhice; o estímulo a pesquisas quanto às várias formas de violência contra as pessoas idosas; a implementação de Políticas Públicas no que diz respeito à prevenção, reconhecimento e combate às várias formas de apresentação de violência contra o segmento idoso; para que o imenso universo de “velhas e velhos” brasileiros - cada dia mais numeroso -, seja tratado com respeito e atenção e não como pena ou favor, mas como direito de cidadania adquirido de fato.

Por conseguinte, apesar do título determinado pela academia de “conclusão”, nesta pesquisa não há uma conclusão, uma vez que não a apresento como algo acabado, fechado, como verdade absoluta e irrefutável.

Esta tese de doutorado é ampliação da minha compreensão e de meu *feeling* acerca da *violência contra a pessoa idosa* que desenvolvi utilizando a “pérola” e as “pedras preciosas” dos discursos das pessoas idosas participantes da pesquisa, acrescidas das “pedras” do percurso metodológico percorrido, o que resultou na construção de uma nova categoria analítica a VIOLÊNCIA ESTRUTURAL-SOCIAL CONTRA PESSOA IDOSA.

REFERÊNCIAS

- AGUDELO, S F. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARRERO M L (org). **Equidade e Saúde: contribuição da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- ALMEIDA, Suely Souza. Essa violência mal-dita. In: ALMEIDA, Suely Souza (org). **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007. p.23-42.
- ALMEIDA, Vera Lúcia Valsechi de. Velhice e projeto de vida: possibilidades e desafios. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta (org). **Velhice envelhecimento complex(idade)**. São Paulo, SP: Vetor, 2005. p.93-110.
- ALVES, Rubem. **Ostra feliz não faz pérolas** . São Paulo, SP: Editora Planeta Brasil, 2008.
- ARAÚJO, Maria do Socorro Sousa de. **Fome de pão e de beleza: pobreza, filantropia e direitos sociais**. São Luís: EdUFMA, 2009.
- ARAÚJO, Paulo Ricardo da Rocha. Os desafios da longevidade: (des)construções de paradigmas sobre a qualidade de vida. In: FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud (org). **Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz**. Brasília, DF: Universa, 2006. cap. 1, p.13-24.
- ARCURI, Irene Gaeta. Velhice: da gerontofobia ao desenvolvimento humano. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta (org). **Velhice envelhecimento complex(idade)**. São Paulo, SP: Vetor, 2005. p.35-56.
- ARENDT, Hannah. **Sobre a violência**: Tradução de André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- ASSIS, Mônica de. Aspectos Sociais do Envelhecimento. In: SALDANHA, Assuero Luiz (org). **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2ª ed.. Rio de Janeiro, RJ: Interciência, 2004. p.41-47.
- BARROS, Myriam Moraes Lins. Envelhecimento, cultura e transformações sociais. In: PY, Ligia; PACHECO, Jaime Lisandro; SÁ, Jeanete Lisch Martins; GOLDMAN, Nigri Sara (org). **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora, 2004. cap. 2, p.39-60.
- BARROS, Ricardo Paes de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. **Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001, junho.

BARROSO, Maria José. **O idoso e a construção do envelhecimento saudável**. Fortaleza, CE: Associação Cearense Pró Idosos – ACEPI, 2002.

BASIL. **Lei 10741 de 01 de outubro de 2003**: Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BASSIT, Ana Aahira. Na condição de mulher: a maturidade feminina. In: PY, Ligia; PACHECO, Jaime Lisandro; SÁ, Jeanete Lisch Martins; GOLDMAN, Nigri Sara (org). **Tempo de Envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora, 2004. cap. 6, p.137-158.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1990.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 75, 2003.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; WATANABE, Helena Akemi Wada. Violência contra idosos: do invisível ao visível. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, I G (org). **Velhice envelhecimento complex(idade)**. São Paulo, SP: Vetor, 2005. p.305-326.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; WATANABE, Helena Akemi Wada. Violência Institucional contra pessoas idosas. In: BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; MALAGUTTI, William (org). **Rompendo o silêncio**: faces da violência na velhice. São Paulo, SP: Martinari, 2010. p.226-292.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. Piadas de "mau gosto" sobre pessoas idosas: a disseminação do preconceito à velhice. **ATERCEIRIDADE: estudos sobre o envelhecimento**, SESC, v. 23, n.54, p. 7-48, 2012.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva **Velhos, Cães e Gatos: Interpretação De Uma Relação**. 180 f. 45f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2014.

BLESSMANN, Eliane Jost; RAUTH, Jussara; HERÉDIA, Vania Beatriz Merlotti. **Violência contra a pessoa idosa**. ed. Letras & Vida. Porto Alegre, RS: reflexões sobre a família, o estado e a sociedade, 2012. p.7-18.

BOARETTO, Roberta Cristina; HEIMANN, Luíza Sterman. Conselhos de representação de idosos e estratégias de participação. In: SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (org). **As Múltiplas faces da velhice no Brasil**. 1ª ed.. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003. cap. 4, p.105-128.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 1992.

BORGES, Maia Claudia Moura; BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. A pessoa idosa no sistema único e assistência (SUAS). In: BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; BORGES, Claudia (org). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. cap. 3, p.67-98.

BOSI, Ecléa. O Tempo Vivo da Memória: ensaios de psicologia social. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**: Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.

BRASIL. **Lei 8842 de 04 de janeiro de 1994**: Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília, DF: Presidência da República, 1994.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa**. ed. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, Documenta 15, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa**. ed. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, Documenta 17, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01**. ed. Ministério da Saúde. Brasília, DF: publicada no DOU nº 96 seção 1E, de 18/05/01, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica nº 19, 2006.

BRASIL, Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília, DF: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CALDAS, Célia Pereira. Cuidado Familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: SALDANHA, Assuero Luiz (org). **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro, RJ: Interciência, 2004. p.41-47.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, S; MELLO, J L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (org). **Os Novos Idosos Brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. **Idosos brasileiros** : indicadores de condições de vida e acompanhamento de políticas. Brasília, DF: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CAMARANO, Ana Amélia; COSTA, Maria Fernanda Lima. Democracia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In:MORAES, Edgar Nunes (org). **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 2008. cap. 1, p.3-20.

CAMARANO, Ana Amélia. Idosos brasileiros: indicadores atuais. In:CAMARANO, Ana Amélia (org). **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2010. p.38-46.

CARDOSO, Carla Lúcia Penha; SILVA, Kleiton Costa. Contribuição da atividade física em idosos com demência. **ATERCEIRIDADE: estudos sobre o envelhecimento, SESC**, v. 24, n.56, p. 20 30, mar., 2013.

CARVALHAES NETO, Nelson. Envelhecimento Bem sucedido e Envelhecimento com Fragilidade. In:RAMOS, Luís Roberto (org). **Guia de Geriatria e Gerontologia**. Barueri, SP: Manole, 2005. cap. 3, p.9-26.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Políticas Públicas e o Dilema de Enfrentamento das Desigualdades: Um Olhar Crítico sobre a América Latina no Século XXI . In:SOUZA, Fernando José P (org). **Poder e Políticas Públicas na América Latina**. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Civilização do capital em crise: interpelações do tempo presente. In:HOLANDA, Francisco Urribam Xavier de (org). **Nuestra América no século XXI: as disputas de hegemonia nos circuitos da crise**. Fortaleza: Edições UFC, 2012.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Brasil el siglo XXI: inserción en el capitalismo financeirizado y neointervencionismo del Estado. **Coloquio Brasil: Revolución pasiva o modernización consevadora**: Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM - Facultad de Ciencias Política y Sociales - Centro de Estudios Latinoamericanos: México, 2013.

CAVALLI, Michelle. **Violência estrutural: enfrentamentos para o serviço social**. 2009. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/etic/index>. 5 Acessado em: 4-10-2013.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev.Saúde Publ.**, v. 31, n.2, p. 148-200, 1997.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Os idosos brasileiros no século XXI**: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte, MG: Postgraduate, 1998.

CHAIMOWICZ, Flávio. Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PI, Ligia; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 11, p.106-128.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo, SP: Ática, 2003.

CICERO, Marco Túlio. **Saber Envelhecer**: Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre, RS: L&PM, 1997.

COSTA, Marcia Regina da; PIMENTA, Carlo Alberto. **A violência natural ou sociocultural?** São Paulo, SP: Paulus, 2006.

COUTO, Ana Lúcia Azeredo **Reconstruções Do Dizer: Um Estudo Psicossocial Da Velhice Através Da Análise De Discursos De Geriatras**. 124f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social - EICOS) - Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, 2003.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

DUMARA, Nádia. **A violência contra o idoso** . 2014. Disponível em: <http://www.slideshare.net/GlauciaAS/a-violncia-contra-o-idoso-no-brasil-fatores-politicos-econmicos-e-sociais-tcc>. Acessado em: 6-3-2010.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**: Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro. RJ: Jorge Zahar Ed., 2001.

FARIA, Camila Manzano; ABUHAD, Deborah; RODRIGUES, Cíntia Leci; GORIOS, Carlos; ARMOND, Jane de Eston; BERTAGNON, José Ricardo Dias; SOUZA, Patrícia Colombo. Perfil epidemiológico dos Idosos incluídos no Programa Acompanhante de Idosos (PAI). **Revista Geriatria & Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n.4, p. 253-268, out/nov/dez, 2013.

FALEIROS, Vicente de Paula; BRITO, Denise Orbage de. Representações da violência familiar por idosas e idosos. **Ser social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social**, Brasília, UNB, v. 1, n.1, p. 105-142, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Violência e políticas públicas**: em busca de soluções. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Coodenação de Publicações, 2003.

FALEIROS, Vicente de Paula. A violência na velhice. **O social em questão**, Rio de Janeiro, v. 8, n.11, p. 7-30, 2004.

FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud. **Desafios do envelhecimento** : vez, sentido e voz. Brasília, DF: Universa, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Violência contra a pessoa idosa** : ocorrências, vítimas e agressores. Brasília, DF: Universa, 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud; PENSO, Maria Aparecida. **O Conluio do Silêncio**: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa. São Paulo, SP: Roca, 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. A pessoa idosa e seus direitos: sociedade, política e constituição. In: BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; BORGES, Claudia (org). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

FERRIGNO, José Carlos. **Coeducação entre gerações**. São Paulo, SP: Edições SESC SP, 2010.

FERRIGNO, José Carlos. **Conflito e cooperação entre gerações**. São Paulo, SP: Edições SESC SP, 2013.

FREITAS, Elizabete Viana de; PI, Ligia; NERI, Anita Liberalesso; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz; ROHA, Sônia Maria da. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002.

FREITAS, Elizabete Viana de. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, Ligia; PACHECO, Jaime Lisandro; SÁ, Jeanete Lisch Martins; GOLDMAN, Nigri Sara (org). **Tempo de Envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora, 2004. cap. 1, p.19-38.

FREITAS, Elizabete Viana de; PI, Ligia; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líber Livro Editora, 2005.

GIACOMIN, Karla Cristina. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; BORGES, Claudia (org). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

GOLDMAN, Sara Nigri. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY, Ligia; PACHECO, Jaime Lisandro; SÁ, Jeanete Lisch Martins; GOLDMAN, Nigri

Sara (org). **Tempo de Envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora, 2004. cap. 3, p.61-82.

GOLFARB, Delia Catulo. Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In:VÁRIOS COLABORADORES (org). **Velhice**: reflexões contemporâneas. São Paulo, SP: SESC: PUC, 2006. p.73-86.

GOMES, Romeu. A violência social em questão: referências para um debate em saúde pública. **Rev.Latino-Am.Enfermagem**,Ribeirão Preto, São Paulo, v. 5, n.2, abril, 1997.

GONÇALVES, Cláudia Maria da Costa. **Assistência Jurídica Pública**: direitos humanos, políticos e sociais. Curitiba, PR: Juruá, 2009.

GONÇALVES, Cláudia Maria da Costa. Direitos Humanos: possíveis caminhos para a integração da América do Sul. In:GONÇALVES, Cláudia Maria da Costa (org). **Direitos humanos**: direitos de quem? Curitiba: Juruá, 2012. p.95-116.

GORZONI, Milton Luiz; FABBRI, Renato Moraes Alves. Aspectos demográficos. In:GORZONI, Milton Luiz (org). **Livro de Bolso de Geriatria**. São Paulo, SP: Editora Atheneu, 2013.

GUARESCHI, Neuza; COMUNELLO, Luciele Nardi; NARDINI, Milena; HOENISCH, Júlio César. Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: STREY, Marlene Neves; AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de; JAEGER, Fernanda Pires (org). **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre, RS: EPIPUCRS, 2004. cap. 8, p.177-194.

GURGEL, Ayala. **Direitos sociais dos moribundos** : controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas. São Luís, MA: Edufma, 2008.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice**. São Paulo, SP: Cortez, 1986.

HEKMAN, Paulo Rogerio Wasserrstein. O idoso frágil. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PI, Ligia; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed.. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. cap. 95, p.926-929.

HERÉDIA, Vania Beatriz Merlotti; FERLA, Alcino Antonio; DE LORENZI, Dino Roberto Soares. **Envelhecimento, saúde e políticas públicas**. Caxias do Sul, RS : Educus, 2007.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**: Tradução João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva 2ª ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2008.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** 2008. Disponível em: <http://inovabrasil.blogspot.com.br/2008/10/sntese-de-indicadores-sociais-uma.html>. Acessado em: 1-2-2010.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>. Acessado em: 1-2-2011.

INPEA. **International Network for the Prevention on Elder Abuse.** 1998. Disponível em: <http://www.inpea.net>. Acessado em: 25-4-2013.

JULIÃO, Sandra de Oliveira. Violência contra idosos. **Revista Consulex**, v. 13, n.304, p. 37-39, set., 2009.

KACHAR, Vitória. **Terceira Idade e informática:** aprender revelando potencialidades. São Paulo, SP: Cortêz, 2003.

KACHAR, Vitória. Terceira Idade e a exploração do espaço virtual da internet. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, I G (org). **Envelhecimento e velhice:** um guia para a vida. São Paulo, SP: Vetor, 2006. p.287-306.

KALACHE, Alexandre. Prefácio. In: BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; BORGES, Claudia (org). **Políticas Públicas para um país que envelhece.** São Paulo: Martinari, 2012.

KRUG, E G. **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde.** Genebra: OMS, 2002.

LOCKE, John. **Dois Tratados sobre o Governo** 2ª ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2005.

LOPES, Ruth Gelchrter da Costa. Diversidades na velhice: reflexões. In: VÁRIOS COLABORADORES (org). **Velhice:** reflexões contemporâneas. São Paulo, SP: SESC: PUC, 2006. p.87-100.

LOUVISON, Maria Cristina Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; BORGES, Claudia (org). **Políticas Públicas para um país que envelhece.** São Paulo: Martinari, 2012. cap. 7, p.155-180.

MACHADO, Laura; QUEIROZ, Zally V. Negligência e Maus-Tratos. In: ELIZABETE VIANA (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 1ª ed.. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002. cap. 95, p.791-797.

MACHADO, Laura; QUEIROZ, Zally V. Negligência e Maus-Tratos. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PI, Ligia; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz (org). **Tratado de Geriatria e**

Gerontologia. 2ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 121, p.1152-1159.

MARTIN, Leonard M. Eutanásia e Distanásia. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (org). **Iniciação à Bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.171-192.

MARTIN, Leonard M. **A mistanásia: a eutanásia social**. 2009. Disponível em: <<http://paginasdefilosofia.blogspot.com/2009/07/mistanasia-eutanasia-social.html>>. Acessado em: 15-5-2009.

MARTUCELLI, Danilo. Reflexões sobre a violência na condição moderna. **Tempo social.Rev.de Sociol.USP**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 157-175, maio, 1999.

MEDEIROS, Suzana Aparecida Rocha. O lugar do velho no contexto familiar. In: PY, Ligia; PACHECO, Jaime Lisandro; SÁ, Jeanete Lisch Martins; GOLDMAN, Nigri Sara (org). **Tempo de Envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora, 2004. cap. 8, p.185-200.

MELO, Hildete Pereira de. **Gênero e pobreza no Brasil**. Relatório final do projeto Governabilidade Democrática de Gênero em América Latina y Caribe. CEPAL/SPM. Brasília, DF: 2005.

MENDES, Corina Helena Figueira. Violência contra a mulher e políticas públicas no setor saúde. In:ALMEIDA, Suely Souza (org). **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro, RJ: Editora UFRJ, 2007. p.157-174.

MENEZES, Maria do Rosário **Da Violência Revelada à Violência Silenciada: Um Estudo Etnográfico Sobre a Violência Doméstica Contra o Idoso**. 377f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - USP, Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 1999.

MENEZES, Maria do Rosário. Violência contra idosos: é preciso se importar! In: BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; MALAGUTTI, William (org). **Rompendo o silêncio**: faces da violência na velhice. São Paulo, SP: Martinari, 2010. p.25-58.

MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. Velhice: a identidade estigmatizada. **Rev.Social & Sociedade**, v. 75, 2003.

MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. Velhice: identidade estigmatizada., São Paulo, SP. , n.75, p. 55-73, set, 2003. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, SP, n.75, p. 55-73, set., 2003.

MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. Velhice. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, I G (org). **Velhice**

envelhecimento complex(idade): uma questão complexa. São Paulo, SP: Vetor, 2005. p.23-34.

MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. **Velhice: uma questão complexa.** ed. Beltrina Côrte; Elizabeth Frohlich Mercadante; I G Arcuri. São Paulo, SP: Vetor, 2005. p.23-34.

MICHAUD, Yves. **A Violência.** São Paulo, SP: Editora Ática, 1989.

MINAYO, Maria Cecíl. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa 2007 - 2010.** Brasília, DF: Presidência da República, Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007.

MINAYO, Maria Cecília; SOUZA, Edinilza Ramos. **Violência sob o olhar da saúde:** Infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINAYO, Maria Cecília. Violência contra os idosos:relevância para um velho problema. **Cad.Saúde Pública**,Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 789-791, maio / jun., 2003.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência contra os idosos:** o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília, DF: Secretária de Direitos Humanos, 2004.

MINAYO, Maria Cecília. Violência como indicador de qualidade de vida. **Acta Paul Enf.**,São Paulo, SP, v. 13, parte I, 2000.

MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA JÚNIOR, Carlos E A. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde.** 2004. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/desafio.pdf>. Acessado em: 6-3-2010.

MINAYO, Maria Cecília. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In:MINISTÉRIO DA SAÚDE.SECRETÁRIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE (org). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, Maria Cecília. Visão antropológica do envelhecimento humano. In:VÁRIOS COLABORADORES (org). **Velhice:** reflexões contemporâneas. São Paulo, SP: SESC: PUC, 2006. cap. 47, p.60.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2006.

MINOIS, Georges. **História da velhice no ocidente:** da antiguidade ao renascimento. Tradução de Serafin Ferreira. Lisboa: Teorema, 1999.

MONTEIRO, Jefferson de Abreu; ROCHA, Manuela Lima Carvalho da; SILVA, Rita de Cassia Gaspar. Perfil de idosos atendidos pelo programa de atenção à saúde do idoso em Belém, Pará. **Rev.Geriatria & Gerontologia**, v. 7, n.1, p. 39-45, jan./fev./mar., 2014.

MONTEIRO, Pedro Paulo. Somos velhos porque o tempo não para. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, I G (org). **Velhice envelhecimento complexo(idade)**. São Paulo, SP: Vetor, 2005. p.57-82.

MORAES, Edgar Nunes. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo, SP: Paulinas, 1997.

MOTTA, Alda Britto. Violências específicas aos idosos. In:BARROS, Myriam Moraes Lins de (org). **Sinais Sociais/ SESC**: Departamento Nacional. Rio de Janeiro, RJ: SESC, 2006. maio / ago., vol.1, n.1. p.63-86.

MUCHEMBLED, Robert. **História da Violência: do fim da Idade média aos nossos dias**. Rio de Janeiro, RJ: Florense Univertária, 2012.

NERI, Anita Liberalesso; SOMMERHALDER, Cinara. As várias faces do cuidado e do bem estar do cuidador. In:NERI, Anita Liberalesso (org). **Cuidar de idosos no contexto da família**. Campinas, SP: Editora Alinea, 2003.

NETTO, Jose Paulo. Cinco notas a propósito da questão social. **Rev.Temporalis**,ABEPSS,Brasília, n.3, p. 41-49, 2001.

NETTO, Matheus Papalèo; YUASO, Denise Rodrigues; KIADAL, Fabio Takashi. Longividade: desafio no terceiro milênio. In:PESSINI, Léo (org). **Bioética e Longevidade Humana**. São Paulo, SP: Centro Uniersitário São Camilo: Edições Loyola, 2014. p.257-287.

ODALIA, Nilo. **O que é violência**. São Paulo, SP: Brasiliense, 1991.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: World health Organization, 2002.

ONU, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimeto:2002**. Brasília, DF: ONU, 2003.

PASINATO, Maria Teresa; MACHADO, Laura; CAMARANO, Ana Amélia. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia**. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú, MG,20 a 24 setembro2004.

PAZ, Serafim Fortes; NIGRI, Sara; PORTELA, Alice. **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro, RJ: CBCISS/ANG, 2000.

PAZ, Serafim Fortes; PAZ. Movimentos sociais: participação dos idosos. In: PY, Ligia; PACHECO, Jaime Lisandro; SÁ, Jeanete Lisch Martins; GOLDMAN, Nigri Sara (org). **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora, 2004. cap. 10, p.229-256.

PAZ, Serafim Fortes; GOLDMAN, Sara Nigri. O Estatuto do Idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PI, Ligia; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 151, p.1402-1410.

PAZ, Serafim Fortes; MELO, Claudia alves de; SORIANO, Francycellen da Motta. A violência e a violação de direitos da pessoa idosa em diferentes níveis: individual, institucional e estatal. **O social em questão**,PUC,Rio de Janeiro, RJ, v. Ano XV, n.28, p. 57-84, 2012.

PEIXOTO, Clarice Ehlers; CLAVAIROLLE, Françoise. **Envelhecimento, políticas sociais e novas tecnologias.** Rio de Janeiro, RJ: Editora GGV, 2005.

PERUHYPE, Rarianne Carvalho; HAUSER, Lisiane. Análise do perfil sociodemográfico de idosos vítimas de violência no município de Porto Alegre/RS/Brasil. **Geriatria & Gerontologia**, v. 5, n.4, p. 220-225, out./dez., 2011.

PESSINI, Léo. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2001.

PESSINI, Léo. Finitude: viver no pesadelo do cronos ou escolher a benção de káiros? In. In:VÁRIOS COLABORADORES (org). **Velhice: reflexões contemporâneas.** São Paulo, SP: SESC: PUC, 2006. p.61-72.

PESSINI, Léo. **Bioética e Longevidade Humana.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2006.

POUGY, Lilia Guimarães. Saúde e violência de gênero. In:ALMEIDA, Suely Souza (org). **Violência de gênero e políticas públicas.** Rio de Janeiro,RJ: Editora UFRJ, 2007. p.71-88.

PRADO, Tania Maria Bigossi. Proteção Social à Pessoa Idosa no Brasil. In: BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; BORGES, Claudia (org). **Políticas Públicas para um país que envelhece.** São Paulo: Martinari, 2014.

PY, Ligia. Envelhecimento e subjetividade. In: PY, Ligia; PACHECO, Jaime Lisandro; SÁ, Jeanete Lisch Martins; GOLDMAN, Nigri Sara (org). **Tempo de**

Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora, 200. cap. 5, p.109-136.

QUARESMA, Maria de Lourdes Baptista. Envelhecimento: questões de gênero. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, I G (org). **Envelhecimento e velhice:** um guia para a vida. São Paulo, SP: Vetor, 2006. p.49-76.

QUINTANA, Mario. **Poesia Completa.** Rio de Janeiro, RJ: Nova Aguilar, 2005.

RAMOS, Luís Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos: Projeto Epidoso. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 793-798, mai/jun, 2003.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos Constitucionais do Direito à Velhice.** Florianópolis, SC Livraria e Editora Obra Jurídica 2012.

REICHEL, William; GALLO, Joseph J. Princípios fundamentais da Assistência ao Idoso. In: REICHEL, W. et al.. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.314, 2001. In:REICHEL, William (org). **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento.** 5ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.314.

REIS, Léa Maria Aarão. Envelhecer em Paz. In:NEGREIROS, Teresa Creusa De Góes Monteiro (org). **A Nova Velhice:** uma nova visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: REVINTER, 2003. cap. 1, p.1-14.

ROCHA, Lourdes De Maria Leitão Nunes **Violência De Gênero e Políticas Públicas No Brasil: Um Estudo Sobre Casas-Abrigo Para Mulheres Em Situação De Violência Doméstica.** 180 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luis, MA, 2005.

RODRIGUES, Nara Costa. Política Nacional do Idoso - Retrospectiva Histórica.**Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento.** Porto Alegre 2001. cap. 3, p.149-158.

RODRIGUES, Nara Costa; TERRA, Newton Luiz. **Gerontologia Social para leigos.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

RODRIGUES, Nara Costa; RAUTH, Jussara. Os desafios do Envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PI, Ligia; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 18, p.186-191.

RODRIGUES, Nara Costa. Políticas Públicas em relação ao idoso. In: HERÉDIA, V. B. M; LODERENZI, D. R. S; FERLA, A A (org).

Envelhecimento, saúde e políticas públicas. Caxias do Sul, RS: Educs, 2007. p.147-156.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens:** Tradução João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1999.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovant. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo, SP: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004, (Coleção Brasil Urgente) .

SALGADO, Marcelo Antônio. O segmento idoso e as políticas. O papel das instituições. **Revista Kairós**, Gerontologia / Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento. Programa de Estudos Pós - graduados e Pesquisa - PUC, São Paulo, v. ano 1, 1, n.4, 2001.

SANCHES, Ana Paula R Amadio; LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Violência contra idosos: uma questão nova? . **Saude soc**, São Paulo, v. 17, n.3, jul./set., 2008.

SANTOS, Milton. **Por uma outra Globalização:** do pensamento único à consciência universal 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos; RIFIOTIS, Theophilos. Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre o cuidado e o papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora. In: SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (org). **As múltiplas faces da velhice no Brasil.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2003. cap. 6, p.141-164.

SÃO PAULO (CIDADE).SECRETARIA DA SAÚDE. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais:** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

SCHIRRMACHER, Frank. **A Revolução dos Idosos:** o que muda no mundo com o aumento da população mais velha.Tradução: Wollny, Maria do Carmo Ventura. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SERRA, Jacira do Nascimento **"Eu Não Tenho Mais Querer": a Violência Simbólica Contra Os Idosos.** 136 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, 2005.

SERRA, Jacira do Nascimento. Violência simbólica contra idosos: forma sigilosa e sutil de constrangimento. **Rev.Saúde Publ.**, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas / Universidade Federal do Maranhão, v. 14, n.1, p. 95-102, jan./jun., 2010.

SERRA, Jacira do Nascimento. Direitos Humanos e envelhecimento: avanços, conquistas, entraves. In: GONÇALVES, Cláudia Maria da Costa (org). **Direitos humanos: direitos de quem?** Curitiba: Juruá, 2012. p.95-116.

SERRA, Jacira do Nascimento. Direitos Humanos e envelhecimento: avanços, retrocessos e expectativas. In: GONÇALVES, Cláudia Maria da Costa (org). **Direitos humanos: direitos de quem?** Curitiba: Juruá, 2013. p.6-86.

SÊNECA, Lúcio Anneo. **Apreendendo a viver**: tradução de Rebello, Lúcia Sá. Porto Alegre, RS: L&PM, 2008.

SILVA, Edson Alexandre da; FRANÇA, Lúcia Helena de Freitas Pinho. Violência e maus-tratos contra as pessoas idosa. In: MYRIAM, Moraes Lins de (org). **Sinais Sociais/SESC**: Departamento Nacional - vol.1, n. 1, maio/ago, 2006. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2006. p.115-141.

SILVA, José Fernando Siqueira da. **O método em Marx e o estudo da violência estrutural**. 2010. Disponível em: <http://www.docdatabase.net/more-o-m233todo-em-marx-e-o-estudo-da-viol234ncia-estrutural-24584.html>. Acessado em: 26-1-2010.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O Comunidade Solidária** : o não enfrentamento da pobreza no Brasil. São Paulo, SP: Cortez, 2001.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O debate sobre a pobreza: questões teórico-conceituais. **Rev.Saúde Publ.**, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/ Universidade Federal do Maranhão, v. 6, n.2, 2002.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O Bolsa Família no enfrentamento à pobreza no Maranhão e Piauí**. São Paulo, SP: Cortez, 2008.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Pobreza e políticas públicas de enfrentamento à pobreza**. São Luís, MA: Edufma, 2013.

SIMÕES, Júlio Assis. "A maior categoria do país": o aposentado como ator político. In: BARROS, Myriam Moraes de (org). **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre a identidade, memória e política**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

SOREL, Georges. **Reflexões sobre a Violência**: Tradução de Orlando dos Reis. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

SOUZA, Edinilza Ramos; MINAYO, Maria Cecília. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.6, p. 2659-2668, set, 2010.

SOUZA, Maria do Socorro Alves de. A representação da questão social no Programa Comunidade Solidária. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e (org). **A**

Comunidade Solidária : o não enfrentamento da pobreza no Brasil. São Paulo, SP: Cortez, 2001.

SOUZA, Maria Laurinha ribeiro de. **Violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, (Coleção Clínica Psicanalítica).

STORTZ, Eduardo Navarro. Pobreza e capitalismo. In: VALLA, Victor Vincent; STORTZ, Eduardo Navarro; ALGEBAILLE, Eveline Bertino (org). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Contraponto - Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

STREY, Marlene Neves. Violência de gênero: uma questão complexa e interminável. In: STREY, Marlene Neves; AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de; JAEGGER, Fernanda Pires (org). **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre, RS: EPIPUCRS, 2004. cap. 1, p.13-44.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, out/dez, 2004.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no campo do capital** : implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo, SP: Cortez, 2008.

TELLES, José Luiz. A construção das políticas públicas nos espaços democráticos de participação cidadã: a violência contra pessoas idosas na agenda do movimento social. , Rio de Janeiro, v. 15, n.6, p. 2669-71, set, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.6, p. 2696-71, set., 2010.

TELLES, José Luiz. Interdisciplinaridade e Trabalho em Equipe na Abordagem da Pessoa Idosa nos Serviços de Atenção Básica em Saúde. In: MALAGUTI, William; BERGO, Ana Maria Amato (org). **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2010. p.1-9.

TOMIKO, Born. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência**: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos , 2008.

VALLA, Victor Vincent; STORTZ, Eduardo Navarro; ALGEBAILLE, Eveline Bertino. **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Contraponto - Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

VERAS, Renato P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará - UERJ, 1994.

VERAS, Renato P. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Rev.Social & Sociedade**, São Paulo, SP, v. 75, p. 5-18, 2003.

VERAS, Renato P; LOURENÇO, Roberto. **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia** : uma perspectiva interdisciplinar 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: UnATI/ UERJ, 2006.

VERAS, Renato P. **Perfil do idoso brasileiro**: questionário BOAS. Rio de Janeiro, RJ: UnATI/ UERJ, 2008.

VERAS, Renato P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev.Saúde Publ.**, v. 43, n.3, p. 548-554, 2009.

VERAS, Renato P; LOURENÇO, Roberto. **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia** : uma perspectiva interdisciplinar 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: UnATI/ UERJ, 2010.

VIARO, Mario Eduardo. **Etimologia**. São Paulo, SP : Editora Contexto, 2011.

WASELFISZ, Julio Jacob. **Revertendo violências, semeando futuros**: avaliação do impacto de Programa Abrindo Espaços no Rio de Janeiro e em Pernambuco. Brasília, DF: UNESCO, 2003.

WIEVIORKA, Michel. O novo paradigma da violência. **Tempo Social; Rev.Sociol.USP**, São Paulo, SP, v. 9, n.1, p. 5-41, maio, 1997.

WIEVIORKA, Michel. **Em que mundo viveremos?**: Tradução Eva Landa e Fábio Landa. São Paulo, SP: Perspectiva, 2006.

WIEVIORKA, Michel. **A violência**. São Paulo, SP: Aditora Ática, 2006.

YANNOULAS, Silvia. Feminização ou Feminilização? **Temporalis**, Brasília, DF, v. 11, n.22, p. 271-292, jul./dez., 2011.

YUASO, Denise Rodrigues. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In:NERI, Anita Liberalesso (org). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas, SP: Editora Alinea, 2003.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice** : aspectos biopsicossociais. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2000.