



ENSAIOS SOBRE MEMÓRIA, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ENVELHECIMENTO



Luciana Araújo dos Reis
Organizadora





UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)

Reitor

Prof. Dr. Luiz Otávio de Magalhães

Vice-Reitor

Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes

Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEX)

Profª Drª Gleide Magali Lemos Pinheiro

Diretora da Edições UESB

Me. Manuella Lopes Cajaíba

Editor

Yuri Chaves Souza Lima

COMITÊ EDITORIAL

Presidente

Profª Drª Gleide Magali Lemos Pinheiro (PROEX)

Representantes dos Departamentos/Áreas de Conhecimento

Profª Drª Alba Benemérita Alves Vilela (DS II)

Profª Drª Delza Rodrigues de Carvalho (DCSA)

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti (DS 1)

Prof. Dr. Flávio Antônio Fernandes Reis (DELL)

Prof. Dr. José Antonio Gonçalves dos Santos (DCSA)

Prof. Dr. José Rubens Mascarenhas de Almeida (DH)

Prof. Dr. Luciano Brito Rodrigues (DTRA)

Profª Drª Sylvana Naomi Matsumoto (DFZ)

Representantes da Edições UESB

Me. Manuella Lopes Cajaíba (Diretora)

Esp. Yuri Chaves Souza Lima (Editor)

Adm. Jacinto Braz David Filho (Revisor)

Dr. Natalino Perovano Filho (Portal de Periódicos)

Produção Editorial

Normalização Técnica

Jacinto Braz David Filho

Revisão de linguagem

Emanuelle Araújo Martins Barros

Editoração Eletrônica

Ana Cristina Novais Menezes (DRT-BA 1613)

Capa

Arte gráfica: Warley Souza

Imagem: Mãos — Imagem de PublicDomainPictures por Pixabay

Sítio - Imagem de Franz Roos por Pixabay

Publicado em: 07 de novembro de 2024.

**Luciana Araújo dos Reis
(Organizadora)**

**ENSAIOS SOBRE MEMÓRIA,
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E
ENVELHECIMENTO**



Vitória da Conquista – Bahia
2024

Copyright © 2024 by Organizadores.
Todos os direitos desta edição são reservados a Edições UESB.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação de direitos autorais
(Lei 9.610/98).

Livro selecionado conforme Edital UESB N.º 102/2022
Publicação de livros técnico-científicos em formato digital (e-books)

E52

Ensaio sobre memória, representações sociais e envelhecimento [recurso eletrônico].
/ (Org.) Luciana Araújo dos Reis. — Vitória da Conquista: Edições UESB, 2024.

182 p.

ISBN 978-65-87106-75-5

E-book

1. Memória — Pessoas idosas. 2. Representação social — Pessoas idosas.
3. Envelhecimento no Brasil. 4. Cuidados — Velhice. I. Reis, Luciana Araújo dos. II. T.

CDD: 305.26

Catálogo na fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890
Biblioteca Universitária Professor Antonio de Moura Pereira UESB – Campus de Vitória da Conquista

Editora filiada à:



Campus Universitário – Caixa Postal 95 – Fone: 77 3424-8716
Estrada do Bem-Querer, s/n – Módulo da Biblioteca, 1º andar
45031-900 – Vitória da Conquista – Bahia
www2.uesb.br/editora – E-mail: edicoesuesb@uesb.edu.br

SUMÁRIO

Sobre as(os) autoras(es)	7
Apresentação	
<i>Luciana Araújo dos Reis</i>	9
Prefácio	
<i>Margarida Neves de Abreu</i>	10
Capítulo 1 – Estigma, memória coletiva e HIV/AIDS no contexto do envelhecimento	
<i>Pollyanna Viana Lima, Alessandra Souza de Oliveira, Joana Trengrouse Laignier de Souza e Luciana Araújo dos Reis</i>	13
Capítulo 2 – Memórias de pessoas idosas encarcerados acerca da saúde na prisão	
<i>Pollyanna Viana Lima, Alessandra Souza de Oliveira, Joana Trengrouse Laignier de Souza e Luciana Araújo dos Reis</i>	27
Capítulo 3 – Representações sociais das pessoas idosas e seus cuidadores sobre a dependência funcional	
<i>Renato Novaes Chaves, Elaine dos Santos Santana e Luciana Araújo dos Reis</i>	48
Capítulo 4 – “A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer”: as perspectivas de leituras da velhice feminina pelas lentes do Instagram	
<i>Nadia Cristina Moraes Sampaio Gobira e Luciana Araújo dos Reis</i>	60
Capítulo 5 – Memórias das narrativas jurídicas de proteção ao envelhecimento no Brasil sob o olhar de uma pessoa idosa política	
<i>Jussara Barros Oliveira e Luciana Araújo dos Reis</i>	75

Capítulo 6 – Convivendo com HIV/AIDS na velhice: representações sociais da pessoa idosa acerca do contágio com o vírus <i>Alessandra Souza de Oliveira, Pollyanna Viana Lima, Joana Trengrouse Laignier de Souza e Luciana Araújo dos Reis</i>	89
Capítulo 7 – Percepção de pessoas idosas encarceradas sobre a velhice <i>Pollyanna Viana Lima, Alessandra Souza de Oliveira, Joana Trengrouse Laignier de Souza e Luciana Araújo dos Reis</i>	103
Capítulo 8 – O estigma do envelhecimento e da deficiência física <i>Tatiane Dias Casimiro Valença e Luciana Araújo dos Reis</i>	117
Capítulo 9 – Constituição discursiva e memória da política de saúde da pessoa idosa no Brasil <i>Jussara Barros Oliveira e Luciana Araújo dos Reis</i>	135
Capítulo 10 – O cuidado na velhice: questões de gênero <i>Edméia Campos Meira, Rita Radl Philipp e Luciana Araújo dos Reis</i>	154
Capítulo 11 – Significado do cuidado por quem necessita: representações sociais de pessoas idosas com dependência funcional <i>Elaine dos Santos Santana, Renato Novaes Chaves, Ricardo Filipe de Moura Loureiro, Rosa Carla Gomes da Silva e Luciana Araújo dos Reis</i>	171

SOBRE AS(OS) AUTORAS(ES)

LUCIANA ARAÚJO DOS REIS

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Fisioterapia pela UESB.

ALESSANDRA SOUZA DE OLIVEIRA

Doutora e mestre em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Enfermagem pela Universidade de Marília (UNIMAR).

ELAINE DOS SANTOS SANTANA

Doutora e mestre em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Enfermagem pela UESB.

EDMÉIA CAMPOS MEIRA

Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE SOUZA

Doutoranda em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Medicina pela Universidade Estácio de Sá (UNESA).

JOANA VANESSA RIBEIRO BERNARDO

Doutoranda pela Universidade de Coimbra. Especialista de Reabilitação. Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

JUSSIARA BARROS OLIVEIRA

Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

NADIA CRISTINA MORAES SAMPAIO GOBIRA

Doutoranda em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Geografia pela UESB.

POLLYANNA VIANA LIMA

Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR).

RENATO NOVAES CHAVES

Doutoranda e mestre em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC).

RITA RADL PHILIPP

Doutora em Filosofía y Ciencias de la Educación pela Universidade de Santiago de Compostela (USC). Docente do Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Filosofía y Ciencias de la Educación pela USC.

RICARDO FILIPE DE MOURA LOUREIRO

Doutorando pela Universidade de Coimbra. Especialista de Reabilitação. Graduado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

ROSA CARLA GOMES DA SILVA

Doutora pela Universidade Católica Portuguesa. Especialista de saúde mental e psiquiatria. Enfermeira graduada pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

TATIANE DIAS CASIMIRO VALENÇA

Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica de Salvador (UCSAL).

APRESENTAÇÃO

O fenômeno do envelhecimento humano tem sido um dos maiores desafios globais para a demografia e a sociedade na atualidade. Isso porque ele impõe mudanças radicais no âmbito social, econômico, político e de saúde, visto que requisita, dos atores de todos esses campos, estratégias enérgicas e funcionais passíveis de serem aplicadas a esse coletivo operante, o qual atua em seu espaço com vigor.

Diante disso, por mais vitorioso que seja tornar possível o envelhecimento de uma população, a responsabilidade não se finda com o acréscimo de anos de vida; são necessárias estratégias que possibilitem a adição de mais vida aos anos que serão desfrutados por esses que estão envelhecendo. Para isso, é preciso considerar o holismo que envolve o processo de envelhecimento humano, uma vez que as mudanças que o constituem influenciam o ser que envelhece em seus aspectos biopsicossociais, espirituais e culturais.

É imperativo reconhecer a necessidade de investimentos, para tanto, deve-se considerar a equidade, sobretudo para não negligenciar os que demandam mais atenção, ou mesmo restringir as inúmeras perspectivas de vida que ainda estão por vir, aos que desfrutam de vitalidade e estão motivados a experienciar ou redescobrir novos caminhos. Nesse sentido, as memórias dos capítulos que se apresentam a seguir foram mobilizadas como subsídio para o estudo acerca do envelhecimento, dependência funcional, HIV/AIDS, pessoas idosas encarcerados, narrativas jurídicas sobre a pessoa idosa, estigma, mídias sociais, representações sociais, deficiência física, políticas de saúde e cuidado humano.

A estratégia de pesquisa, para os estudos apresentados nos onze capítulos deste livro, encontrou apoio na memória como recurso analítico, dado que ela, sob a forma de socialização, possibilita a construção e a reconstituição de sentidos das pessoas idosas como sujeitos de valor, por meio dos relatos individuais ou coletivos. Essa socialização pode aprimorar a construção de um lugar em que as pessoas idosas sejam valorizadas e se valorizem, também, pode ajudar a compreender amplamente a sociedade hodierna e suas mudanças no decorrer do tempo.

Nessa perspectiva, esta obra pretende contribuir para os estudos realizados sobre o envelhecimento para os mais diversos profissionais das ciências da saúde e sociais, assim, colabora para o processo de ensino-aprendizagem nos cursos de graduação e pós-graduação.

Luciana Araújo dos Reis
Organizadora

PREFÁCIO

A obra *Ensaaios sobre memória, representações sociais e envelhecimento* aborda a forma como as pessoas idosas, que vivem na comunidade ou na prisão, veem e pensam a velhice, tal como as medidas políticas de proteção a esta população, a doença e o impacto desta na sua vida, nomeadamente, no seu estado de saúde global. Aborda, ainda, a visão veiculada pelas redes sociais sobre a velhice na mulher.

O aumento da população de pessoas idosas constitui um fenómeno recente na história da humanidade. De fato, os progressos alcançados em função do desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram para o aumento da esperança média de vida em cerca de 30 anos, no decurso do século XX. Esta evolução demográfica apresenta implicações estruturantes de incidência ecológica, cuja principal consequência se regista na saúde.

Apesar do envelhecimento ser um processo natural com o avançar da idade, aumenta a probabilidade do aparecimento de doenças. Nas pessoas idosas, elas apresentam características que as distinguem significativamente das que ocorrem em outras fases da vida. Tais características são a multicausalidade, a polipatologia, a tendência à cronicidade, o risco de invalidez e a dependência no âmbito físico, psíquico e socioeconómico.

As pessoas idosas com *Human Immunodeficiency Virus* ou com *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/SIDA) também apresentam níveis mais elevados de multimorbilidades, comparativamente com pessoas de idade semelhante sem HIV/SIDA. As pessoas idosas com HIV/SIDA também enfrentam estigmatização, que associada à falta de sistemas integrados de envelhecimento e serviços de apoio relacionados com o HIV, tem um impacto traumático na sua qualidade de vida relacionada com a saúde. Este problema torna-se particularmente mais grave quando ocorre no contexto prisional, devido à sobrelotação, ao ambiente geral de violência, à falta de informação sobre HIV/SIDA e à falta de cuidados de saúde adequados. Assim, a velhice, a doença e a dependência constituem um autêntico desafio para as famílias e para a política social de um país.

A representação das pessoas, nomeadamente das idosas, sobre estas temáticas, está associada com a sua visão do mundo, influenciada por atitudes, crenças e valores construídos socialmente. Sabemos que as percepções em relação à idade e ao género, entre outras, começam a desenvolver-se na primeira infância e que podem ser interiorizadas ao longo da vida, com consequências (que podem ser negativas) no comportamento relativo à saúde, ao desempenho físico e cognitivo e à expectativa de vida dos indivíduos. No entanto, elas têm efeitos particularmente negativos na saúde e bem-estar das pessoas idosas.

As atitudes negativas em relação às pessoas idosas também podem impor barreiras nas políticas e programas em áreas, tais como da saúde e da assistência social, reduzindo o acesso a estes serviços e limitando a valorização e a utilização do capital humano e social das pessoas mais velhas. As atitudes negativas em relação às pessoas idosas, quando se cruzam com outras formas de discriminação, podem ser particularmente negativas para as mulheres, pessoas idosas com dependência e portadoras de HIV/SIDA, particularmente quando se encontram presas.

Todas estas temáticas são abordadas com profundidade ao longo dos 11 capítulos desta obra, como se pode constatar pela opção dos autores por estudos de natureza qualitativa. Salientamos que estes capítulos foram construídos por diferentes autores, cuja base foram os estudos realizados durante o seu percurso formativo, em que o objeto de estudo foram as pessoas idosas. Segundo os autores, os resultados destes estudos poderão contribuir para: i) a construção de um modelo de cuidar que contemple as especificidades da pessoa idosa portadora do HIV/SIDA; ii) fomentar a discussão que conduza a mudanças das políticas públicas dirigidas à pessoa idosa que comete crimes, tornar o ambiente prisional humano e digno, bem como melhorar os cuidados prestados à população idosa encarcerada; iii) compreender de forma multidimensional e interdisciplinar a dinâmica das relações familiares no contexto da dependência funcional da pessoa idosa; iv) promover a discussão que conduza à emergência de novas expectativas para a velhice feminina, sobretudo, em termos de beleza física e rejuvenescimento; v) informar as pessoas idosas sobre os seus direitos e implementar dispositivos legais para promover um envelhecimento saudável; vi) realizar educação para a saúde às pessoas idosas sobre sexualidade, incluindo a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV/SIDA; vii) melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas encarceradas e avaliar a implementação das políticas públicas dirigidas a estas pessoas idosas; viii) fomentar o debate e as ações, no âmbito multi, inter ou transdisciplinar, que conduzam à melhoria das políticas públicas e ao fortalecimento dos direitos da população idosa com deficiência física; ix) mobilizar todos os atores envolvidos para consolidar o cuidado humanizado e integral, articulado com uma rede de apoio que promova o envelhecimento digno; x) construir um novo olhar acerca das necessidades de saúde das mulheres cuidadoras familiares para evitar a sobrecarga advinda do processo de cuidar e xi) consciencializar a sociedade sobre a maneira como as pessoas idosas são tratados por ela.

Pessoalmente, acredito que a leitura desta obra vai contribuir para concretização destes desígnios e estimular a continuação da pesquisa nestas áreas, uma vez que as temáticas abordadas são particularmente relevantes nesta Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU), pois, enquadram-se nos seus princípios orientadores, a saber: i) a inclusão, inclui toda a população, independentemente de idade, sexo, etnia, habilidade, local de residência ou categoria social; ii) não abandono, aplica-se a todas as pessoas, visando aos seus desafios e vulnerabilidades específicas; iii) a equidade, defende oportunidades iguais e justas para desfrutar dos determinantes do envelhecimento saudável, garantindo um maior benefício aos grupos menos favorecidos, mais vulneráveis ou marginalizados da sociedade e iv) a solidariedade intergeracional, que pretende possibilitar a coesão social e a troca entre gerações para apoiar a saúde e o bem-estar de todas as pessoas.

Segundo a ONU, a Década do Envelhecimento Saudável proporcionará oportunidades para realizar adaptações e investimentos apropriados para promover o envelhecimento saudável,

incluindo a saúde e a assistência social integradas e ambientes favoráveis à pessoa idosa; aproveitar as inovações tecnológicas, científicas, médicas e digitais que possam promover o envelhecimento saudável e envolver a sociedade civil, comunidades e setor privado na elaboração e implementação de políticas e programas, principalmente para grupos marginalizados, excluídos e vulneráveis, além de reforçar a responsabilização coletiva.

A ONU salienta, ainda, que para promover o envelhecimento saudável e melhorar a vida das pessoas idosas e das suas famílias e comunidades, são necessárias mudanças nas ações cotidianas e na forma como se pensam a idade e o envelhecimento. Também, é fundamental promover o envolvimento das pessoas idosas, familiares, cuidadores e comunidades. O envolvimento com os próprios idosos é fundamental, pois, são tanto agentes de mudança, como beneficiários dos serviços.

Precisamos de ter presente que *Good health adds life to years.*

Margarida Neves de Abreu
Escola Superior de Enfermagem do Porto/Portugal

Capítulo 1

Estigma, memória coletiva e HIV/AIDS no contexto do envelhecimento

Pollyanna Viana Lima
Alessandra Souza de Oliveira
Joana Trengrouse Laignier de Souza
Luciana Araújo dos Reis

O envelhecimento populacional é uma realidade irrevogável em diversos países. Ao analisar essa questão, é preciso considerar diversos aspectos que se relacionam com esse processo, tais como as condições biológicas, econômicas, culturais, sociais e ambientais em que as pessoas idosas desenvolvem seus modos de vida. À vista disso, neste texto, discutir-se-á como a problemática do HIV/AIDS tem repercutido no cotidiano de homens e mulheres com 60 anos ou mais.

Em todo o mundo, o número de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) é crescente. A estimativa, até o fim de 2019, era a de que havia 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo (UNAIDS, 2020). De acordo com Agostini *et al.* (2019), o Brasil vivencia atualmente a quarta década da epidemia de HIV, em que foram notificados, desde o seu início, nos anos de 1980, mais de 900 mil casos em todo o país.

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) revelam que, de 2007 até junho de 2019, houve 300.496 notificações de casos de infecção pelo HIV no Brasil. De 1980 a junho de 2019, foram evidenciados 966.058 casos de AIDS, registrados, a cada ano, uma média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos (Brasil, 2019).

Considerando a magnitude dessa condição, que desvela um conjunto de alterações clínicas, alterações de ordem biológica e psicossocial – que podem, inclusive, acarretar inúmeros prejuízos à saúde e à qualidade de vida do indivíduo – a decisão de olhar para esse processo desconsiderando a existência de tais características representa uma atitude reducionista e perigosa (Guevara-Sotelo; Hoyos-Hernández, 2018).

Ao longo das últimas décadas, diversas pesquisas têm buscado analisar as implicações desses fatores na gestão do cuidado e no cotidiano das pessoas que convivem com o HIV. É possível notar que há um movimento crescente de investigação acerca do processo de

estigmatização do HIV como um obstáculo importante no enfrentamento do HIV/AIDS em todo o mundo (Andrade; Iriart, 2015). Tais achados revelam uma grande variedade de motivos que tendem a influenciar a manifestação de estigmas, sejam eles relacionados ao gênero, etnia, condição econômica ou sexualidade (Suit; Pereira, 2008).

Valle (2002) desenvolve uma discussão importante em torno dos processos culturais e comportamentais que resultam na estigmatização e na ocorrência da violência simbólica em contextos do HIV/AIDS. Segundo o autor, por ser considerada como uma fonte segura de informações, a mídia exerceu um papel determinante na elaboração das representações da sociedade a respeito da AIDS nos anos de 1980. Acerca disso, Lippmann (2008) argumenta que os estereótipos são formados em função da cultura na qual se vive, além disso, o autor acredita que os aspectos captados pela cultura são transportados em sucessão.

Diante de tal responsabilidade e dos discursos produzidos, esse papel pedagógico da mídia revela características ideológicas importantes, noticiadas nos primeiros casos de HIV/AIDS e divulgados pelos veículos de imprensa, os quais podem ter sido perpetuadas; podem, portanto, oferecer subsídios para compreender o processo de construção da imagem do HIV/AIDS no país.

Observa-se que a mídia é um instrumento mediador entre as construções sociais e a sua solidificação do/no pensamento social. A cultura, as tradições e os conceitos podem ser fortemente influenciados, mantidos ou reelaborados pela atuação dos meios de comunicação operantes na atualidade. O alcance midiático é imenso e possui uma atuação intensa na formação e na propagação de estigmas, de preconceitos, de valores e de noções sobre os mais variados assuntos os quais ela deseja disseminar. Silverstone (2005) infere que a mídia opera de forma profunda no cotidiano e tende a moldar realidades do dia a dia por meio de representações singulares e múltiplas.

Valle (2002) revela que, a partir de 1984, houve uma reconfiguração nos modos de elaboração da imagem do HIV/AIDS em face da concepção divulgada pela imprensa brasileira como um “mal americano que chegava ao país” (Valle, 2002, p. 184). Assim como de uma definição pautada na identidade sexual, como uma doença tipicamente gay, que, naquela altura, era justificada por atitudes de homens que mantinham relações sexuais com homens. Esse comportamento considerado promíscuo favorecia e poderia ser responsável, então, pelo crescimento de casos entre a comunidade homoafetiva (Bastos *et al.*, 1993).

Essa visão restritiva incidiu inclusive na ausência de ações efetivas pelas autoridades sanitárias da época, que também compartilhavam o pensamento difundido na mídia de que o HIV estava restrito aos grupos minoritários. Contudo, com o crescimento do número de casos de HIV entre hemotransfundidos, hemofílicos, mulheres e crianças, a imagem do HIV/AIDS passou a ser reconfigurada, e o descaso no controle da qualidade de sangue e hemoderivados, denunciado (Bastos *et al.*, 1993; Valle, 2002).

Nos anos seguintes, novas categorias identitárias também foram associadas ao HIV/AIDS, assim, a descrição midiática foi novamente ajustada, baseando-se em denominações como “vítima”, “paciente” e “portador de AIDS” e na reprodução de uma imagem de pessoas acamadas em hospitais, debilitadas, necessitando de cuidados. As formas de propagação dessas memórias estão além da escrita e dependem muito mais da forma como a sociedade as representa em cada contexto (Fentress; Wickham, 1992). Esse tratamento contribuiu para o distanciamento social e a difusão de uma imagem discriminatória e de degradação, nomeada mais tarde como

a categoria de aidético. Nesta fase, toda pessoa diagnosticada com o vírus entrava para essa classificação identitária, que, apesar de possibilitar a utilização dos recursos clínicos disponíveis na época, era também acompanhada de uma sentença de morte, o que potencializava ainda mais o estigma (Valle, 2002).

Em se tratando de uma condição incurável e considerando a falta de conhecimentos sobre a transmissão e os variados fatores ainda desconhecidos no início da década de 90 do século XX, o diagnóstico do HIV e da AIDS revelava muitos medos, incertezas e representações negativas, inclusive, pela propagação do pensamento de morte anunciada (Villarinho; Padilha, 2014). Nesse sentido, a vinculação da figura do aidético representava a identidade estigmatizada do HIV (Goffman, 2008).

A partir de 1991-1992, a visão do HIV/AIDS ganha uma nova roupagem. Com as medidas de saúde implementadas, a assistência às pessoas soropositivas caminha com novas políticas públicas, que promoveram a elaboração e a execução de leis e de programas de saúde com Serviços de Assistência Especializada às pessoas com HIV/AIDS, o diagnóstico precoce e a oferta da terapia antirretroviral, bem como a criação de organizações não governamentais (ONGs), comissões e portarias que organizaram esses serviços de assistência (Villarinho; Padilha, 2014). Uma dessas ações ocorreu em 1993, quando o governo buscou, junto ao Banco Mundial, um empréstimo para estruturar, em todo o país, a rede de assistência com serviços ambulatoriais, hospitalares e de assistência domiciliar terapêutica (ADT) (Souza *et al.*, 2010; Szwarcwald; Castilho, 2011).

Dessa forma, as pessoas com diagnóstico de HIV retornam à vida social enquanto realizam o tratamento, e essa nova imagem ganha espaço na imprensa e nas representações da sociedade, traçando uma nova etapa da história cultural do HIV/AIDS pelo discurso dos soropositivos assintomáticos, mesmo sem abandonar a noção de inevitabilidade da morte. Esses indivíduos, ao contrário do que foi apregoado sobre o aidético fragilizado, poderiam “viver uma vida normal”, apesar de conviverem com o vírus; passaram, assim, a representar uma nova configuração da saúde do corpo doente (Valle, 2002, p. 184).

Todo esse processo identitário em torno da imagem da pessoa com HIV/AIDS e as implicações em sua vida social estão refletidos nas representações sociais que perduram até os dias atuais. Apesar de passados tantos anos, e de muitos estudos científicos demonstrarem a mudança no perfil da epidemia, além de permitirem avanços no tratamento e na qualidade de vida desses indivíduos, a construção social do HIV/AIDS traz essa carga histórico-cultural de segregação, preconceito e estigmatização.

Segundo Ayres (2002), a apropriação dessas identidades, construídas de modo plural e subjetivo, traz a exigência da revisão dos modos de gestão e da própria intervenção. Para o autor, os contextos intersubjetivos desconsiderados alargam a vulnerabilidade ao HIV e refletem os posicionamentos limitantes que vigoraram por muito tempo, sendo um dos desafios mais decisivos para a prevenção efetiva.

Em uma das diversas tentativas de gerir melhor a situação e reduzir os danos promovidos pelo discurso equivocado de a doença estar restrita a um grupo específico, abandona-se a utilização do termo “grupo de risco”, e, em seu lugar, adota-se o conceito de vulnerabilidade e dos comportamentos de risco (Saldanha *et al.*, 2008; Souza *et al.*, 2010).

Advindo da epidemiologia, o termo foi incorporado e naturalizado, fazendo com que muitas pessoas não se sentissem expostas ao risco de infecção (Valle, 2002). Esse posicionamento tem relação com o fator histórico, já mencionado, de como durante muito tempo foi difundido que o HIV/AIDS estava restrito a um grupo determinado, um grupo de risco composto por gays, usuários, dependentes de substâncias psicoativas e profissionais do sexo.

Em consequência disso, as pessoas tidas como “não componentes dos grupos de risco” assumiram uma postura equivocada e passaram a considerar a imunidade ao vírus. Como resultado desastroso, observou-se o crescimento do número de casos na população em geral, com isso, a necessidade urgente de romper com a ideia preconceituosa proposta no grupo de risco, o que permitiu ampliar a visão da sociedade acerca das formas de contaminação pelo vírus HIV (Valle, 2002; Saldanha *et al.*, 2008; Souza *et al.*, 2010; Monteiro *et al.*, 2013).

Na mesma direção, Ayres (2002) aponta que a mudança do lugar do risco para o da vulnerabilidade pressupõe que os programas e as ações das políticas públicas estejam centrados nas relações entre os diversos grupos da população, e não mais em grupos identitários ou de risco. O autor recupera o conceito de vulnerabilidade para as práticas em saúde, afirmando ser nesse contexto que o próprio conceito se desenvolve:

Ele pode ser resumido justamente como esse movimento de considerar a chance de exposição de pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Por isso as análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação de três eixos interligados: componente individual, componente social e componente programático (Ayres *et al.*, 2003, p. 127).

Os três planos deste modelo conceitual e metodológico são, portanto, o plano individual, que compreende as múltiplas definições da vulnerabilidade em seus diversos contextos, sejam eles:

[...] epidemiológico, identificando aqueles que apresentam maiores graus de exposição; operacional, aqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência; social, aqueles que não têm seus direitos efetivados e aqueles sem acesso aos serviços e bens sociais disponíveis; econômico, aqueles sem acesso a um nível satisfatório de assistência, devido às limitações financeiras (Garcia; Souza, 2010, p. 11).

O plano social perpassa pelos campos da cidadania e dos direitos, neste caso,

[...] o direito humano à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual; pelo repertório de crenças e valores relacionados ao exercício da sexualidade, ao processo saúde/doença/cuidado; pelos sentidos e significados sociais atribuídos ao pertencimento étnico e racial, à masculinidade, à feminilidade e às identidades de gênero, à idade e geração, denominação religiosa, dentre outras dimensões (Garcia; Souza, 2010, p. 11).

E, por fim, o plano pragmático, que está relacionado aos programas de promoção e prevenção da saúde por meio de educação em saúde, “pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados; e pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições” (Garcia; Souza, 2010, p. 11).

Ayres (2002) compreende que é necessário assumir uma nova postura diante das condições de exposição, isto é, abandonar a concepção de que as pessoas se expõem por uma questão de vontade ou pelo seu nível de instrução, pois existem questões estruturais importantes que exercem influência sobre tais práticas, e que, durante muito tempo, foram negligenciadas.

[...] não tratar as práticas que expõem as pessoas ao HIV e ao adoecimento por Aids como fruto exclusivo da vontade e do grau de esclarecimento dos indivíduos, mas ver os comportamentos como a resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais de onde essas práticas emergem (Ayres, 2002, p. 20).

Desta forma, acompanhamos, na primeira década da epidemia, tanto nas campanhas quanto nos programas educativos e na própria mídia, um processo comunicativo que construía “uma visão fatalista, normativa e discriminatória” em razão da restrição às informações sobre os modos de não transmissão do HIV (Monteiro *et al.*, 2013, p. 251). É no final da segunda década da AIDS que vão sendo observados os movimentos de críticas e de mudanças relacionadas às posturas e abordagens de responsabilização individual. Gradualmente, são implementados os modelos multidimensionais, visando ao “empowerment coletivo” (Monteiro *et al.*, 2013; Villarinho; Padilha, 2014).

Os passos para a mudança foram dados, porém, os rastros do antigo pensamento ainda estão presentes em posturas, pensamentos e no próprio silenciamento. Diante disso, nota-se que as memórias sociais são vistas como fundamentos e nelas estão contidas as perspectivas de leitura para a apreensão e a elucidação dos modos de vida, da formação de imagens, de identificação pessoal e social que podem ser criadas e cristalizadas no transcorrer da existência de grupos sociais, posto que as memórias são infinitas e toda consciência é mediada por ela (Fentress; Wickham, 1992).

Garcia e Koyama (2008), citando o trabalho de Cogan e Herek (1998), defendem que:

O estigma da Aids se superpõe a estigmas pré-existentes associados a diferentes grupos sociais como homossexuais, trabalhadoras do sexo e usuários de drogas, evocando múltiplos significados. Esses conceitos e imagens pré-concebidas fazem parte da matriz cultural e social que constrói diferenças, cria hierarquias e legitima estruturas de desigualdades sociais. Os estigmas pré-existentes estabelecem associação da Aids com homossexualidade, prostituição e desvio sexual, marcadores ainda atuantes no processo de estigmatização (Garcia; Koyama, 2008, p. 74).

Sendo assim, a estigmatização do HIV/AIDS foi sendo construída ao longo do surgimento dos primeiros casos, em 1980. A discriminação gerada pelos ideais do grupo de risco, a associação aterrorizante e a condenação de morte diante da não cura são alguns dos elementos que alimentaram esse processo de estigmatização e que, ainda hoje, são refletidos nos comportamentos da sociedade e resultam em prejuízos para a saúde dos indivíduos (Garcia; Koyama, 2008).

A necessidade de discutir a estigmatização do HIV/AIDS está atualmente pautada nessa memória socialmente partilhada que faz com que as pessoas relutem em buscar pelo serviço de saúde para realizar um teste, tamanho é o medo do preconceito que virá logo após o diagnóstico. Da mesma forma acontece com a adesão ao tratamento e todas as circunstâncias que formam a vida de uma pessoa que convive com HIV/AIDS que, por receio do julgamento moral, social e

até mesmo religioso do outro, negligência, esconde e silencia a sua condição de saúde (Garcia; Koyama, 2008; Andrade; Iriart, 2015).

Simone Monteiro *et al.* preconizam que:

A análise dos processos de estigma e discriminação relacionados aos agravos à saúde deve buscar transcender a concepção da doença como um fenômeno natural que produziria “marcas corporais”, nas quais esses processos teriam origem. É necessário levar em conta as inter-relações específicas entre estruturas macro e microssociais que convergem para produzir mecanismos de exclusão de alguns indivíduos e grupos, tornando-os mais vulneráveis a determinados agravos à saúde, e atribuindo aos seus portadores sentidos morais e sociais desqualificadores (Monteiro *et al.*, 2013, p. 62).

O trabalho pioneiro de Erving Goffman (1988) propôs um debate crucial sobre o estigma e a sua relação com a discriminação crescente nas últimas décadas. Para Parker (2013), a obra de Goffman representa um grande contributo no que se refere à compreensão do processo de estigmatização e as doenças, destacando a infecção pelo HIV e o seu crescimento a partir dos anos de 1980 como um divisor de águas na pesquisa sobre o estigma. O autor acredita que o caminho de pesquisa sobre o estigma e a discriminação com o HIV têm sido foco de estudo diante da necessidade de respostas para as suas questões complexas.

O conceito de estigma trazido por Goffman (1988) diz respeito a um atributo conferido ao outro que lhe imputa uma condição de desqualificação diante dos demais. O significado desse atributo é sempre de depreciação, por imprimir a caracterização de inferior e negativo, conforme o autor afirma:

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças (Goffman, 1988, p. 7).

Goffman (1988) coloca, em um contexto histórico, como os gregos já utilizavam do estigma para identificar e sinalizar algo que considerassem fora da normalidade, ou que, de alguma forma, representasse um elemento negativo da moral, na visão de quem o apontava. Os sinais estigmatizantes feitos com cortes ou fogo indicavam para a sociedade que o seu portador era um criminoso, um escravo ou mesmo um traidor, alguém que não deveria compartilhar os espaços, pois essas eram pessoas marcadas, poluídas.

Neste sentido, especificamente no que tange à estigmatização em relação ao HIV/AIDS, observa-se como existe um processo somatório, que acentua uma certa propensão em ser estigmatizado e discriminado, como defende Knauth:

O estigma é, dessa forma, buscado em grupos sociais que previamente já se supõem portadores de estigma e alvo de discriminação. Parte-se, assim, de corpos marcados por determinada condição ou situação – uma doença específica (doença mental, Aids, tuberculose, hanseníase), fase de vida (juventude ou envelhecimento), gênero, raça/etnia – para evidenciar as experiências individuais ou as concepções dominantes em determinados espaços e instituições acerca desses corpos (Knauth, 2013, p. 82).

Parker (2013) endossa a vertente anteriormente referida por Knauth. Ele acredita que a perspectiva revelada pelos estudos sobre estigma parte do entendimento, também proposto pela psicologia social, de que há uma atitude e uma atribuição negativa de algumas pessoas em relação a condições ou valores específicos de minorias, sejam elas raciais, étnicas ou de pessoas com questões de saúde, como é o caso dos indivíduos com HIV.

Desta forma, o que está proposto é um direcionamento para que a estigmatização seja tratada além do conceito do Goffman, visto que não surge de um vácuo social, mas da busca por seu enfrentamento em face de um processo social, que reconhece as bases importantes nas relações de poder e de dominação (Parker; Aggleton, 2001; Andrade; Iriart, 2015). Parker (2013) aponta, inclusive, como o estigma funciona como uma teorização, e a discriminação, como a sua prática. Ademais, existe uma segunda problemática envolvida nesse campo, composta por múltiplas sinuosidades e que merece ser explorada.

Diante das fragilidades dos modelos de assistência à saúde é possível compreender como o processo de estigmatização e discriminação resultam em prejuízos e, até mesmo, negligências para a saúde dos indivíduos, em especial, para as pessoas idosas, que são o foco deste estudo.

Bastos *et al.* (1993) e Knauth (2013) apontam para uma delas. Esses autores sinalizam que há uma tendência em relativizar as questões psicológicas e sociais do cuidar, tanto no campo prático, na gestão quanto no próprio trabalho científico. Além disso, afirmam que essas lacunas não representam uma novidade, já que reproduzem os aparelhos de desigualdades sociais e reforçam hierarquias, fazendo com que o próprio processo de estigmatização exerça, simultaneamente, os papéis construtivo e explicativo.

Uma segunda vertente, apontada por Knauth (2013), refere-se à falsa ideia do estigma e da discriminação terem sido uma questão importante apenas no início da epidemia. Isto é, a imagem inicial do HIV vinculada aos grupos de risco (homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo), segundo a qual a figura “do aidético” e a postura de promiscuidade estariam restritas apenas às primeiras décadas e não exerceriam influência negativa no presente, dados os avanços científicos e das terapias antirretrovirais, já que, supostamente, essa discussão já teria sido superada. Contudo, essa falsa ideia pode ser facilmente derrubada com os resultados de estudos recentes acerca do tema.

Silva e Cueto (2018) destacam o retrocesso evidente diante da análise proposta. Os autores apontam para a “persistência de velhas ‘metáforas’ estigmatizantes” ao destacarem uma matéria publicada pela revista *Época* com o título “A outra pílula azul: o novo medicamento que está fazendo os gays abandonarem o uso da camisinha”, que além de endossar o preconceito e a estigmatização que atribui à comunidade gay um lugar inverídico de vetor do vírus, prestou um desserviço ao minimizar a nova estratégia preventiva da Profilaxia pré-Exposição (PrEP) recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2012 e adotada em 11 estados brasileiros, desde dezembro de 2017.

Os autores apontam ainda que esse discurso ultrapassado não pode ser desassociado do movimento conservador e fundamentalista que vem ganhando força no Brasil nos últimos anos. Em um estudo realizado com 30 líderes evangélicos, de igrejas pentecostais das cidades do Rio de Janeiro e de Petrópolis, Santos *et al.* (2019a) investigaram as representações sociais da Aids e identificaram que, para a maioria dos participantes, as representações sociais estão ancoradas nas concepções de castigo ou maldição divina. Os discursos desenvolvidos ao longo dos anos

se robustecem e são sedimentados à medida que são repetidos e atualizados. Esses promovem uma estabilização e se somam aos estigmas, preconceitos e desvios acerca do tema.

Por condenarem as práticas pecaminosas, para esses líderes religiosos, a infecção pelo HIV e a Aids resulta de uma desobediência aos mandamentos de Deus, principalmente na relação homoafetiva que, segundo eles, deu origem a Aids no mundo, apesar de reconhecerem que numa relação heterossexual também pode ocorrer a transmissão. Ademais, essas representações, próximas do que é partilhado no senso comum, condicionam o papel da própria igreja e da religião diante desta temática. Neste sentido, os autores verificaram que os pastores compreendem que, no contexto do HIV/AIDS, a função da igreja, da religião e até mesmo de Deus perpassa pela forma de lidar com a pessoa que convive com HIV/AIDS a encontrar a cura.

Buscando perceber as representações existentes entre pessoas de uma faixa etária mais jovem, Castro *et al.* (2019) desenvolveram um estudo de abordagem estrutural com 576 adolescentes, estudantes de duas escolas públicas dos estados de Sergipe e Piauí. Os participantes, com idade média de 15 anos, revelaram, por meio da análise do Quadro de quatro casas, um núcleo central composto pelas apreensões de conhecimentos acerca da doença, dos meios de transmissão, do tratamento e da prevenção.

Entretanto, ao observarem as zonas periféricas das estruturas representacionais, os autores identificaram que ainda há uma tendência de representações negativas no contexto do HIV/AIDS, caracterizadas por concepções discriminatórias tanto por uma certa posição de invulnerabilidade quanto pela ligação desta condição à morte. Essas representações foram reveladas por termos como “morte”, “tristeza”, “incurável”, “sofrimento” e “África”, tais resultados endossam a necessidade de promoção da educação em saúde como ferramenta para a desconstrução desses estigmas.

Sabe-se que as representações sociais são construídas e partilhadas socialmente, que influenciam e conduzem comportamentos e tomadas de decisão. Desta forma, não podem ser desconsiderados os elementos agravantes revelados nesses discursos que, independentemente da faixa etária, demonstram a complexidade da influência de tais representações em suas falas.

Se os traços da estigmatização ainda são evidentes entre adolescentes que não vivenciaram os primeiros anos da epidemia do HIV/AIDS, torna-se indispensável investigar e considerar as percepções de pessoas idosas que acompanharam o surgimento e o desenrolar dos primeiros casos, os quais carregam consigo valores históricos e morais de outra época. Indursky (2011) afirma que a memória social se constitui à medida que os discursos produzidos em contextos distintos são revisitados, reiterados e regularizados. A linguagem reproduz o que outrora fora construído e define o pensamento da coletividade, a despeito da idade e do grupo social a que os indivíduos pertencem. Diante de tal inevitabilidade, Sousa *et al.* (2019) realizaram uma pesquisa com pessoas idosas a fim de apreender as Representações Sociais elaboradas sobre o HIV/AIDS e de compreender como se dava a relação com a prevenção da infecção pelo HIV.

Os resultados encontrados nessa pesquisa são muito interessantes, visto que, ao mesmo tempo em que revelam um movimento de mudança e desconstrução, pautados nos avanços de saúde com as terapias antirretrovirais e o processo de mudança da imagem da Aids como sentença de morte para doença crônica, resgatam as antigas “metáforas estigmatizantes”. Julgam, por exemplo, ser um problema do outro e se consideram isentos do risco, já que se trata de um problema de jovens, ou retomam a questão dos antigos grupos de risco, destacando os

homoafetivos. Essa concepção é marcante, pois revela que os discursos habitam os indivíduos e como o pesamento social, a respeito da temática, reflete na forma como cada um enxerga a si próprio e o outro.

Um outro achado importante do estudo de Sousa *et al.* (2019) refere-se à rede de informações. Muitas pessoas idosas afirmaram que esse é um tema debatido na mídia e que há um movimento pela busca constante da informação, tanto por meio de programas de televisão quanto pela internet. Esse fato merece atenção devido à quantidade e à qualidade das informações que são disponibilizadas por esses meios, já que nem sempre são intermediadas por profissionais de saúde; e, considerando a pluralidade de conteúdos disponíveis à apreensão do conhecimento e à construção das representações, podem sofrer uma influência negativa de *fake news* e informações deturpadas que tendam a reforçar os estigmas e a resultar na adoção de comportamentos de risco. Com isso, verifica-se como a mídia se insere não apenas como transmissora de informações. Ela se utiliza de diversos meios para que as mensagens cheguem ao público que lhe interessa com o intuito de conduzir às consciências e aos propósitos destinados por ela.

Silva e Cueto (2018) levantam discussões acerca dos impactos da estigmatização de uma condição de saúde, destacando que o trabalho de prevenção eficaz precisa considerar o ambiente sociocultural favorável, isto é, atentar para os moralismos, a desinformação e os estigmas envolvidos. Os autores refletem como os processos de saúde não estão restritos aos ambientes de investigação científica, protocolos, estudos epidemiológicos ou às inovações terapêuticas. Argumentam, ainda, que todo o processo de cuidado, desde a prevenção até o tratamento, pode ser comprometido pela força do estigma. Referindo-se a Susan Sontag (2007), em sua obra *A doença como metáfora*, os autores afirmam que: “Quando adquirem um nome e assumem significados, as doenças desdobram signos e percepções culturais arraigadas, manifestando-se nas vidas particulares de indivíduos, que, diagnosticados, adquirem uma outra ‘cidadania’” (Silva; Cueto, 2018, p. 312).

Considerando o debate traçado até aqui a respeito do infortúnio que cerca a estigmatização do HIV/AIDS e suas implicações negativas no processo de prevenção, cabe trazer à luz da discussão os reflexos desta conjuntura no cenário pós-diagnóstico.

As dificuldades e os enfrentamentos vivenciados pelas pessoas com o diagnóstico do HIV são relatadas por Andrade e Iriart (2015), que se referem ao conceito de dimensões do estigma de Corrigan (2004). A primeira dimensão relatada por Corrigan é a do estigma sentido (*felt stigma*), que está relacionado à percepção de depreciação por parte de quem o sofre. Esse tipo de estigma resulta nos sentimentos de medo, vergonha, ansiedade, que levam as pessoas a um processo de autoexclusão. Já a segunda dimensão, diz respeito ao estigma efetivado (*enacted stigma*) e compreende a exclusão por conta do estigma, a experiência real da discriminação que tem como consequência a violação dos direitos, além do “ostracismo social” (Andrade; Iriart, 2015, p. 567).

Para Zambenedetti e Both (2013), entre as pessoas que convivem com HIV/AIDS, existe uma questão central, que é o fato de o estigma não ser visível, e, portanto, depender de uma revelação. Diante disso, há a possibilidade de controlar quando e como será revelada a tal condição, considerando o momento oportuno e que lhes preserve e permita segurança (Suit; Pereira, 2008).

O silenciamento que rege a condição do HIV/AIDS vem sendo identificado por diversos estudos. Andrade e Iriart (2015) analisaram as implicações do estigma para mulheres com diagnóstico de HIV positivo em Maputo. As participantes afirmaram que revelar o diagnóstico para a família é sempre um momento delicado, e que essa decisão se deu somente por conta de uma exigência dos serviços de saúde para iniciar o tratamento antirretroviral. O receio das mulheres de se assumirem soropositivas é justificado pelo estigma, que as tornará desacreditadas perante a sociedade. Nesta situação, torna-se perceptível como as mulheres são vistas socialmente. Ou seja, as dificuldades de enfrentar a doença e as suas consequências são maiores pelo fato de serem do sexo feminino e estarem subordinadas a um perfil pré-determinado pelo contexto histórico e social no qual estão inseridas.

Achados semelhantes foram encontrados por Renesto *et al.* (2014) em uma pesquisa realizada com mulheres no estado de Pernambuco. As participantes revelaram em seus discursos a necessidade de ocultar o diagnóstico para se protegerem do estigma que cerca o HIV/AIDS. A preocupação com o julgamento e a exclusão, principalmente familiar, foi o principal motivo apontado pelas participantes, que temiam ser responsabilizadas ou uma reação violenta por parte de algum ente próximo. Circunstância, referida por Goffman em:

O indivíduo estigmatizado pode descobrir que se sente inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão. Essa incerteza é ocasionada não só porque o indivíduo não sabe em qual das várias categorias ele será colocado, mas também, quando a colocação é favorável, pelo fato de que, intimamente, os outros possam defini-lo em termos de seu estigma: Assim, surge no estigmatizado a sensação de não saber aquilo que os outros estão “realmente” pensando dele (Goffman, 1988, p. 19).

O medo da rejeição dos familiares, dos amigos e das demais pessoas da sua rede é uma preocupação recorrente entre os estudos com pessoas idosas que convivem com o HIV/AIDS. Na pesquisa de Santana *et al.* (2018), buscou-se investigar os fatores que influenciavam negativamente a qualidade de vida de pessoas idosas convivendo com o HIV/AIDS, e percebeu-se que, entre esses fatores, encontrava-se a preocupação com o sigilo do seu diagnóstico, as comorbidades e outras sintomatologias, a autoimagem negativa, a depressão e, logicamente, a rejeição.

Já no trabalho de Vieira, Alves e Sousa (2012), as pessoas idosas alegaram que o afastamento dos membros da família e de pessoas do convívio, pela não aceitação, era um dos seus receios, associados à falta de conhecimento, tal como aos tabus delas sobre o HIV/AIDS e a sexualidade. Já nos achados de Silva *et al.* (2015), o que ganha destaque é a preocupação das pessoas idosas, e, até mesmo, a própria experiência de perda de interesse por atividades que antes lhes eram prazerosas, a perda do autocuidado, “paralisia do desejo” e o isolamento.

Todas essas questões, apontadas em decorrência da estigmatização do HIV/AIDS na velhice, elucidam a postura perigosa do silenciamento, não só pelas complicações do diagnóstico tardio, mas também em decorrência de uma preocupação com os aspectos emocionais e psicológicos que precisam ganhar visibilidade.

A postura silenciosa, o receio pela descoberta do diagnóstico, o movimento de afastamento das pessoas de convívio e o isolamento das pessoas idosas denunciam uma consequência perigosa, principalmente na velhice. Além disso, conforme destacou Saldanha, Araújo e Sousa (2009), a associação do HIV/AIDS a uma sentença de morte ainda perdura no imaginário social, que somada à visão da velhice como última fase – como um entendimento de “missão

cumprida” – pode levar a pessoa idosa a encarar o diagnóstico com conformismo, com isso, dificultar a adesão ao tratamento, ou mascará-lo com uma postura positiva de enfrentamento. Essa condição, na verdade, não está sendo bem superada no âmbito social e psicológico, muito menos no âmbito psicoemocional.

A urgência dessa discussão em torno do estigma do HIV/AIDS na velhice se faz cada vez mais necessária, pois, conforme exposto ao longo deste capítulo, existe um processo de estigmatização prévia da população idosa que, aliada à condição do HIV, é acentuado e exerce uma carga duplicada. A assistência fragmentada que, na grande maioria das vezes, não lhes confere uma atenção integral e compromete a prevenção da saúde, acrescida das estratégias de enfrentamento adotadas após o diagnóstico, submete a pessoa idosa que convive com o HIV/AIDS a situações de violência, negligência e auto negligência.

Desse modo, podemos inferir que o avanço no tratamento dos sintomas físicos que se manifestam na pessoa idosa em seu processo de envelhecimento não abarca as necessidades psicossociais, apesar de inclusão destes no tratamento. É inegável a necessidade de medidas de maior eficácia no tratamento dos sintomas sociais originados do preconceito e da estigmatização a que são expostas as pessoas que convivem com HIV/AIDS, em especial, a pessoa idosa que goza do duplo estigma: ser pessoa idosa e conviver com o HIV/AIDS.

Dentre as medidas essenciais neste contexto, está a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e demais conteúdos que integram a sexualidade da pessoa idosa em seu processo de envelhecimento. Tais pautas necessitam ser objeto dos programas voltados a este grupo etário e sua materialização deve estar presente no cotidiano das instituições de saúde, como parte das ferramentas utilizadas em todo cuidado ofertado, tão carente desta abordagem, como elucidam alguns estudos a este respeito. A título de exemplo, uma pesquisa que avaliou os fatores associados ao aumento de IST em pessoas idosas, observou em sua investigação que os principais fatores causais das referidas infecções são a falta de diálogo e de orientação acerca da temática por parte dos profissionais que lidam com pessoas idosas (Silva *et al.*, 2023).

Corroborando os dados desta pesquisa, o estudo que objetivou avaliar a incidência e mortalidade em pessoas idosas por HIV no Brasil, de 2000 a 2017, observou dados de elevado e crescente número de óbitos, seja em função do diagnóstico tardio, ou até mesmo pela falta de diagnóstico, fatores estes ocasionados, principalmente, por falhas no processo assistencial. Tal investigação conclui com um alerta quanto à necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para esta abordagem, com a finalidade de minorar este tabu social e garantir a segurança sexual deste grupo (Santos *et al.*, 2019b).

Fortalecer a rede de cuidados e suporte social, a exemplo de familiares, amigos e profissionais de saúde, responsáveis pela atenção no território destes indivíduos, é uma possibilidade de maior segurança e adesão à terapia medicamentosa e ao tratamento clínico. Aspectos que são secundarizados pelo receio da revelação do diagnóstico e exposição maior nestes espaços.

Estratégias de matriciamento do serviço especializado para com as unidades de saúde da família devem ser construídas com o binômio pessoa idosa e profissionais de saúde envolvidos, cujo propósito é individualizar o cuidado, centrado na necessidade da pessoa idosa, sem que os refletores do cuidado estejam iluminando o diagnóstico destes na comunidade. Favorecer o seu bem-estar, sua autonomia e participação ativa por todo o seu plano assistencial, durante

o processo de tomada de decisão, deve ser prioridade, pois isso pode contribuir para acesso a uma comunicação genuína, assertiva, que empodere por intermédio do conhecimento, tanto em relação aos desfechos favoráveis possíveis, quanto acerca da quebra de paradigmas e estigmas tão arraigados e socialmente naturalizados.

Por isso, as vozes que ecoam o coro de uma sociedade mais justa para todas as idades não podem se calar. Assim, os estudos e as discussões devem postular a precisão emergencial por uma construção coletiva de modelo assistencial que contemple as especificidades da pessoa idosa, em seu convívio com o HIV/AIDS, tal como o confronto do preconceito por intermédio da pulverização do conhecimento humanístico e científico acerca da experiência do ser que envelhece, que necessita somar as perdas nos aspectos fisiológicos, psicoemocionais e sociais, além de todo fardo originário do diagnóstico.

Referências

- AGOSTINI, R. *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 24, n. 12, p. 1-6, 2019.
- ANDRADE, R. G.; IRIART, J. A. B. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 565-574, 2015.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, p. 63-72, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. Acesso em: 16 out. 2023.
- BASTOS, F. I. *et al.* The Hidden Face os AIDS in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 90-96, jan./mar. 1993.
- BRASIL. Departamento de condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico de HIV e AIDS*. Brasília, dez. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletimepidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- CASTRO, J. L. C. *et al.* Representações sociais do VIH/SIDA para adolescentes: uma abordagem estrutural. *Análise Psicológica*, v. 37, n. 1, 2019.
- FENTRESS, J.; WICKHAM, C. *Memória social: novas perspectivas sobre o passado*. Tradução de Telma Costa. Lisboa: Editora Teorema, 1992.
- GARCIA, A.; SOUZA, E. M. Sexualidade e trabalho: estudo sobre a discriminação de homossexuais masculinos no setor bancário. *Rev. Adm. Púb.*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, p. 1353-1377, nov./dez. 2010.
- GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, p. 72-83, 2008.

- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*. Tradução: Mathias Lambert. Rio de Janeiro: LTC, 1988. v. 4.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- GUEVARA-SOTELO, Y.; HOYOS-HERNÁNDEZ, P. A. Vivendo com HIV: experiências de estigma sentido em pessoas com HIV. *Psychogente*, v. 21, n. 39, p. 127-139, 2018.
- INDURSKY, F. A memória na cena do discurso. In: INDURSKY, F.; MITTMANN, S.; FERREIRA, M. C. L. (org.). *Memória e história na/da análise do discurso*. Campinas: Mercado das Letras, 2011.
- KNAUTH, D. R. Ciência e sociedade na produção e reprodução de estigmas e discriminação. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 81-89.
- LIPPMANN, W. *Opinião pública*. Tradução e prefácio de Jacques A. Wainberg. Petrópolis: Vozes, 2008. (Coleção Clássicos da Comunicação Social).
- MONTEIRO, S. *et al.* A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e Aids no Brasil. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 61-80.
- PARKER, R.; AGGLETON, P. *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- PARKER, R. R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 25-46.
- RENESTO, H. M. F. *et al.* Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, p. 36-42, 2014.
- SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L.F.; SOUSA, V. C. Envelhecer com Aids: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.
- SALDANHA, A. A. W. *et al.* Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. *J Bras Doenças Sex Transm*, v. 20, n. 1, p. 36-44, 2008.
- SANTANA, P. P. C. *et al.* Fatores que interferem na qualidade de vida de idosos com HIV/AIDS: uma revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 23, n. 4, 2018.
- SANTOS, C. A. *et al.* Sexualidade na terceira idade: a percepção dos idosos usuários de um serviço de apoio a melhor idade. *CLAIQ2019*, v. 2, p. 1414-1422, 2019.
- SANTOS, M. S. dos *et al.* *Incidência e mortalidade em idosos por HIV no Brasil, de 2000 a 2017: um alerta para prevenção de IST*. 2019. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Sistemas de Informação, Monitoramento e Análise de Saúde Pública) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

- SILVA, E. F. O.; SANTANA, A.; RIBEIRO, A. C.; DORES, I. D. C.; GONTIJO, T. G. Fatores associados ao aumento de infecções sexualmente transmissíveis no público pessoas idosas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 3, e11813. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e11813.2023>. Acesso em: 16 out. 2023.
- SILVA, A. F. C.; CUETO, M. HIV/Aids, os estigmas e a história. *Hist. Cienc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 234-240, 2018.
- SILVA, L. C. *et al.* Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em pessoas idosas atendidos em um serviço público de saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, p. 821-833, 2015.
- SILVERSTONE, R. *Por que estudar a mídia?* Tradução: Milton Camargo Mota. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. (Coleção Tendências, v. 6).
- SOUSA, L. R. M. *et al.* Representações sociais do HIV/Aids por pessoas idosas e a interface com a prevenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 1129-1136, 2019.
- SOUZA, M. N. *et al.* Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 31, p. 235-239, 2010.
- SUIT, D.; PEREIRA, M. E. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP*, v. 19, p. 317-340, 2008.
- SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. The HIV/AIDS epidemic in Brazil: three decades. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 13, 2011. DOI: 10.1590/S0102-311X2011001300001.
- UNAIDS. *Data 2020*. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf. Genebra, Suíça, 2020. Acesso em: 10 abr. 2021.
- VALLE, C. G. Identidades, doença e organização social: um estudo das pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Horizontes Antropológicos*, v. 8, p. 179-210, 2002.
- VIEIRA, G. D.; ALVES, T. C.; SOUSA, C. M. Análise dos dados epidemiológicos da aids em idosos no estado de Rondônia, Amazônia Ocidental. *DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 24, n. 1, p. 49-52, 2012.
- VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I. Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 1951-1960, 2014.
- ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. A via que facilita é a mesma que dificulta: estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família-ESF. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, n. x, p. 41-58, 2013.

Capítulo 2

Memórias de pessoas idosas encarceradas acerca da saúde na prisão

*Pollyanna Viana Lima
Alessandra Souza de Oliveira
Joana Trengrouse Laignier de Souza
Luciana Araújo dos Reis*

No Brasil, nas últimas décadas, o número de pessoas com 60 anos ou mais tem apresentado um elevado ritmo demográfico e, conforme projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), será acentuado no futuro próximo (Brasil, 2013). A velocidade com que se processa o aumento do número de pessoas idosas e as consequências para os mais diversos setores da sociedade são o maior desafio para se enfrentar, o que requer um olhar diferenciado e urgente. Isso porque é preciso garantir às pessoas envelhecer com segurança e dignidade, com autonomia, independência e participação ativa na sociedade (Closs; Schwanke, 2012).

O aumento da população de pessoas idosas tem repercussões em toda a vida humana, inclusive no processo de julgamento penal, pois o aumento da população idosa, conseqüentemente, gera um maior número de crimes cometidos por eles. Isso ocorre, principalmente, devido aos problemas sociais, os quais também incidem no aumento da criminalização de pessoas idosas no Brasil (Côrte, 2010).

Para Neri (1995), a velhice é uma categoria social e individual que está atrelada aos ideais e aos valores da sociedade, conforme o ambiente em que o sujeito envelhece. A sua individualidade e a de seu grupo, a maneira como esse indivíduo está envolvido socialmente são fatores basilares nesse processo. Sendo assim, “a velhice e o envelhecimento são fenômenos que variam no tempo histórico, segundo a estruturação, os valores e as políticas e práticas de cada sociedade” (Diogo; Neri, 2013, p. 7).

Para tanto, pensar no processo de envelhecimento de um indivíduo idoso que se encontra encarcerado é levar em conta que o envelhecimento se dará de forma diferenciada da pessoa idosa que está em liberdade, visto que as realidades de ambiente e de convivência social de muitas delas são extremamente diferentes (Oliveira; Costa; Medeiros, 2013). Segundo Côrte (2010), a população que se encontra em cárcere no Brasil tem carências pregressas, mas a prisão acentua as implicações devido ao ambiente de superlotação e insalubridade, adicionadas às consequências do próprio fato de estar em confinamento.

Quando essa realidade se refere à população idosa, os agravantes são ainda maiores, pois esses indivíduos constroem sua velhice em um contexto social de reclusão, com normas e regras próprias da instituição prisional, expostos a inúmeras adversidades, realidade comum no Brasil (Camargo, 2015). Além disso, é uma pessoa idosa isolada da convivência e do apoio familiar, uma instituição fundamental para o enfrentamento decorrente das exigências da vida (Gonçalves *et al.*, 2013). Por ser a prisão um aparelho disciplinar no modelo panóptico, arquitetado para o exercício do poder de punir por meio da supressão do tempo livre, acaba por intensificar problemas não somente físicos, mas psicológicos, também, principalmente em pessoas idosas (Foucault, 1987).

Nessa perspectiva e diante da realidade do sistema prisional brasileiro, infere-se que o estar encarcerado pode possibilitar sentimento de frustração, ócio, descrença no futuro próximo, bem como violência, ruptura de laços familiares e sociais, perturbações mentais, razões que podem prejudicar a qualidade de vida, assim como acelerar o processo de envelhecimento (Deus, 2003). Qualidade de vida aqui é entendida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Whoqol Group, 1994, p. 1, tradução nossa).

Para as pessoas idosas encarceradas, os problemas de saúde são ainda mais intensificados, principalmente, devido ao ambiente em que esses vivem, dado que o sistema prisional brasileiro é deficiente no que se refere às condições de higiene, saúde e disciplina (Brasil, 2005). Ademais, o encarceramento antecipa e acelera o processo de envelhecimento, é promotor do adoecimento e reduz de forma drástica a expectativa de vida (Oliveira; Costa; Medeiros, 2013).

Frente ao exposto, este capítulo tem como objetivo analisar as memórias de pessoas idosas encarceradas acerca da saúde na prisão.

O presente capítulo tem caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, além de seu aporte teórico-metodológico se sustentar na perspectiva da Memória Coletiva. Trata-se de uma investigação realizada em três Unidades Prisionais (UP) do interior da Bahia. As UP custodiam presos provisórios e condenados, dando cumprimento às penas privativas de liberdade. A Unidade Prisional 1 (UP1) e a Unidade Prisional 2 (UP2) atendem aos Regimes Fechado, Semiaberto e Provisório, já a Unidade Prisional 3 (UP3) atende apenas aos Regimes Fechados e Regime Provisório. A pesquisa de campo ocorreu no período de março a outubro de 2017, sempre em horários agendados previamente com as UP.

Os participantes do estudo foram representados por 31 pessoas com 60 anos ou mais que estavam aptas para participar da pesquisa, pois se encontravam em situação de cárcere, alojadas em um dos Conjuntos Penais selecionados para realização da pesquisa.

Foi utilizado como instrumento um roteiro para entrevista semiestruturada, que apresentou questões sobre as recordações acerca da saúde na prisão, com o intuito de conhecer as memórias das pessoas idosas encarceradas. O registro ocorreu por meio de gravação dos dados, os quais foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, descrita por Laurence Bardin (2011), na modalidade de análise temática. Foi realizado o tratamento dos resultados, com inferência, interpretação, além da articulação do material empírico com o referencial teórico da Memória.

Essa investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com parecer nº 1.968.281, e seguiu todos os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos.

As memórias de pessoas idosas encarceradas acerca da saúde na prisão

As 31 pessoas idosas participantes do estudo foram, em sua maioria, do sexo masculino, estavam na faixa etária de 60 a 65 anos, têm cor parda, sem escolaridade, de religião evangélica, casadas, com média de três a quatro filhos, de origem urbana e rural com grande semelhança, lavradores e com um a dois anos de prisão.

O Brasil é um país com recursos limitados para a saúde, assim, o acesso da maioria da população aos cuidados de saúde de qualidade não é garantido de forma efetiva. Quando se trata da saúde nas prisões, a realidade de uma assistência à saúde de qualidade fica ainda mais distante, como poderá ser visto nos relatos das pessoas idosas.

A maioria das pessoas idosas em situação de cárcere, devido à sua vida pregressa, é menos saudável do que a população em geral. Isso porque ou têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde, condições de vida desfavoráveis, ou fazem uso de drogas e/ou álcool. Acrescenta-se a isso o fato de os prisioneiros terem taxas muito maiores de doença cardíaca, hipertensão arterial, hepatite C, diabetes e outras doenças crônicas. Por esse fato, os estudos que discutem o encarceramento de pessoas idosas tendem a defender que a prisão é promotora de doença e que a velhice para quem está na prisão é acelerada (Ollive, 2016).

Além do mais, na prisão, tudo é intensificado, o que torna o envelhecer com saúde um desafio. A saúde é entendida como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças (WHO, 1946). Vários problemas podem afetar a vida e, conseqüentemente, a saúde de um indivíduo, entre eles, a violência, ambiente inóspito, estilo de vida inadequado e o abuso aos direitos humanos. Esses problemas são corriqueiros no ambiente prisional, o que dificulta manter a saúde e ter um envelhecimento digno (Porporino, 2014).

Talvez por esse fato, as pessoas idosas encarceradas tenham trazido em suas narrativas a saúde como uma representação tão diferente do que tem sido visto em outros estudos no Brasil, conforme será apresentado adiante. Isso porque a memória das pessoas idosas encarceradas está relacionada à sua vivência e experiência atual, mas também a toda a memória construída ao longo de sua vida, aquela ligada às relações exteriores e anteriores ao aprisionamento (Halbwachs, 2013).

É possível inferir que os depoentes exprimem em seus relatos as vivências ancoradas em uma memória da prisão, como uma forma de controle do corpo, que, por si só, já denota uma agressão à saúde.

Estas narrativas foram constituídas em três categorias, e todas elas sinalizam que a prisão por si só é um local adoecedor, visto que, além da insalubridade, a alimentação inadequada, a inexistência de cama para dormir, ausência de banho de sol para a maioria dos entrevistados, fazem com que os fatores psicológicos sejam intensificados, principalmente devido às regras rígidas do ambiente. Essa realidade fortalece as memórias sobre saúde na prisão e possibilitam relacioná-las à doença, tendo em vista ainda o fato de serem pessoas idosas com múltiplas doenças. Deste modo, as categorias construídas são: memórias da saúde/ausência dela na prisão; memórias das doenças na prisão; memórias da dor na prisão e memórias da assistência à saúde na prisão.

Memórias da saúde/ausência dela na prisão

Há pouco mais de 20 anos, em 1995, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o guia *Saúde nas Prisões*, baseado em um Projeto de Saúde no Sistema Prisional. A partir daí

inúmeras normativas vêm sendo implantadas no mundo e, também, no Brasil. Uma das normativas preconizadas, destaca que o preso não pode sair do ambiente prisional pior do que entrou (WHO, 2007). Para tanto, precisaria ter cuidados preventivos e tratamento adequado para que essa realidade fosse uma constância, entretanto, o que se vê é uma acumulação de problemas físicos e mentais e um claro agravamento de doenças na prisão, conforme pode ser visto nas narrativas das pessoas idosas do estudo em questão, tal como em outros estudos que discutem a temática, como o de Minayo e Constantino (2015), o de Porporino (2014) e o de Gois *et al.* (2012).

Aqui dentro é muito frio, não tomo sol, fico doente o tempo todo. Sem saúde, a gente não é ninguém. A saúde é importante, mas é preciso tratamento. (IE-12)

De uns meses para cá, comecei a sentir umas coisas, depois que eu comi uma coisa que me fez mal, tive uma diarreia muito forte, que até meu ânus saiu para fora. O que me incomoda são meus dentes também, porque eu estou perdendo muitos dentes, tenho até vergonha de falar direito, de sorrir. (IE-30)

Minha saúde aqui piorou muito, não tinha de forma alguma os problemas que tenho hoje aqui. Hoje tenho insônia, passo a noite inteira sem dormir, fico do lado de pessoas fumando a noite inteira, tenho que conviver com esta poluição toda. Desenvolvi problemas respiratórios. Sabe... Eu tinha uma vida saudável, tinha uma cama confortável, silêncio, uma boa alimentação. (IE-5)

Além desse direito descrito, outros estão definidos por lei, porém, conforme Minayo e Gualhano (2016, p. 1),

[...] a efetividade das ações é muito precária. E a atuação de organismos de fiscalização e defesa dos direitos humanos como o Ministério Público, a Defensoria Pública, as ONG e as comissões parlamentares esbarram na indiferença dos responsáveis e na inércia das instituições.

A informação acima apresenta-se de forma clara nas narrativas das pessoas idosas, as quais poderão ser vistas adiante. Apesar da preconização dos direitos humanos na prisão e do resguardo à saúde física e à mental, a forma como as pessoas idosas estão confinadas não as possibilita prevenir o agravamento de doenças. “O núcleo do conceito de direitos humanos encontra-se no reconhecimento da dignidade da pessoa humana, dignidade esta, expressa em um sistema que exerce uma função orientadora sobre a ordem jurídica, porquanto estabelece o bom e o justo para o homem” (Gomes; Kölling; Balbinot, 2015, p. 42). Portanto, a preocupação com os direitos humanos deve ser mantida, e esses não podem ser negados caso um indivíduo esteja preso (Gomes; Kölling; Balbinot, 2015).

Minha saúde aqui na prisão vai muito mal, muitas dores por todo o corpo. Minha saúde não é mais a mesma. (IE-24)

Estar aqui na prisão é uma doença, sofro demais. Aqui minha saúde piorou. Tive até convulsão aqui dentro, coisa que nunca tive. Cheguei a ter uma crise depressiva e convulsiva aqui na prisão. Aqui dentro, a gente já é uma doença um para o outro. (IE-18)

Minha saúde está um caos total. Hoje estou aqui sem colírio para colocar no olho e estou ficando totalmente cego. Lá fora eu tinha como cuidar da saúde, mas aqui dentro é impossível. Aqui dentro fico impotente sem poder fazer nada. (IE-28)

Aqui dentro é incapaz da gente permanecer com saúde, porque a gente vive no estresse. (IE-01)

Estou muito fraco, muito debilitado. Tenho direito de ir embora. Estou fraco, magro demais, muito doente, cheio de problemas, tenho dificuldade para andar, sinto muita dor. (IE-12)

Aqui dentro da prisão, só estou emagrecendo, desfalecendo. (IE-15)

De acordo as narrativas, é possível perceber que estas estão ancoradas nas seguintes premissas: saúde como um caos e com dificuldade para mantê-la; fraqueza; debilidade; doença; insônia; estresse; inexistência de banho de sol e de exercício físico. Todos esses conteúdos rememorados caracterizam a objetivação do agravamento da saúde na prisão.

Essa realidade denota uma realidade vista em outros estudos de cunho internacional, como o realizado pelo *The American Friends Service Committee*, por meio de um projeto de vigília prisional, o qual concluiu que as doenças normalmente associadas ao envelhecimento podem ser aceleradas ou agravadas, pois os encarcerados idosos não têm cuidados médicos e alimentação adequada, socializam-se pouco ou não se socializam, vivem em ambientes desfavoráveis, não fazem exercícios, além do impacto psicológico, que é agravado. Nesse sentido, é cabível dizer que o agravamento da saúde não é uma percepção apenas empírica e, muito menos, uma realidade apenas desses campos onde a pesquisa ocorreu (Cool *et al.*, 2017).

Um ponto que chama a atenção em uma narrativa obtida é o fato de emergir o seguinte apontamento: “estou preso duas vezes”.

A minha saúde aqui na prisão é péssima. A gente não toma sol, não movimenta, não tem como fazer um exercício, dormimos embolados. Somos presos duas vezes. A minha pressão era boa, depois que vim para a prisão, a minha pressão piorou. (IE-16)

Esta afirmativa, apesar de ser dita por uma pessoa idosa, remete a uma realidade vivida por todas as pessoas idosas da UP3, haja vista a inexistência de banho de sol ser uma realidade para todos. As queixas por essa situação apareceram em outros momentos das narrativas de várias pessoas idosas. Essa referência de estarem presos em um ambiente que já é a prisão remete ao fato de não poderem sair da cela, de não se socializarem com outros presos, já que é possibilitado apenas o contato com os companheiros de cela, também associado ao confinamento, à falta de sentirem o sol e aquecer o seus corpos. Essa fala reflete ainda uma condição de prisão impensável frente às premissas dos direitos humanos e de todas as legislações que definem normatizações na prisão. Porém, cabe ressaltar que o fato de não poderem “tomar banho de sol” não é uma regra da UP, mas é algo imposto pelos indivíduos que dividem a mesma UP e que ditam as regras conforme as suas vontades.

Frente a essa realidade, concorda-se com as pessoas idosas deste estudo e com autores como Kim e Peterson (2014) de que não há como permanecer com saúde na prisão e, muito menos, evitar o agravamento de doenças, tanto as físicas como as mentais, principalmente em se tratando de indivíduos que, fisiologicamente, vão reduzindo sua capacidade adaptativa (Santos; Nogueira, 2015).

Memórias das doenças na prisão

Envelhecer com qualidade de vida, nas últimas décadas, vem sendo considerado um desafio, mesmo com tanto avanço tecnológico. Envelhecer na prisão e com inúmeras doenças torna o cenário muito mais complexo. Talvez por esse fato, as pessoas idosas trazem em suas narrativas um grito de desabafo, as suas representações de saúde, como a ausência dela e a valorização da doença, condição parecida com a encontrada no estudo de Reis e Kind (2014) com homens encarcerados; mas ainda devido a uma visão posta pelo senso comum, em que

a saúde é compreendida como ausência de doença (Batistella, 2007). “Modelo incorporado, praticado e fortalecido pelo contexto social, pelas indústrias farmacêuticas, pelas tecnologias médicas, por profissionais da área de saúde e por grande parte da população, inclusive a de baixa renda” (Reis; Kind, 2014, p. 224).

O conceito de saúde para a OMS não é apenas a ausência de doença, mas o bem-estar físico, mental e social com visto anteriormente (Ferreira *et al.*, 2014). Para autores como Batistella (2007, p. 79), “a saúde deve ser compreendida em seus múltiplos aspectos. Ela nunca será redutível a qualquer de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva”.

Diante disso, partimos do pressuposto de que seria um equívoco almejar uma visão diferente da aqui vista por parte das pessoas idosas, uma vez que não há como caracterizar algo distante de nossa realidade, tanto a atual, como a pregressa.

Não se pode negar a importância de valorizar outras variáveis além da ausência de doença para nos referirmos ao conceito de saúde. Por esse fato, quando se relaciona esse conceito a fatores como os citados por Batistella (2007), com destaque para o ambiente, condições do sono, alimentação, lazer e vulnerabilidades, é possível compreender o porquê de as pessoas idosas encarceradas rememorarem a saúde como doença, pois é essa a vivência diária de todos que ali estão.

Ao analisar os relatos das pessoas idosas deste estudo, observa-se que todas elas têm pelo menos uma doença, sendo que a maioria informou ter múltiplas doenças, especialmente as crônicas. Adiante é possível verificar em alguns relatos selecionados.

Eu sinto muitos problemas de coluna, já trabalhei em muito terreirão de café. (IE-07)

Eu já estou muito velho, tenho 74 anos, estou muito doente. Estou tossindo muito, minha tuberculose voltou, estou com a pressão alta, sinto muita dor no estômago, hemorroida, não durmo direito, tenho gonorreia. Minha urina está escura, quando faço xixi, arde, e ainda tenho uma platina na perna de um tiro. Preciso sair daqui, tenho direito. (IE-12)

Tive tuberculose na primeira vez que fui preso e agora estou de novo com tuberculose. Tenho diabetes e preciso de uma comida sem açúcar, mas aqui a comida é igual para todos. (IE-02)

Estou com ferida na perna, e a ferida não trata nunca, está bem difícil viver aqui. Meu triglicérides e o meu colesterol, da última vez que mediu, estava alto, e aqui não vai conseguir controlar nunca desse jeito. (IE-05)

Eu sou hipertenso, cardíaco, e o médico está desconfiando que eu estou com câncer de próstata. (IE-31)

Sou deficiente visual do olho direito e do esquerdo estou com 20%. Descobri o diabetes aqui dentro, por conta da visão que só estava piorando, bebendo água toda hora e ficava com a boca seca e ainda ia no banheiro a noite toda. Fiz o exame, e deu diabetes. (IE-02)

É tanta doença que eu estou que nem sei direito como estou vivo.

Estou com diabetes, pressão alta, colesterol alto, tudo deu alto no meu exame. (IE-23) Tenho pressão alta, mas até que sou bom de saúde. Fumei e bebi bastante antes de vir para cá e até estou bom. Tenho pressão alta e diabetes. Todo dia, preciso sair um minutinho daqui para ir tomar a insulina. Diabetes eu tenho desde mais novo e a pressão alta descobri aqui, acho que foi por causa da prisão, fiquei muito nervoso quando cheguei aqui, sofri muito. (IE-01)

Meu corpo treme todo, não consigo controlar, tenho muita dificuldade para andar. O médico disse que eu estou com a Doença de Parkinson. Não sei direito o que é isso, mas estou muito fraco ultimamente. (IE-03)

A Constituição Federal de 1988 define uma quantidade de direitos para o cidadão brasileiro mediante ações e serviços públicos, independentemente de raça, credo, se está preso ou em liberdade (Brasil, 1988). Da mesma forma, a Lei de Execução Penal (LEP), nº 7.210/1984,

garante a qualquer indivíduo que se encontra em situação de cárcere, sob custódia do Estado, seus direitos básicos e fundamentais (Brasil, 1994).

Para garantir o direito definido na Constituição Federal e na LEP, em 2003, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP), em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS. Nesse sentido, as ações e os serviços de atenção básica em saúde passaram a ser fornecidos nas unidades prisionais, com participação de equipes interdisciplinares de saúde, enquanto que os demais níveis de atenção passaram a ser pactuados e determinados no âmbito de cada estado. O PNSSP tem como objetivo contribuir para o controle e/ou a redução dos agravos de saúde da população que se encontra encarcerada no país, assim como trabalhar para a promoção e a prevenção em saúde (Brasil, 2004).

Outro importante avanço que ocorreu voltado à saúde nas prisões foi a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, que veio para substituir a anterior, como já referido na seção um dessa tese, e busca efetivar os direitos legais preconizados no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013). Todavia, apesar desses avanços legais, as prisões existentes e em atividade no país não colocam em prática os direitos à saúde, garantidos por Lei, uma vez que não disponibilizam serviços de assistência à saúde, e as que possuem, por vezes, carecem de profissionais para prestarem a atenção básica (Schultz *et al.*, 2017).

Estudos demonstram que a situação em que se encontra o cárcere no Brasil dificilmente conseguirá dar conta das demandas de saúde da população em privação de liberdade, pois a maioria das unidades prisionais tem um saneamento básico precário, falta de higiene, péssimas condições estruturais, superlotação, pouca iluminação e ventilação; além de locais inadequados para o repouso e uma alimentação que, muitas vezes, não é condizente à realidade de saúde do preso (Arruda *et al.*, 2015; CNPM, 2016; Minayo; Constantino, 2015). Esse quadro leva ao aumento de agravos à saúde, com desenvolvimento e/ou pioras de doenças como a tuberculose, pneumonia, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas, dentre outras.

Essa realidade torna-se ainda mais complexa quando se trata de pessoas encarceradas que passaram dos 60 anos. Isso porque, ao constatar, por meio das entrevistas, a realidade desses indivíduos, percebe-se um agravamento da velhice muito superior, comparado ao daqueles que se encontram em liberdade, o que é corroborado pelo estudo de Ghiggi (2015). As doenças que, muitas vezes, acompanhavam-nos anteriormente à prisão são intensificadas, e os que não as apresentavam acabam adquirindo-as. A literatura aponta que a pessoa idosa tem menos fatores protetores quando comparado às pessoas mais jovens, tanto físicos quanto mentais (Spirduso, 2005). Dentro da prisão, esses fatores sofrem redução (Porporino, 2014).

Acrescenta-se a isso o fato de os prisioneiros idosos terem maior incidência de doenças e deficiência. As doenças mais comuns são: hipertensão arterial, depressão, AIDS, hepatite C, entre outras, em comparação aos mais jovens, além de a maioria vir de grupos socioeconômicos classificados em escala inferior, que apresentam uma alta prevalência de doenças e acesso à saúde deficitário (Kim; Peterson, 2014).

Foram diversas as doenças identificadas por meio das narrativas das pessoas idosas, o que demonstra a carga de problemas de saúde que esses indivíduos vivenciam em um ambiente inóspito, sem um atendimento adequado e com condições insatisfatórias para a sua recuperação. Porém, ressalta-se que a incidência de doenças referidas pelas pessoas idosas não é semelhante

a de presos adultos mais jovens, pois estes são mais acometidos por doenças respiratórias como a tuberculose e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) (Lermen *et al.*, 2015; Minayo; Constantino, 2015).

Entre as doenças referidas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a mais evidenciada no presente estudo. Essa é uma patologia de grande incidência no Brasil (WHO, 2014), que atinge principalmente pessoas idosas e, quando não controlada, é um fator de risco complexo para outras tantas patologias, como o Diabetes Mellitus e doenças cardiovasculares (SBC, 2016). Além disso, quando associada a outros fatores de risco, como obesidade, ingestão de sal, uso de fumo e sedentarismo, tende a ser de difícil controle, o que eleva a incidência de morbimortalidade (SBC, 2016). Na realidade vivida pelas pessoas idosas encarceradas, o controle da HAS torna-se um desafio, porque, conforme as entrevistas, a alimentação diária não oferece uma dieta hipossódica e hipogordurosa. Além disso, a medicação prescrita, por vezes, não tem uma regularidade (Minayo; Constantino, 2015).

Outras doenças que tiveram um grande número de casos relatados foram o Diabetes Mellitus (DM), o Câncer (CA), a Tuberculose (TB), a Gastrite e as Doenças Cardiovasculares (DCV). O DM é a segunda Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de maior prevalência entre as pessoas idosas (WHO, 2014). É uma patologia que, quando associada à HAS, tem rápida progressão das complicações, além de ser uma doença de manejo bem mais complexo do que a HAS e, por isso, demanda autocuidado e acompanhamento contínuo das equipes de saúde (Milech; Oliveira; Vêncio, 2016).

Os casos de CA neste estudo estão relacionados ao de mama, na idosa do sexo feminino; de próstata, em quatro homens; e de intestino, também em um homem. Os dois primeiros são CA com alta incidência na população feminina e na masculina, respectivamente. O de mama é o primeiro câncer de incidência nas mulheres e o de próstata, o segundo mais prevalente nos homens (INCA, 2017). O câncer é um problema de saúde pública que requer cuidados imediatos e tem alto custo financeiro para os cofres públicos (Silva, 2015). Na prisão, tratar um câncer é quase uma utopia. A demora para se fechar um diagnóstico, a sequência do tratamento, as dificuldades de transporte, entre outros motivos, acabam forçando o problema a ser ignorado pelos profissionais de saúde, os quais, por vezes, sentem-se limitados diante das dificuldades operacionais a que estão sujeitos (Minayo; Constantino, 2015; Kim; Peterson, 2014).

A tuberculose na prisão tem sido um problema a ser enfrentado, pois os detentos convivem diretamente com seus pares e, quando o diagnóstico é demorado de se fechar para início do tratamento, a proliferação pode ser drástica, afetando não só os presos da mesma cela, mas também as visitas e funcionários do sistema prisional. Esse processo representa um alto risco para uma epidemia de TB sem controle no sistema penitenciário (Ferreira Junior; Oliveira; Marin-Léoni, 2013). Na pessoa idosa, a propensão de se desenvolver formas mais graves da doença é ainda maior, especialmente no ambiente carcerário, o que torna a assistência complexa e com condições favoráveis para o aumento da comorbidade, ou seja, da doença. Esse controle ainda é mais difícil devido aos poucos recursos de que a área da saúde dispõe na prisão (Negin; Abimbola; Bem, 2015).

Os problemas gastrointestinais foram referidos por 36,9% de presos das mais diversas idades e sexo, em um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa correlacionou os agravos gastrointestinais com a dieta inadequada com que os presos se alimentam (Minayo;

Ribeiro, 2016). O resultado apresentado é semelhante ao encontrado neste presente estudo, visto que, além de uma parcela significativa apresentar esse tipo de agravo, foi unanimidade a reclamação das pessoas idosas quanto à questão alimentar.

Nos Estados Unidos, as DCV são a causa mais comum de morte entre presos (Noonan; Ginder, 2013). Outro estudo, também realizado nos Estados Unidos, identificou alto índice de risco cardiovascular, especialmente pelo fato do número grande de pessoas encarceradas com DCNT. Estas, por sua vez, quando associadas, podem elevar o risco cardiovascular, como é o caso da HAS e do DM. Além disso, o estudo associou o acréscimo do risco ao baixo nível socioeconômico, acesso precário aos cuidados de saúde, uso ilícito de drogas e tabagismo (Thomas *et al.*, 2016). Infelizmente, devido à escassez de pesquisa referente à temática no Brasil, não é possível estabelecer uma comparação com essa realidade.

Os problemas osteomusculares nas prisões, especialmente os relacionados ao nervo ciático e dores na coluna, podem estar muito relacionados à forma como as pessoas idosas dormem, pois, conforme referido, muitos dormem no chão ou em colchões extremamente finos, dividindo espaços pequenos devido à superlotação (Minayo; Ribeiro, 2016). Em um estudo realizado na Polônia, com pessoas idosas presas, 51,4% apresentaram problemas osteomusculares, resultado bem acima do aqui encontrado. Porém, observando o tempo médio de prisão, chega-se à conclusão de que a média é superior a deste estudo, o que leva a deduzir que o tempo de prisão é influenciador por agravos osteomoleculares (Świdorski; Żaba; Macioszek, 2016).

Os problemas osteomusculares estão muito relacionados com o ambiente da prisão e com a forma como os prisioneiros vivem, conforme foi evidenciado pelas narrativas dos depoentes. Corroborando o encontrado, Minayo e Constantino (2015, p. 171) afirmam que:

Esse tipo de agravo à saúde está muito relacionado com a falta de exercícios físicos, com a superlotação das celas, com as dificuldades dos homens e das mulheres de se acomodarem nos lugares que lhes são reservados, com o pequeno espaço da locomoção e com noites mal dormidas em colchões inadequados ou no chão.

As doenças visuais, também referidas por algumas pessoas idosas, são outro problema que tem uma relação direta com o DM e com a idade. Uma grande parcela da população que tem diabetes e que não é tratada e acompanhada da maneira correta apresenta desenvolvimento de retinopatia diabética, doença que afeta os pequenos vasos da retina, a região do olho que é responsável pela formação das imagens transmitidas ao cérebro. O seu aparecimento está relacionado principalmente ao tempo de duração do diabetes e ao descontrole da glicemia. A retinopatia diabética é uma doença de alta repercussão tanto física quanto emocional, que leva à cegueira de forma rápida quando não tratada de modo correto (Henriques *et al.*, 2015; Milech; Oliveira; Vêncio, 2016).

A depressão é um problema que tem afetado pessoas das mais diversas idades e que tem apresentado um crescente aumento em pessoas idosas nos últimos anos. Tem sido considerado um problema de saúde pública que necessita de intervenções urgentes. Um estudo realizado no Sistema Prisional da Etiópia, com reclusos de todas as idades, identificou um alto índice de pessoas com problemas mentais, especialmente depressão e ansiedade, e relacionou essa alta magnitude ao ambiente da prisão, à escassez de vínculos sociais, à discriminação, entre outros fatores (Beyen, 2017). O estudo de Bedard, Metzger e Williams (2016) chama a atenção para o

fato de pessoas idosas sofrerem de angústia, solidão e tristeza na prisão, o que tem favorecido o número alto de pessoas idosas com quadro de ansiedade grave nas prisões dos EUA e, conseqüentemente, quadros depressivos que necessitam de cuidados médicos e tratamento medicamentoso. Nas prisões brasileiras, também tem sido uma realidade, porém não foi encontrado um estudo específico com pessoas idosas reclusas que pudesse servir de base para comparação (Constantino; Assis; Pinto, 2016).

As doenças mais referendadas na população carcerária idosa não se assemelham à realidade da população jovem. Nas pessoas idosas, encontram-se patologias comuns da idade, especialmente naquelas com fragilidade, e algumas outras típicas devido ao ambiente da prisão como TB, mas muito diferentes das doenças corriqueiras entre os adultos jovens, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), com destaque para a AIDS e Sífilis, mas também a TB, cuja incidência nos adultos mais jovens aumenta em comparação às pessoas acima de 60 anos (Lermen *et al.*, 2015).

Essa constatação está também relacionada ao tempo de prisão, visto que, conforme mencionado no perfil da população deste estudo, a maior parte das pessoas idosas tem um tempo relativamente pequeno na prisão, de modo que as exposições a doenças infecciosas e o agravamento de patologias ainda são parcialmente controlados.

Um estudo americano demonstrou que os prisioneiros idosos apresentam doenças crônicas de início precoce, doenças mentais não tratadas e necessidades psicossociais constantes. Além disso, as pessoas idosas usam mais os serviços de saúde da prisão do que os adultos mais jovens e são comumente tratados na comunidade externa, o que tem onerado os cofres públicos de forma substancial (Williams *et al.*, 2012). Acrescenta-se a isso o fato de as pessoas idosas encarceradas terem necessidades únicas de desenvolvimento individual e social que resultam da exposição do curso de vida a fatores de risco cumulativos agravados pela prisão e condições que aceleram seu envelhecimento (Maschi; Viola; Sun, 2012).

Foram muitos os relatos das pessoas idosas sobre doenças, tantos foram os casos que isso demandaria discutir apenas sobre o tema, entretanto, infere-se que a multiplicidade de doenças referendadas pelos participantes só confirma a problemática da saúde na prisão e possibilita a compreensão de que a saúde para eles é vista como doença. Isso ocorre principalmente pelo fato de suas memórias estarem muito ligadas a recordações dos momentos de dor e de sofrimento pelos quais passam na prisão. Assim, as suas memórias sobre a saúde estão ligadas à sua inexistência e/ou ao inverso do seu conceito, entendido para eles como doença.

Vale salientar que, apesar de ser uma população que tem um Estatuto e uma Política Nacional (Brasil, 2003, 2010) específica para tratar das suas necessidades e dos seus direitos, não existe nenhuma portaria, lei, ou mesmo um parágrafo que trate das necessidades da pessoa idosa encarcerada, especialmente, no que se refere à saúde. Todas as políticas e leis voltadas ao público encarcerado não determinam diferenças entre faixa etária, trata como se todos os indivíduos, independentemente de serem jovens ou das pessoas idosas, fossem iguais, e, nesse sentido, os seus direitos devem ser garantidos.

Apenas a Lei de Execução Penal, em seu artigo 117 (Brasil, 1984), menciona que a pessoa idosa acima de 70 anos, acometida por doença grave, fará o cumprimento de pena em regime domiciliar, quando não há possibilidade da prestação da assistência médica necessária no estabelecimento prisional, porém, o que se vê na realidade não condiz com a lei, isso porque

muitas das pessoas idosas do estudo, acima de 70 anos, encontra-se em regime fechado e sem tratamento adequado de saúde.

Uma pessoa idosa referiu durante a entrevista ter conhecimento dos seus direitos previstos em lei, já que, em reuniões de outra unidade prisional, havia tido aulas de legislação voltada aos presos. Todavia, relata que, apesar de já ter questionado, nenhuma providência foi tomada. O trecho adiante narra:

Já tenho 74 anos, estou muito fragilizado, com muitas doenças e um câncer sem tratamento aqui dentro, e ninguém toma providência. Conheço os meus direitos, aprendi tudo em uma aula com a assistente social na reunião do outro presídio de Salvador. Lá ela me deu este estatuto do idoso e falou sobre todos os direitos que eu tenho. Já cumpro muitos anos aqui dentro e estou adoecendo muito. Não sei se conseguirei sobreviver. Só que meu direito que está na Lei. (IE-12)

Interessante relatar que essa pessoa idosa ficava durante todo o tempo com o Estatuto do Idoso na mão e, por vezes, no decorrer das entrevistas, parava o que estava falando para questionar o que iríamos fazer para tirá-la da prisão fechada para uma domiciliar, denotando total conhecimento acerca da legislação supracitada. Nesse sentido, é imperativo dizer que o cumprimento das leis deveria ser uma premissa da justiça, quando for comprovada pelo detento, frente aos seus direitos, a impossibilidade de cuidados específicos para a manutenção da saúde, especialmente quando se tratar do indivíduo que passou dos 70 anos.

Memórias da dor na prisão

Os relatos das pessoas idosas sobre a saúde também foram ancorados na dor, algo que afeta a sua vida cotidiana e que se desenvolve em um contexto social de interação e de inscrição (Jodelet, 2009). “A dor é considerada como uma experiência, uma sensação, genuinamente subjetiva e pessoal. A dor tem aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais” (Silva; Ribeiro-Filho, 2011, p. 139).

Nesse sentido, consideramos que as pessoas idosas, ao rememorem a saúde ancorada na dor, remetem a uma certeza de que essa sensação é justamente caracterizada por algo do seu meio social e do material. Segundo Gomes e Teixeira (2007, p. 1), “a dor é uma condição clínica comum na população geriátrica, frequentemente subestimada e subtratada”. É um fenômeno multifatorial que afeta a função física, psicossocial e a qualidade de vida das pessoas idosas (Santos, 2015; Santos; Pereira, 2014).

As narrativas das pessoas idosas durante as reuniões do grupo focal demonstraram essa realidade apresentada, conforme poderá ser visto adiante.

Eu sinto dor demais, esse braço que está com platina e a cabeça cheia de pólvora de bala que eles não tiraram, dói demais. Sinto muita dor no peito, nas costas. Tenho tido dificuldade para dormir. (IE-11)

Minha saúde é ruim demais, sinto muita dor todo dia, percebo que minha saúde piorou aqui dentro. (IE-31)

A coluna minha está ruim demais, dói muito, está me incomodando até para dormir. (IE-07)

Minha barriga está muito inchada. Tenho muita dor na barriga, tem hora que eu caio de dor. (IE-30)

A minha saúde não é boa não, cada vez mais, está piorando para mim. Meu corpo dói demais. (IE-04)

Na cadeia, controlar a dor é extremamente complexo e um desafio para se enfrentar. Em um estudo realizado em Condados pelos pesquisadores Williams *et al.* (2014), verificou-se que 75% das pessoas idosas referiram alguma dor e 39% declararam dor grave frequente. Já o estudo de Bedard, Metzger e Williams (2016) identificou que das pessoas idosas mais jovens na prisão têm menos experiência de dor constante em relação àqueles que passam dos 75 anos. A dor nesses indivíduos eleva a morbimortalidade e o comprometimento funcional rapidamente, tendo em vista o ambiente em que estão inseridos. O estudo de Kim e Peterson (2014) e de Porporino (2014) mostram como as doenças crônicas e as dores constantes em pessoas idosas, especialmente nas mais velhas, elevam a taxa de sofrimento por incapacidade. Além disso, que a maioria das pessoas idosas dependentes de outros para realizarem tarefas simples podem ter desenvolvido esta dependência, devido simplesmente a uma doença não tratada.

O estudo realizado por Iftene (2017) condiz com o anterior, pois identificou que a dor severa em das pessoas idosas encarceradas está muito relacionada a doenças crônicas e ao tratamento não adequado da doença, adicionados às condições ambientais da prisão. Frente a essas constatações, é possível inferir que o tratamento da dor crônica em das pessoas idosas encarceradas é um tanto complicado, pois o envelhecimento está associado a uma crescente variação, tanto na sensibilidade à dor quanto na resposta ao tratamento, o que exige abordagens altamente individualizadas para o seu controle, algo ainda muito distante da nossa realidade.

Memórias da assistência à saúde na prisão

Segundo Williams *et al.* (2012), a prisão foi projetada para manter e controlar os infratores jovens. Portanto, as pessoas idosas, sem nenhuma ou com uma leve enfermidade, podem sofrer desgastes típicos na prisão e podem ser acometidas por um problema que leve à ausência de saúde. Já para das pessoas idosas com moderada a grave enfermidade física, viver no ambiente da prisão pode ser extremamente complexo e, por vezes, impossível. Somada a isso, há a dificuldade de obter cuidados adequados à saúde física e mental, tendo vista que as prisões brasileiras, em sua maioria, não garantem o atendimento médico de qualidade e de forma integral (Lermen *et al.*, 2015).

O estudo realizado por Heidari *et al.* (2017) com 35 das pessoas idosas que estão presas na Suíça demonstrou que o não acesso aos serviços de saúde na prisão, problemas psicológicos e o ambiente são os principais responsáveis por adoecer pessoas idosas, principalmente com condições conhecidas como síndromes geriátricas, estas, tidas como comuns entre pessoas mais velhas e que, a depender da situação, podem ser intensificadas e surgir muito mais cedo.

As síndromes geriátricas não são consideradas doenças, mas condições clínicas que têm impactos na funcionalidade das pessoas, visto que aumentam a mortalidade, a dependência de outros, reduzem recursos financeiros, levam a hospitalizações frequentes e longas, e ainda podem diminuir a qualidade de vida (Brown-O'Hara, 2013). As principais síndromes geriátricas são: incapacidade cognitiva, instabilidade postural; imobilidade; incontinência esfinteriana; incapacidade comunicativa; iatrogenia (efeitos adversos e complicações de tratamentos médicos) e insuficiência familiar (Moraes; Marino; Santos, 2010).

Ao pedir que as pessoas idosas falassem sobre o termo indutor saúde, muitas direcionaram as narrativas para o acesso inexistente ou escasso no que se refere à assistência à saúde, algo parecido em outra UP no Brasil (Minayo; Constantino, 2015), mas também em outros países

(Heidari *et al.*, 2017; Porporino, 2014); apesar de a assistência à saúde dos presos ser garantida na LEP, conforme pode ser visto neste trecho: “Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (Brasil, 1984).

A realidade vista neste estudo e nos demais mencionados demonstra o contrário. Apenas uma UP das pesquisadas tinha assistência à saúde completa, porém, mesmo assim, o cuidado integral e de prevenção ainda deixava a desejar, de acordo com os depoentes. Desde o século XVIII, o reformador inglês John Howard já se preocupava com os problemas das pessoas privadas de liberdade (Gonçalves, 2009). Estamos no século XXI e, frente à realidade vista nesta pesquisa, é possível afirmar que os problemas persistem ou mesmo se agravaram.

Desde o dia que entrei aqui no presídio, eu tento controlar minha pressão e a minha diabetes, mas não consigo porque a comida aqui tem de tudo. (IE-22)

Minha saúde piorou aqui, porque lá na minha casa eu comia bem, tudo era controlado, tinha remédio na hora certa, tinha minha família, alegria, tinha tudo. Já aqui dentro não dá para comer bem, não tem nada, só tem tristeza. Aqui não dá vontade de viver. Direto que vou no banheiro, está saindo sangue nas fezes, e já tenho um rim que não está funcionando direito. Está sendo muito difícil para mim. (IE-15)

Aqui dentro, é difícil tratar dessa doença, como de tudo, não dá para escolher. A saúde aqui é ruim demais, porque, de um lado, aqui é bem cuidado pela psicóloga, pelos médicos e enfermeiros e tem medicamento, mas o que pega mesmo aqui é a comida, porque vem com açúcar, doce. (IE-29)

Aqui a equipe de saúde é boa, trata bem a gente demais. É enfermeiro, é médico, é dentista, todo mundo trata bem. Estou ruim assim não por culpa deles, mas porque aqui na prisão não dá para ter saúde mesmo. (IE-26)

Tenho um câncer de mama que estava sendo tratada lá fora e aqui, até o momento, não tenho feito tratamento algum, estou jogada às traças aqui dentro, mas vou sair dessa. (IE-17)

É difícil demais estar aqui na prisão desse jeito. A palavra saúde aqui dentro não existe. Aqui na prisão, é impossível falar de saúde. Sábado mesmo, passei mal com uma dor de estômago e vim aqui para ser atendido no posto, mas não tinha médico, só tinha uma enfermeira que aplica a injeção, e ela disse que não tinha nada para me dar e ela disse que, mesmo que tivesse, não podia me dar, porque ela não tinha autorização para liberar, só com receita médica. Mas não tem médico e aí... A gente fica assim desprotegido, jogado aqui dentro. (IE-30)

Ao se observar as narrativas apresentadas, vê-se que, além da queixa referente à assistência curativa, as pessoas idosas trouxeram a dificuldade de controle das doenças e de prevenir complicações. A maioria das doenças descritas pelos participantes neste estudo relacionaram às DCNTs, que têm causas múltiplas, de longa duração ou duração indefinida, podem levar a incapacidades facilmente quando não tratadas e requerem intervenções para controle e prevenção de complicações (Brasil, 2013). Foi visto anteriormente que, pela forma como a prisão tem sido instituída, essa assistência fica deficitária. Não há como prevenir danos em um local onde a sua própria estrutura, as suas normas e o tipo de alimentação que é fornecida já debilitam. Além disso, a própria qualidade de confinamento atrapalha o acesso às ações e serviços de saúde de maneira integral.

Uma pesquisa de abordagem qualitativa com 35 presos idosos sobre o acesso aos serviços de saúde na prisão apresentou três barreiras de acesso, incluindo obstáculos psicológicos, consequências negativas da utilização de serviços de saúde e obstáculos ambientais (Heidari *et al.*, 2017). Dentre esses três evidenciados, os obstáculos ambientais são os mais presentes, seguidos da utilização dos serviços de saúde.

Em 2015, a Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica (CGGAB/DAB/ SAS/MS) assume a gestão da Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e define como foco, ampliar as ações de saúde para a população privada de liberdade, com o objetivo de permitir que cada unidade básica de saúde prisional seja visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Apesar de essa Política ser um grande avanço na garantia e defesa dos Direitos Humanos no Brasil, a sua efetivação está ainda muito longe de ser concretizada.

Na UP1, existe a unidade básica de saúde prisional, porém, quando ocorreu a coleta dos dados, das pessoas idosas, bem como os próprios funcionários, por meio de conversas informais, disseram que já fazia quase um ano sem médico clínico geral. Havia apenas um psiquiatra, que pouco se fazia presente e só atendia para dispensar receitas, sem ao menos examinar os pacientes. Além disso, não havia profissionais odontólogos, os quais são previstos na LEP e na PNAISP. Os profissionais de saúde resumiam-se em técnicos de enfermagem; uma enfermeira, que, quando estava de folga, não era substituída; além do serviço de psicologia.

Na UP2, só trabalhava uma técnica, uma psicóloga e uma farmacêutica, que ocupava o lugar de coordenadora da equipe de saúde e que se via sobrecarregada por atuar nas funções gerencial e assistencial, inclusive executando atividades do profissional enfermeiro. O médico que atendia na unidade só estava presente uma vez por semana para atender a todas as demandas necessárias e, segundo a farmacêutica, pouco se envolvia diretamente com os presos. Isso porque, quando ele chegava para assumir o plantão, havia inúmeras receitas para serem atualizadas, aquelas voltadas a DCNTs, principalmente hipertensão e diabetes, e aquelas relacionadas a medicamentos controlados.

Na UP3, havia uma unidade básica de saúde completa com presença de enfermeiros(as), técnicos de enfermagem e técnicos odontólogos, médico de clínica geral, dentista e psicóloga. Porém, o psiquiatra só fazia um plantão de um turno em um dia na semana.

Quando se tratava de atendimento de alta complexidade, internações ou atendimento de urgência e emergência, em todas as UP, os presos eram transportados por meio de escolta para o atendimento externo. Esse direito é garantido na LEP, no Art. 120 (Brasil, 1984).

Art. 120. Os condenados que cumprem pena em regime fechado ou semiaberto e os presos provisórios poderão obter permissão para sair do estabelecimento, mediante escolta, quando ocorrer um dos seguintes fatos: I - Falecimento ou doença grave do cônjuge, companheira, ascendente, descendente ou irmão; II - Necessidade de tratamento médico (parágrafo único do artigo 14). Parágrafo único. A permissão de saída será concedida pelo diretor do estabelecimento onde se encontra o preso.

Vale ressaltar que, na UP3, o transporte dos presos era mais resolutivo em comparação a outras, mas ainda dependia de uma demanda interna e externa, ou seja, para que um preso fosse transportado, seria preciso marcar para vários ao mesmo tempo, no intuito de reduzir as viagens. Além disso, dependia-se da disponibilidade da Polícia Militar, pois é esta quem faz o trabalho de escolta. Na UP1, as queixas das pessoas idosas foram muito superiores e recorrentes em todas as visitas em que tínhamos contato. Reclamavam que já fazia meses que haviam solicitado para fazer exames diagnósticos e complementares e não conseguiam, porque a demanda era muito grande em relação à capacidade. Ademais, muitas pessoas idosas reclamaram do transporte, do constrangimento por que passavam, da humilhação, da falta de alimentação quando a realização do exame era demorada, calor intenso, principalmente quando ficavam muito tempo aguardando um outro preso sair, entre outros problemas.

Frente ao exposto, concluímos que as prisões do Brasil não conseguem cumprir os direitos humanos de forma efetiva, e, no que se refere à assistência à saúde, esta dificilmente será ofertada de modo preventivo e integral. Acrescenta-se também o fato de essa assistência prestada ser para uma população idosa, a qual é envolvida em inúmeras modificações e adaptações, tanto biológicas como de ordem psicológica e social.

Nesse sentido e com o intuito de finalizar estas reflexões, mas, com a certeza de que essas discussões aqui trazidas são apenas o início das possibilidades que virão após este estudo, é possível dizer que rememorar a saúde, principalmente por sujeitos idosos, em meio a um ambiente que é cotidianamente desafiador, não poderia ter resposta diferente da aqui apresentada. Afirmamos que as múltiplas experiências refletidas nas narrativas serviram para revelar, por meio de “conteúdos representacionais expressos nos atos e nas palavras, nas formas de viver, nos discursos, nas trocas dialógicas, nas afiliações e nos conflitos” (Jodelet, 2009), que a saúde faz parte de um contexto amplo, complexo e está distante de ser uma realidade vivida pelas das pessoas idosas, especialmente as encarceradas.

Além dos problemas visíveis de saúde já descritos, que têm impactos na saúde das pessoas idosas encarceradas, há de se salientar os custos significativos desses indivíduos para o Estado. Números demonstram que são quase o dobro do custo em comparação aos mais jovens. Isso ocorre justamente pelo fato de as pessoas idosas terem necessidades diferenciadas dos jovens e suscitarem demandas maiores no que se refere à assistência à saúde (Elijah, 2015). Sendo assim, não se pode ignorar a insalubridade e a superlotação das cadeias, pois estes são determinantes sociais de saúde importantes e principal foco de agravos e doenças para as pessoas idosas (Barsaglini, 2016).

Foi evidenciado que a pessoa idosa experiencia o ambiente da prisão inadequado à vida humana, inóspito, insalubre, com alimentação e locais para o descanso inapropriados, pouco ou nenhum acesso ao banho de sol, enfim, sem condições mínimas de sobrevivência. Talvez por este fato e com base nas diferentes narrativas examinadas, as suas memórias acerca da saúde na prisão estão ancoradas na doença, na agressão ao corpo, em problemas de saúde, na piora e no agravamento da saúde na prisão, cujo definidor dessa representação é o fato de essas pessoas idosas serem acometidas com múltiplas doenças, especialmente as crônicas não transmissíveis, referidas com aspectos de dor e de dificuldade ao acesso à assistência de saúde.

Foi constatado, ainda, que a prisão é intrinsecamente adoecedora, haja vista a forma como é instituída, demonstrando, desse modo, que não há como rememorar a saúde de forma diferente, principalmente por pessoas idosas em situação de reclusão, privadas de vivenciar a velhice no contexto social extramuros.

Este é um estudo que pode fomentar discussões necessárias para mudanças nas políticas públicas, com inserção de pontos importantes voltados à pessoa idosa que comete o crime e não somente às pessoas idosas como vítima do crime. Pode ainda possibilitar um olhar diferenciado a essa situação do encarceramento no Brasil, o qual vem aumentando nos últimos anos, com vistas a permitir um ambiente mais humano e digno para o indivíduo. Desta pesquisa, podem-se originar propostas voltadas às condições e assistência à saúde para essa população, com o propósito de permitir uma assistência diferenciada aos reclusos idosos, principalmente pelo fato de ser uma população com inúmeras particularidades. Também, pode representar, para a área da saúde, abertura de um campo ainda obscuro e velado.

Referências

ARRUDA, A. J. C. G.; VASCONCELOS, D. I. B.; SILVA, C. C.; OLIVEIRA, M. H. B.; BEDARD, R.; METZGER, L.; WILLIAMS, B. Ageing prisoners: An introduction to geriatric health-care challenges in correctional facilities. *International Review of the Red Cross*, Londres, v. 98, n. 3, p. 917-939, 2016.

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

BARSAGLINI, R. Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. *Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2016. v. 21, n. 7, p. 2315-2316.

BEYEN, T. K.; DADI, A. F.; DACHEW, B. A.; MULUNEH, N. Y.; BISETEGN, T. A. More than eight in every nineteen inmates were living with depression at prisons of Northwest Amhara Regional State, Ethiopia, a cross sectional study design. *BMC Psychiatry*, Ethiopia, v. 17, p. 31, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Código Penal. *Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em: 12 maio 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 maio 2018.

BRASIL. *Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Política Nacional do Idoso. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Plano nacional de saúde no sistema penitenciário*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 12 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estatuto do Idoso. *Lei 10.741/2003*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 28 jul. 2016. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*, constante do Anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/sistemaprisional/leis/2003Portaria1777.pdf>. Acesso em: 12 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, DF, 2013. p. 28. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 24 maio 2018.

BRASIL. Lei de Execução Penal. *Lei 7.210 de 11 de julho de 1984*. Brasília, DF, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm. Acesso em: 20 jul. 2018.

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1).

BROWN-O'HARA; TRICIA, M. S. N. Geriatric syndromes and their implications for nursing. *Nursing*, v. 43, n. 1, p. 1-3, 2013. Disponível em: https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2013/01000/Geriatric_syndromes_and_their_implications_for.1.aspx. Acesso em: 20 jul. 2018.

CABRAL, L. R.; SILVA, J. L. O trabalho penitenciário e a ressocialização do preso no Brasil. *Revista do CAAP*, Belo Horizonte, p. 157-184, 2010.

CACULO, A. M. *O trabalho infantil*. 2017. Disponível em: <https://ilpi.org/wp-content/uploads/2017/06/O-trabalho-infantil.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2018.

CAMARGO, V. Realidade do Sistema Prisional no Brasil. Processo Penal. *Revista Âmbito Jurídico*, 2015. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1299

CARMO, H. O. de; ARAÚJO, C. L. O. de. População idosa no sistema penitenciário: um olhar por trás das grades. *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo, v. 14, n. 6, p. 183-194, 2011.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPSP). *Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994*. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/regras-minimas-para-tratamento-dos-presos-no-brasil.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2089-2099, 2016.

CÔRTE, B. O idoso como agente do crime. In: BERZINS, M. V.; MALAGUTTI, W. (org.). *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari, 2010.

COOL, M. A.; KERNESS, B.; HENRY, J.; ROSS, J. *Aging in prison a human rights problem we must fix*. Newark USA: The American Friends Service Committee, 2017. Disponível em: https://www.afsc.org/sites/default/files/documents/Aging%20in%20prison%20report%202017_new.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

DIOGO, M. J. D'E; NERI, A. L. Prefácio. In: DIOGO, M. J. D'E.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (org.). *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas: Editora Alínea, 2013.

DEUS, S. I. *À espera da liberdade: um estudo sobre o envelhecimento prisional*. 2003. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

- ELIJAH, S. *Aging in Prison: Reducing Elder Incarceration and Promoting Public Safety*. Center for Justice at Columbia University, At Columbia University, 2015. Disponível em: http://centerforjustice.columbia.edu/files/2015/10/AgingIn Prison_FINAL_web.pdf
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 288.
- FERREIRA, C. F.; DIAS, G. N.; FRANCISCON, I. N.; MOTA, J. P. T.; OLIVEIRA, T. Q. *Organização Mundial de Saúde*. Guia de Estudos. SINUS, 2014. p. 1-71.
- FERREIRA JUNIOR, S.; OLIVEIRA, H. B.; MARIN-LÉONI, L. Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis in prisons and public health services. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v. 16, n. 1, p. 100-113, 2013.
- GHIGGI, M. P. *O cárcere e o envelhecimento do preso*. Portal de Ciências Criminais, 2015. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.com.br/o-carcere-e-o-envelhecimento-do-preso/>. Acesso em: 20 jul. 2018.
- GOIS, S. M.; SANTOS JUNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A.; GAUDÊNCIO, M. M. P. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012.
- GOMES, J. C.; TEIXEIRA, M. J. *Dor no idoso*. *Rev. Bras. Med.*, v. 63, n. 11, p. 45-54, 2007.
- GOMES, N. S.; KÖLLING, G.; BALBINOT, R. A. A. Violações de direitos humanos no presídio do roger, no estado da paraíba. *Revista do Direito Sanitário*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 39-58, 2015.
- GONÇALVES, P. C. A era do humanitarismo penitenciário: as obras de John Howard, Cesare Beccaria e Jeremy Bentham. *Revista Faculdade Direito*, Goiás, GO, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2009.
- GONÇALVES, L. T. H.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L. M.; BISOGNO, S. C.; BIASUZ, S.; FALCADE, B. L. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013.
- GUILAM, M. C. R. Saúde enquanto direito dos apenados e o sistema prisional sub judice. *Revista Enfermeira UFPE*, Recife, v. 9, n. 3, p. 7590-8, 2015.
- HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. Trad. Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2013.
- HEIDARI, R.; WANGMO, T.; GALLI, S.; SHAW, D. M.; ELGER, B. S. Agequake group. Accessibility of prison healthcare for elderly inmates, a qualitative assessment. *J Forensic Leg Med.*, p. 223-228, 2017.
- HENRIQUES, J.; VAZ-PEREIRA, S.; NASCIMENTO, J.; ROSA, P. C. Doença ocular diabética. *Acta Medica Portuguesa*, v. 28, n. 1, p. 107-113, 2015.
- IFTENE, A. The Pains of Incarceration: Aging, Rights, and Policy in Federal Penitentiaries. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, USA, v. 59, n. 1, p. 31, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. *Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2017. p. 128. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Sociedade e estado*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, 2009.

KIM, K. D.; PETERSON, B. *Aging behind Bars Trends and Implications of Graying Prisoners in the Federal Prison System*. Urban Institute, 2014. Disponível em: <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/33801/413222-Aging-Behind-Bars-Trends-and-Implications-of-Graying-Prisoners-in-the-Federal-Prison-System.PDF>. Acesso em:

LERMEN, H. S.; GIL, B. L.; CÚNICO, S. D.; JESUS, L. O. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015.

MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. (org.). *Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 251.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. Saúde nas prisões: avaliações, políticas e práticas. Press Release. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, 2016.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, 2016.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MILECH, A.; OLIVEIRA, J. E. P.; VÊNCIO, S. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: Associação Brasileira de Diretrizes Reprográficas (ABDR); A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

MASCHI, T.; VIOLA, D.; SUN, F. O alto custo da crise internacional do envelhecimento dos prisioneiros: o bem-estar como denominador comum de ação. *Gerontologista*, v. 53, n. 4, p. 543-554, 2012.

NOONAN, M.; GINDER, S. *Mortality in Local Jails and State Prisons, 2000-2011*. Statistical Tables. Washington, DC, 2013. Disponível em: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mljsp0011.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2018.

NEGIN, A. B. J.; ABIMBOLA, S. A. C.; BEN, J. M. Tuberculosis among Older adults – time to take notice. *International Journal of Infectious Diseases*, v. 32, p. 135-137, 2015.

NERI, A. L. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: NERI, A. L. (org.). *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Papyrus, 1995. p. 13-40.

OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C.; MEDEIROS, K. K. A. S. Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 1, p. 139-148, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a14v16n1.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

- OLLOVE, M. *Elderly Inmates Burden State Prisons*. The Pew Charitable Trusts. Stateline, 2016.
- PORPORINO, F. J. *Managing the Elderly in Corrections*. International Corrections and Prisons Association. 2014. p. 1-29. Disponível em: http://archive.icpa.ca/tools/download/1981/Managing_The_Elderly_in_Corrections.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.
- REIS, A. R.; KIND, L. A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 212-231, 2014.
- SANTOS, C. S, L.; NOGUEIRA, A. Z. Q. Envelhecer em contexto prisional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 39-48, 2015.
- SANTOS, F. C.; MORAES, N. S.; PASTORE, A.; CENDOROGLO, M. S. Chronic pain in long-lived elderly: prevalence, characteristics, measurements and correlation with serum vitamin D level. *Revista Dor*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 171-175, 2015.
- SCHULTZ, Á. L. V.; DIAS, M. T. G.; LEWGOY, A. M. B.; DOTTA, R. M. Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 9, n. 2, 2017.
- SILVA, J. A. G. (org). *Consenso nacional de nutrição oncológica*. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/consenso-nacional-de-nutricao-oncologica-2-edicao-2015.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.
- SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 138-151, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.
- SPIRDUSO, W. *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole, 2005.
- ŚWIDERSKI, P.; ŻABA, C.; MACIOSZEK, N. Health state assessment in people sentenced to the penalty of restriction of liberty. *Bethesda*, USA, v. 67, n. 6, p. 765-775, 2016.
- THOMAS, E. H.; WANG, E. A.; CURRY, L. A.; CHEN, P. G. Patients experiences managing cardiovascular disease and risk factors in prison. Health Justice. *Bethesda*, USA, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4819910>. Acesso em: 20 jul. 2018.
- WILLIAMS, B. A. *et al.* The Epidemiology of Pain in Older Jail Inmates in a County Jail. *Journal of Palliative Medicine*, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4268586>. Acesso em: 20 jul. 2018.
- WILLIAMS, M. S. *et al.* Aging in Correctional Custody: Setting a Policy Agenda for Older Prisoner Health Care. *Am J Public Health*, v. 102, n. 8, p. 1475-1481, 2012.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (ed.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Constitution of the world health organization*. 1946. p. 1-18.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe, 2007. p. 1-198. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Library Cataloguing-in-Publication Data Global status report on non communicable diseases*. 2014. p. 1-302.

Capítulo 3

Representações sociais das pessoas idosas e seus cuidadores sobre a dependência funcional

*Renato Novaes Chaves
Elaine dos Santos Santana
Luciana Araújo dos Reis*

As projeções do IBGE (2013) para o ano de 2025 preveem que o Brasil poderá ter sua população de idosos estimada em 32 milhões de habitantes. É nesse cenário que emergem debates sobre o envelhecimento populacional, que pode ser um grande desafio, tanto para a saúde como para a formulação de políticas públicas, principalmente no Brasil, onde há desigualdades tanto sociais, como em relação às diferentes áreas do conhecimento (Rocha; Souza; Rozendo, 2013).

Esse processo de envelhecimento promove diversas tipos modificações, sejam elas fisiológicas, físicas, psicológicas ou comportamentais (Monteiro; Mazin; Dantas, 2015). Uma das principais alterações que as pessoas idosas vivenciam passa pelo campo da dependência funcional, entendida aqui como a limitação no desempenho das atividades diárias, quando a pessoa idosa passa a depender de cuidados permanentes (Loureiro *et al.*, 2014).

A dependência funcional pode ser entendida pela “presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las” (Rosa *et al.*, 2003, p. 41). Nesse panorama, no momento em que a pessoa idosa adquire uma dependência funcional, quem geralmente assume o papel do cuidado permanente é um membro da família, muitas vezes, sem a formação específica (OMS, 2015). Dessa forma, o cuidador familiar fica sujeito a uma sobrecarga relacionada ao cuidado prestado, e a qualidade deste, por sua vez, está ligada ao modo como o cuidado é realizado, e à forma como o cuidador enxerga o idoso e a atividade do cuidar.

Entende-se por cuidador aquele que oferece o cuidado, podendo ser um membro da família ou não, com ou sem remuneração e sem formação específica (Brasil, 2006; OMS, 2015). No entanto, esta pesquisa tem abordagem voltada ao cuidador familiar, ou seja, aquele que é um membro da família e não recebe remuneração para exercer o cuidado à pessoa idosa.

Destarte, Bosi (1998) entende o envelhecimento como uma categoria social, na qual há uma significativa importância na relação que se estabelece entre a pessoa idosa e sua família, principalmente no que tange à construção de representações sociais. A família, por sua vez, também é considerada como grupo social que influencia e é influenciada por outros indivíduos ou

outras esferas sociais. Halbwachs (2006) salienta que a família, enquanto grupo social, também contribui para que os indivíduos construam e reproduzam memórias, que são alicerçadas em função de um contexto social e da interação dos diversos grupos sociais, tais como a família.

Essas memórias contribuem para a construção das Representações Sociais (RS), entendidas, em Moscovici (2003), como a forma pela qual os indivíduos expressam seus pensamentos e com estes são criados, os significados sobre qualquer coisa, fenômeno, acontecimento etc. Logo, é nesse sentido que emerge a pertinência desta pesquisa, que se referenda no panorama de mudanças das dinâmicas familiares com o advento da dependência funcional, uma vez que a família exerce forte influência na formação do indivíduo e nos valores sociais.

Essa configuração permite inferir que o modo como o cuidador familiar enxerga o cuidado e o idoso dependente físico poderão repercutir na forma como o cuidado é executado. Nesse sentido, Jodelet (2009) aponta que as RS contribuem para organizar práticas de cuidado ao idoso, uma vez que os significados dados ao ato de cuidar do idoso podem nortear práticas incorretas, trazendo consequências negativas tanto para o idoso como para o seu cuidador. Assim, temos por objetivo analisar as representações sociais das pessoas idosas e seus cuidadores sobre a dependência funcional.

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e fundamentada na teoria das RS. A pesquisa foi realizada na cidade de Vitória da Conquista, Bahia, no Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitações (PAMDIL).

A escolha do PAMDIL se deu por este ser considerado o único programa que atende a pessoas idosas com dependência funcional, de abrangência municipal e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O programa é destinado ao atendimento dessas pessoas idosas com limitações, que possuam dificuldades de locomoção e deslocamento para atendimento nas UBS.

Fizeram parte deste estudo 21 pessoas idosas com dependência funcional e seus cuidadores familiares, que foram escolhidos por critérios de elegibilidade. Para os cuidadores familiares, a inclusão se deu por ter algum grau de parentesco com a pessoa idosa, ter mais de 18 anos de idade, sem restrição quanto ao gênero ou estado civil, e que fosse o principal responsável pelo cuidado à pessoa idosa e não recebesse remuneração para o cuidado.

Para as pessoas idosas, objetos do cuidado, o critério para inclusão foi ter idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos; residir na mesma casa do cuidador; apresentar algum grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) ou Atividades Básicas Instrumentais de Vida Diária (AIVD), conforme o índice de Katz e de Lawton-Brody; e ter estado cognitivo preservado para a entrevista, conforme o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os instrumentos Katz, Lawton-Brody e MEEM foram usados para a seleção dos participantes.

O instrumento de pesquisa foi constituído de um questionário com dados sociodemográficos e entrevista. Para a coleta dos dados, foram usadas duas entrevistas, uma para a pessoa idosa e outra para o cuidador familiar, além de um questionário sociodemográfico e de condições de saúde para ambos. As entrevistas centraram-se nos aspectos do cuidado, tanto para a pessoa idosa, objeto do cuidado, como para o cuidador familiar, que executava este cuidado.

A estratégia metodológica para a análise das entrevistas foi realizada com base no método de codificação e categorização temática proposta por Gibbs (2009). Essa é uma forma de indexar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas em relação ao conteúdo estudado. Também fez uso do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que “é uma técnica de tabulação e

organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da Representação Social” (Figueiredo; Chiari; Goulart, 2013, p. 129).

A análise junto ao DSC só é possível mediante uso do *software* DSCsoft 2.0, que se trata de um programa criado para auxiliar os pesquisadores que usam a técnica do DSC em seus estudos qualitativos. É um recurso informatizado, que serve de instrumento para organizar, tabular e analisar uma grande massa de depoimentos (Lefevre, F.; Lefevre, A. M. C., 2003).

Antes de utilizar o DSCsoft2.0, foi preciso que, primeiramente, cada entrevista gravada fosse transcrita para um processador de texto no formato da *Microsoft Word*. Em seguida, as transcrições foram transferidas para uma planilha *Excel*, por meio da qual foi feita a leitura textual e a análise das falas mais representativas, permitindo, nesse momento, a criação das categorias analíticas.

Desse modo, foi realizada a importação dessas fontes para o *software*. Com isso, procedeu-se à inserção das respostas por meio do cadastro de perguntas já realizado. Nesse sentido, deu-se prosseguimento para todas as respostas dos idosos e de seus cuidadores e, no final, o programa gerou uma base de dados qualitativos que correspondeu ao *corpus* da pesquisa. Diante desse *corpus* foram extraídas as expressões-chave mais representativas de cada participante, com isso, foram criados os discursos coletivos para cada categoria analítica.

É importante salientar que, durante o cadastro das pessoas idosas com dependência funcional, foi estabelecido um código para cada um (ID01, ID02, ID03...) e para com os seus cuidadores familiares também se procedeu da mesma forma (CF01, CF02, CF03...). Essa tarefa, como todas as outras que serão descritas, são feitas pelo pesquisador. O programa não efetua nenhuma leitura ou interpretação, ele apenas facilita o processo de categorização.

O projeto de pesquisa foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), por meio do Parecer Consubstanciado (CAAE nº 58813116.3.0000.0055), cuja aprovação se deu pelo CEP da UESB, sob o parecer nº 1.875.418.

As representações sociais das pessoas idosas e seus cuidadores sobre a dependência funcional

Primeiro, Partindo da premissa de que para melhor compreender as RS é necessário conhecer quem o representa, serão apresentados os resultados do perfil sociodemográfico e condições de saúde das pessoas idosas e de seus cuidadores familiares. Logo em seguida, tem-se os resultados e discussão das RS das pessoas idosas e seus cuidadores acerca da dependência funcional.

Sobre o perfil sociodemográfico das pessoas idosas, houve predomínio de longevos (n=11), do gênero feminino (n=17), viúvos (as) (n=10), alfabetizados (n=16), com mais de 5 filhos (n=11) e católicos (n=14). Possuem renda familiar entre um a dois salários mínimos (n=18), sendo a principal fonte de renda a aposentadoria (n=18). Em relação à moradia, corresidem com 1 a 3 pessoas (n=12). No tocante à saúde, todos relataram ter algum problema. Desse total, têm Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (n=10).

Com relação aos cuidadores familiares, o perfil sociodemográfico evidenciou predomínio de adultos (n=12), do gênero feminino (n=19), casados ou com união estável (n=10), com ensino

fundamental (n=11), profissão referente a serviços domésticos (n=10) e religião evangélica (n=11). No vínculo familiar com o idoso, são filhos (as) (n=9) e possuem HAS, como problema de saúde (=10), seguido de Diabetes Mellitus (DM) (n=8).

Com base nos resultados, quatro categorias analíticas foram estabelecidas, são elas: visão resignada das pessoas idosas e negativa dos cuidadores familiares; visão negativa das pessoas idosas e resignada dos cuidadores familiares; perspectiva social atribuída pelos cuidadores familiares; a dependência funcional requer políticas públicas específicas.

As duas primeiras categorias apresentam DSC tanto da pessoa idosa, como de seu cuidador familiar. As duas últimas contêm apenas DSC dos cuidadores, pois as narrativas das pessoas idosas não contemplaram o mesmo significado. As categorias analíticas a seguir apresentam RS simbólicas, positivas e negativas que estão relacionadas com o modo como eles vivem, com suas histórias de vida, seu contexto histórico e cultural, tal como a relação que se estabelece entre as pessoas idosas e seus cuidadores familiares.

Visão resignada das pessoas idosas e negativa dos cuidadores familiares

Nessa categoria analítica, o DSC das pessoas idosas remete a uma representação de que a limitação que eles têm é algo bom porque eles têm um cuidador que faz as atividades que eles não conseguem. Já o DSC dos cuidadores familiares, tem uma visão negativa sobre a pessoa idosa com dependência funcional.

Ressalta-se que ambos os DSC têm singularidades, uma vez que as pessoas idosas se veem com dependência funcional, mas não consideram isso um pesar, pelo contrário, há certa resignação nas suas narrativas, pois eles aceitam bem a limitação, porque têm quem cuida, e isso para eles é bom.

Já os cuidadores familiares têm uma visão negativa da pessoa idosa com dependência funcional e os colocam na categoria de criança, o que demonstra uma infantilização da pessoa idosa no processo de cuidar. Também emerge a RS de que os cuidadores familiares têm medo dessa fase e não querem passar pelo mesmo que seu ente está passando, conforme mostram os testemunhos a seguir:

DSC das pessoas:

Eu acho que é bom, por que eu tenho quem cuida. Eu tenho minha filha que cuida de mim então não tenho do que reclamar. Me trata muito bem. Trata a mim como um neném (risos). Aqui eu sou bem cuidado, porque ela faz tudo. Eu acho que se a gente tá precisando tem que aceitar né. Eu aceito bem, e graças a Deus tem eles que cuida de mim. Então eu acho bom né... porque não tá desprezada, e eu não posso queixar nada, fico alegre, me sinto feliz. Peço muito a Deus por ela. Então ter quem cuida é muito bom, os outros faz para mim.

DSC cuidadores familiares:

Idoso com dependência para mim é tipo uma criança. Que quando envelhece volta a ser criança, né? Por isso ela precisa de cuidado por que criança também precisa. Uma fase que todo mundo vai chegar né... Eu não faço distinção entre ele e uma criança. Para mim é a mesma coisa. É uma pessoa como outra qualquer, mas precisa de cuidado igual criança. Então idoso dependente funcional é muito ruim por que sobrecarrega né. Eu acho que o idoso quando vai ficando doente vai ficando mais nervoso né. Tem dias que fica triste, nervosa porque

ela fazia tudo e agora e não consegue mais. É como se não fosse um idoso. Faz parte da família, a gente adota como se fosse uma criança, faz todos os cuidados, porque a idade é o nosso fim. Eu peço a Deus todo dia pra não ficar assim. Porque eu um tenho medo de passar pelo que minha mãe tá passando. Eu penso que a idade não é coisa boa não, ainda mais se ficar doente. Tenho medo de ficar assim. Eu não quero perder a minha mãe! Mas se fosse eu, tem hora que eu sou a favor da eutanásia.

É possível ponderar que há uma relação muito singular entre os discursos das pessoas idosas e de seus cuidadores. O exemplo disso destaca-se na infantilização da pessoa idosa, visto em ambos os DSC. A situação de dependência que a pessoa se encontra é diferente daquela experimentada pela criança, uma vez que a pessoa idosa é um ser que já se constituiu no âmbito biopsicossocial e sabe reconhecer e atribuir significado a sua dependência funcional.

Dessa forma, quando o cuidador atribui à pessoa idosa com limitação funcional uma vivência infantil, o colocando como criança, ele está privando o idoso de ser um sujeito ativo e consciencioso de sua limitação e de sua reabilitação. Esta RS, além de ser uma visão negativa da pessoa idosa dependente físico, também reforça as práticas de cuidar, dando ênfase para a permanência da dependência funcional da pessoa idosa.

O cuidador, ao colocar a pessoa idosa numa posição subjetivada por meio desse lugar infantilizado, retira sua autonomia, impedindo-a de tomar decisões sobre seu estado de saúde e seu próprio cuidado. Quando a pessoa idosa se coloca numa posição infantilizada diante da sua limitação e o seu cuidador reforça essa visão, a pessoa idosa deixa de exercer a sua autonomia.

Também recorrendo a Boff (2017), ao tratar sobre a ética do cuidar, o ser humano, por vezes, durante o cuidado, centra em si uma espécie de dominação sobre o outro que é cuidado e faz deste e da natureza meros objetos em seu poder. Para ele, quando o ser humano perde a sensibilidade necessária para o cuidar, ele se lança numa esfera de objetividade, que é prejudicial para o cuidado e para as relações humanas.

Nesse sentido, os DSC das pessoas idosas e de seus cuidadores, apesar de distintos, guardam narrativas muito próximas. O significado foi construído pela relação social que se estabeleceu entre eles, o qual demonstra que as RS são as formas pelas quais os indivíduos enxergam os fenômenos, além disso, essas RS são elaboradas e partilhadas entre si. No entanto, é pertinente a observação de que parece haver uma relação de autoridade sobre o outro. A pessoa atribui ao seu cuidador o saber fazer, e este, por sua vez, se investe de autoridade, porque ele é o executor da ação.

Numa outra perspectiva, o cuidador familiar, ao tomar para si o cuidado da pessoa idosa, decidindo sobre suas atividades rotineiras e executando toda a ação, reafirma o estado de dependência funcional em que se encontra a pessoa idosa. E este, como ser passivo, na tarefa do cuidar, atribui ao seu cuidador familiar um lugar de destaque nas atividades do cuidado. Assim sendo, Oliveira e Caldana (2012) constatam que o cuidador familiar, ao tomar para si toda a responsabilidade pelo cuidado à pessoa idosa, está muito mais propenso à exaustão, tensão e estresse.

O estudo de Oliveira *et al.* (2016), que abordou as RS de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio de pacientes terminais, em Santa Maria, RS, destacou que, quando o cuidador familiar assume a tarefa do cuidar, a pessoa idosa se torna submissa a ele, pois há, muitas vezes, uma inversão de papéis, quando a pessoa idosa deixa de realizar as atividades do cuidado, deixando essa função para o seu cuidador.

Santos *et al.* (2016) afirmam que o ato de infantilizar a pessoa idosa é resultado de uma comparação errada que se faz da parte de quem cuida, pois é natural e esperado que se trate uma criança com afeto, amor e respeito. Assim, ao atribuir esses sentimentos ao cuidado com a pessoa idosa, é comum julgá-los como crianças. Os autores reforçam ainda que é um desrespeito à pessoa idosa o ato de infantilizá-lo, pois, priva-o de ser capaz de ter autonomia e do poder de decisão do que é melhor para si.

Parece crucial afirmar, diante das considerações de Jodelet (2009), que o estudo das RS deve levar em consideração os estereótipos que são atribuídos ao processo de envelhecimento e que atravessam o espaço e as relações sociais. Neste estudo, por exemplo, os significados atribuídos à pessoa idosa com dependência funcional, tanto por idosos como seus cuidadores familiares, estão ancorados em estereótipos que reforçam a limitação física do idoso.

Em Halbwachs (2004), esses estereótipos são entendidos como os quadros sociais. Para ele, os quadros são referências da memória, são os referenciais de constituição da memória e não a memória em si. A memória está dentro desse processo, é por meio dela que se recupera essas ancoragens.

Visão negativa dos idosos e resignada dos cuidadores familiares

Nessa categoria analítica, pode-se perceber que há nas pessoas idosas um inconformismo com a limitação física, ressaltando o desejo de independência funcional para realização de suas atividades diárias. Em análise ao discurso dos cuidadores familiares, observa-se que eles têm uma visão resignada da pessoa idosa mesmo diante da limitação funcional.

Em oposição à categoria analisada no tópico anterior, aqui as pessoas idosas e seus cuidadores têm suas narrativas pautadas no significado atribuído à limitação física da pessoa idosa, mas vê-se que o cuidador enxerga a pessoa idosa de modo resignado, assim, ela guarda uma visão negativa sobre seu estado de dependência.

A pessoa idosa deseja a autonomia, verbalizada pelo sentimento de inconformidade com a realidade vivida, já o cuidador, mesmo executando o cuidado, ainda mantém uma representação de que o idoso pode ajudar na prática diária do cuidar, conforme visto a seguir:

DSC pessoas idosas:

Ab é horrível depender. Eu não gosto depender de ninguém, por que eu queria era fazer tudo só. A gente sofre... Depende dos outros. A gente fica aí sem poder fazer as coisas, a gente que fazia de tudo, era acostumado a trabalhar. Porque para depender dos outros para tudo é sofrimento. É porque depois de vei a gente fica só para sofrer né? Então, depender não é bom não. Acontece que eu não posso fazer as coisa né. Eu acho que é difícil, né? Me incomoda, por que eu tenho medo, por que não posso fazer tudo só. Pra mim é isso...Eu queria era sair da cama e fazer tudo. Depender dos outros pra tudo não é bom não... agora tá pra mim como tá, tá muito apertado viu? A pior coisa que já me aconteceu... toda hora precisar dos outros é só tristeza mesmo. É horrível você depender dos outros porque eu não gosto de depender de ninguém. E eu não acho legal não. Eu não gosto, mas não tenho o que fazer. É ir pegando com Deus e pronto.

DSC cuidadores familiares:

Ela sempre foi uma mulher forte, guerreira...isso que eu vejo. Ela depende pra quase tudo, mas ainda é muito forte. Ab ela é minha mãe, vejo ela bem forte ainda. Apesar de precisar muito de mim, eu vejo ela super forte

mesmo. Acho que ser idoso é um privilégio. Deus que dá uma benção de chegar a idade que a pessoa chegou. Penso desse jeito. Tem coisas que não aguenta fazer mais, mas é assim mesmo por causa da idade. Ela ainda ajuda muito no que ela pode.

Diante dos DSC, ora apresentados, evidencia-se que tanto o desejo de independência funcional da pessoa idosa, visível na sua percepção negativa da limitação, bem como a visão resignada do seu cuidador familiar, contribuem para o processo de cuidado. A necessidade de autonomia, quando ansiada e verbalizada pela pessoa idosa, deve ser estimulada pelo seu cuidador.

Para Maldonado *et al.* (2017, p. 20), o estímulo ao autocuidado contribui para o desenvolvimento da pessoa idosa e permite sua participação de forma ativa no processo de cuidar, “pois o desenvolvimento do potencial da pessoa irá incentivar na manutenção da saúde funcional e na autonomia da pessoa idosa”.

É importante incentivar que a pessoa idosa com limitação física possa participar ativamente do seu cuidado, permitindo que possa tomar decisões sobre seu estado de saúde e autocuidado, vivendo com mais autonomia e independência.

Em um estudo realizado por Almeida *et al.* (2012), sobre a maneira como os cuidadores familiares realizam o cuidado à pessoa idosa em condição de dependência, no município de Cuiabá, MT, evidenciou-se que é necessário que o cuidador familiar faça estímulos à pessoa idosa, de modo que estes possam realizar atividades de autocuidado de acordo com a sua condição física. Para os autores, essa prática evita que o idoso com dependência funcional transforme sua condição em uma incapacidade geral.

Perante os significados atribuídos pelas pessoas idosas e seus cuidadores familiares sobre a dependência funcional, é possível afirmar que as RS são formadas em função da realidade em que vivem e possuem um papel importante no modo como os indivíduos se constituem dentro de um grupo social (Campos; Rouquette, 2003). Nesse sentido, pode-se dizer que, com base nos DSC das pessoas idosas e seus cuidadores familiares, as RS construídas por eles orientam as práticas do cuidar.

Quando os participantes narram sobre os significados que atribuem à dependência funcional da pessoa idosa, estão se ancorando em quadros sociais da memória para compor a representação social. Assim, atribuir significado à dependência funcional é possível, pois, segundo Halbwachs (2004), o indivíduo reconhece e reconstrói representações com base nos quadros sociais nos quais as lembranças articulam entre si.

A rigor, as RS negativas e resignadas das pessoas idosas e seus cuidadores familiares, respectivamente, refletem o modo como eles percebem o cuidado face à prática rotineira, da sua conjuntura social, do modo como eles vivem e, também, da forma como eles estão hoje. Jodelet (2009) salienta que as RS dão a oportunidade de entender as circunstâncias nas quais foram concebidas, visto que elas estão vinculadas não apenas aos conhecimentos práticos, mas, do mesmo modo ao contexto social em que vivem.

Em um estudo realizado por Brito, Oliveira e Eulalio (2015) sobre as RS da pessoa idosa acerca da deficiência física, também emergiram representações negativas dos participantes sobre a sua limitação. Assim, ao observar o DSC das pessoas idosas, a visão negativa está relacionada com a vontade de realizar as atividades diárias, pois a partir do momento em que a dependência se instala, eles passam a viver com a incapacidade, que vai de encontro ao padrão de produtividade que é estabelecido socialmente.

Sobre o DSC dos cuidadores familiares, a visão resignada está pautada numa narrativa, há o reconhecimento da dependência funcional, mas este se vincula com sentimentos positivos. Nesse sentido, Camargo *et al.* (2014), ao realizarem uma pesquisa multicêntrica no Brasil e Itália, comparando as representações do envelhecimento nos dois países, constataram que, entre os brasileiros e italianos, também há uma perspectiva idealizada, bem como realista sobre o envelhecimento. Em ambos os países, eles evidenciaram que, como visão positiva, o envelhecimento está vinculado à experiência de vida, sabedoria e êxito. Já, como perspectiva negativa, o declínio, as doenças, a inatividade e as incapacidades.

Ainda para Camargo *et al.* (2014), há diferenças sobre as representações de brasileiros e italianos acerca do envelhecimento. O elemento mais importante para os brasileiros foi a família e, para os italianos, foi o surgimento da doença, da incapacidade e da necessidade de recursos para enfrentá-la. Nesse sentido, Araújo *et al.* (2013) enfatizam que entender os significados atribuídos ao envelhecimento e sobre o cuidado às pessoas idosas contribui para o enfrentamento pessoal sobre o processo de envelhecer, tal como para a qualificação das práticas do cuidado.

Perspectiva social atribuída pelos cuidadores familiares

Essa categoria foi criada apenas com base nas narrativas dos cuidadores familiares, uma vez que os discursos das pessoas idosas não alcançaram essa classificação. Os cuidadores familiares têm uma visão de que a pessoa idosa com limitação funcional não deixa de ser sujeito social, que faz parte da família e da sociedade, e que merece mais atenção e sensibilidade por parte de todos.

Os cuidadores familiares veem a pessoa idosa como um ser humano igual aos outros, e essa visão a coloca num patamar de igualdade. Nesse caso, há a possibilidade de a pessoa idosa expressar sua subjetividade, autonomia e influência dentro do lar, porque o seu cuidador o vê como ser social, conforme descrito no DSC, a seguir.

DSC cuidadores familiares:

O idoso não é um ser excluído da sociedade nem da família. Ele faz parte da família, ele simplesmente é um ser humano mais velho, mais maduro. Então para mim o idoso é um ser essencial de toda e qualquer sociedade, de toda e qualquer família, merecendo uma atenção maior tanto por parte da família quanto da atenção básica. As pessoas deveriam ter um pouco mais de sensibilidade a respeito do idoso né, por que ele é um ser humano também. Ele é igual a nós. Eu já vi casos, de família ter condições e pegar e jogar no asilo, ou deixar pra lá como se fosse um trapo velho, uma coisa que não presta mais. Encostar lá no canto, como se não fosse da família. Mesmo ela precisando de mim, eu acho que ela não é um ser excluído da sociedade nem da família. Ela faz parte da família, ela só é uma pessoa mais velha que precisa de nós.

É importante ressaltar a existência de fatores que contribuem para reforçar a anulação da pessoa idosa como um ser social. A sociedade hodierna agrega valores capitalistas, entre os quais a produtividade, a juventude, a força de trabalho, o poder de compra e a beleza predominam como forma de reconhecimento social simbólico. Todavia, a visão dos cuidadores familiares vai na contramão desse paradigma, pois eles reconhecem a pessoa idosa que está sob seu cuidado como ser socialmente constituído.

No imaginário social, o envelhecimento está atrelado a concepções negativas, que envolvem perdas, estagnação, improdutividade, isolamento, exclusão, doenças e incapacidades (Brito *et al.*,

2018; Camargo *et al.* 2014). No entanto, Santos *et al.* (2016) salientam que a visão preconceituosa e gerontofóbica que predomina na sociedade considera a velhice um empecilho social, visto que as pessoas idosas já não têm as mesmas capacidades produtivas e físicas que os jovens.

Diante do DSC dos cuidadores familiares, percebe-se que eles reconhecem que a pessoa idosa é um pilar para a família. Ressalta-se que esta visão contribui para o processo de reabilitação da pessoa idosa. Para Santos *et al.* (2016), este é um dos ganhos que o envelhecimento traz, a concepção de que a pessoa idosa é parte essencial da família e da sociedade.

Esse reconhecimento como ser social atribuído às pessoas idosas revela um protagonismo, ou pelo menos um desejo dos seus cuidadores familiares, de que ela possa estar mais inserida no meio social. Nesse sentido, afirma-se que é de extrema importância, tanto para a sociedade em geral, quanto para família e cuidadores, que o protagonismo social possa ser exercido e atribuído às pessoas idosas, mesmo diante de uma dependência funcional.

No entanto, quando alguém envelhece e perde sua autonomia física, por exemplo, a família, na figura do cuidador familiar, é obrigada a assumir o cuidado. E quando este cuidador familiar guarda representações de que a pessoa idosa é um ser que não está excluído do meio social, ele está devolvendo à pessoa o seu protagonismo social, isto é, a possibilidade dele próprio ser consciencioso de seu papel na sociedade e na família.

Wanderbroocke, Wiedemann e Bussolin (2015), ao avaliarem a participação social das pessoas idosas de um centro de convivência em Curitiba, destacam que é importante para a saúde física e mental do idoso que ele permaneça e participe da rotina familiar e da vida na comunidade.

A dependência funcional requer políticas públicas específicas

Nessa categoria analítica discute-se a dependência funcional sob a ótica dos cuidadores familiares, diante da noção de que a pessoa idosa com limitação funcional requer uma atenção maior por parte dos governantes. Essa percepção conscienciosa e politizada dos cuidadores familiares reflete a noção de que eles pleiteiam ajuda e suporte na forma de políticas públicas. Em sua perspectiva, o idoso não pode ficar apenas sendo cuidado pela família, o poder público precisa intervir com políticas públicas efetivas que alcancem a pessoa idosa com dependência funcional, conforme visto no DSC, adiante.

DSC cuidadores familiares:

Eu acho que os governantes deveria olhar mais pro idoso, especialmente aqui em Vitória da Conquista. Por que eles precisam demais, eles são dependente de tudo, se não é nós da família pra estar na frente, ninguém olha por eles. Mas ela cuidou de mim, eu cuido dela agora. O idoso já vem mau tratado pelo poder público. Pelo governo que paga um salário mínimo de miséria, que não dá nem para uma pessoa se alimentar direito. Então não tem nem que tá questionando como é que vive o idoso, nem como deixa de viver, por conta do salário que ele paga que não dá nem pro idoso comer uma fruta. Não dá nem pro idoso ter um lazer... Num dá por conta do salário mínimo miserável que eles pagam.

Justo, Rozendo e Correa (2010) ressaltam, em seu estudo sobre as pessoas idosas como protagonistas sociais, que as políticas públicas e os programas destinados à população idosa demonstram que este público vem adquirindo conquistas importantes. Uma delas é o Estatuto

do Idoso, Lei nº 10.741 de 2003, que representa um importante passo para o reconhecimento social dos idosos (Brasil, 2003).

Também é corroborado pelo Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) que atribui primeiramente à família a responsabilidade pelo cuidado integral à pessoa idosa, conforme descrito no artigo 3º das disposições preliminares. No entanto, essa disposição não exime o poder público pela efetivação dos programas e ações destinados a essa população. Quando a não efetivação acontece, as famílias são as primeiras a sentirem o impacto. É nesse sentido que emerge esse DSC dos cuidadores familiares, já que, em suas narrativas, há uma reivindicação por mais políticas públicas aos idosos com dependência funcional.

Um bom exemplo sobre políticas públicas é o programa PAMDIL, com ação de saúde voltada às pessoas idosas com dependência funcional; ele é uma importante iniciativa do município para a recuperação de indivíduos idosos com limitação. No entanto, há que considerar que, durante as coletas, os idosos e seus cuidadores fizeram críticas ao programa. Eles relatam que a periodicidade não é rigorosa como descrito e que as visitas médicas precisam ser ampliadas.

Dessa forma, vale ressaltar que, apesar de estarem vinculados a uma UBS e das pessoas idosas estarem cadastradas no PAMDIL, os cuidadores familiares ainda veem lacunas, no que tange à assistência de saúde aos idosos com limitação funcional. Nesse sentido, tais sujeitos têm uma narrativa pautada na necessidade de intensificação e ampliação do suporte que é dado às pessoas idosas por parte do poder público, na forma de políticas públicas.

Pelas narrativas é possível considerar outro aspecto, que no Brasil a contratação de um cuidador formal está longe dos recursos financeiros da maior parte da população. Esse fato faz recair sobre a família a obrigação pelo cuidado ao idoso com limitação. Nesse sentido, os cuidadores familiares percebem que há ausências de políticas públicas para os idosos dependentes funcionais, fato este observado no DSC. Assim, o estímulo à autonomia das pessoas idosas deveria ser estimulado no Brasil, por meio das ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde, bem como das políticas públicas voltadas à acessibilidade dessa população.

Em razão disso que a implementação de ações de suporte aos idosos dependentes e de seus cuidadores torna-se cada vez mais pertinente. É por meio da inserção de políticas públicas que se poderá garantir um envelhecimento digno, levando-se em consideração a dependência funcional e a complexidade dos arranjos familiares que advém dessa realidade, a exemplo dos cuidadores familiares que assumem as práticas do cuidado ao idoso com limitação.

Considerando todo o exposto, a composição sociodemográfica e as condições de saúde dos idosos dependentes funcionais, dizer é possível afirmar que há predominância de mulheres, longevas, viúvas, alfabetizadas, com mais de cinco filhos, católicas, vivendo com renda familiar de um a dois salários mínimos, fruto da aposentadoria, que corresidem com uma a três pessoas na mesma casa e apresentam HAS como principal problema de saúde.

No tocante aos cuidadores familiares, o perfil sociodemográfico e as condições de saúde apontaram para o predomínio de mulheres, adultas, casadas ou com união estável, com ensino fundamental, realizando serviços domésticos como profissão, de religião evangélica, sendo filhas dos idosos dependentes, e a HAS foi o problema de saúde mais assinalada por eles.

Com relação ao significado atribuído à dependência funcional, os resultados apontaram que as representações sociais estão envolvidas de sentimentos positivos, relacionados com a consideração de seu ente em seu meio familiar, como retribuição, ajuda e desvelo; e negativos, reforçados pela imposição do cuidado e desgaste do cuidador. As RS dos cuidadores familiares

reforçam que o idoso não pode estar fora do vínculo familiar e social, bem como há a necessidade de políticas públicas que alcancem idosos que são cuidados pela família.

Valorizar as RS que estão envolvidas no cuidado domiciliar, com o olhar voltado aos cuidadores e idosos, permitiu compreender de forma multidimensional e interdisciplinar a dinâmica das relações familiares no contexto da dependência funcional. Nessa perspectiva, as RS se configuram como um legítimo objeto de estudo, pois engloba as histórias de vida num contexto social. Como discutido anteriormente, elas são formas de conhecimento prático, construídas com a interação social por meio dos grupos sociais os quais os indivíduos integram.

Referências

- ALMEIDA, L. *et al.* Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. *Texto contexto-enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543-548, set. 2012.
- ARAÚJO, J. S *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2017.
- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 5. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília, DF, n. 19, 2006.
- BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estatuto do idoso. *Lei 10.741*. Brasília, DF, 2003.
- BRITO, R. D. Q.; OLIVEIRA, A. R.; EULALIO, M. C. Deficiência física e envelhecimento: estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica. *Av. Psicol. Latinoam.*, Bogotá, v. 33, n. 1, p. 121-133, jan. 2015.
- BRITO, A. M. M. *et al.* Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 34, número especial, p. 3455, 2018.
- CAMARGO, B. V. *et al.* Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. *Psicol. pesq.*, v. 8, n. 2, p. 179-188, 2014.
- CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. L. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 3, p. 435-445, 2003.
- FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. *Distúrb Comum*, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2013.
- GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HALBWACHS, M. *Los marcos sociales de la memoria*. Caracas: Anthropos Editorial, 2004.
- HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

JODELET, D. Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In: LOPES, M.; MENDES, F.; MOREIRA, A. (coord.). *Saúde, educação e representações sociais*. Coimbra: Formasau, 2009.

JUSTO, J. S.; ROZENDO, A. S.; CORREA, M. R. O idoso como protagonista social. *A terceira idade: estudos sobre o envelhecimento*, v. 21, n. 48, p. 39-53, 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LOUREIRO, L. S. N.; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. M. L.; RODRIGUES, R. A. P. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. *Rev Bras Enferm*, v. 67, n. 2, p. 227-232, 2014.

MALDONADO, A. *et al.* Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. *Liberabit. Jornal de Psicologia*, v. 23, n. 1, p. 9-22, 2017.

MONTEIRO, E. A.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. The Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire: validation for Brazil. *Rev Bras Enferm*, v. 68, n. 3, p. 364-70, 2015.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais*. Psicologia Social. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, A.; CALDANA, R. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saude Soc*, v. 21, n. 3, p. 675-85, 2012.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. *Aquichan*, v. 16, n. 3, p. 359-369, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

ROCHA, L. S.; SOUZA, E. M. S.; ROZENDO, C. A. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. *Rev. Eletr. Enf., Goiânia*, v. 15, n. 3, p. 722-730, 2013.

ROSA, T. E. C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

SANTOS, R. A. A. S. *et al.* Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. *Rev Pesq Saúde*, v. 17, n. 3, p. 179-183, 2016.

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; WIEDEMANN, A. M. V.; BUSSOLIN, C. Participação social e familiar de idosos vinculadas a um grupo de convivência de uma comunidade de baixa renda em Curitiba-PR. *Salud & Sociedad*, v. 6, n. 3, p. 212-222, 2015.

Capítulo 4

“A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer”: as perspectivas de leituras da velhice feminina pelas lentes do Instagram¹

*Nadia Cristina Moraes Sampaio Gobira
Luciana Araújo dos Reis*

A vida é constituída de ciclos que exercem sobre os indivíduos diversas mutações e desafios. Para uns, passar de uma fase para a outra da existência requer transpor enormes obstáculos físicos e coletivos, para outros nem tanto. Por isso, a vida humana é complexa, múltipla e repleta de descobertas que são realizadas todos os dias. Elias (1994) assevera que a sociedade, como sabemos, somos todos nós. Logo, não se pode pensar o indivíduo dissociado da sociedade na qual ele está inserido. Tudo isso porque viver está revestido dos ditames sociais construídos constantemente. Em todas as etapas etárias existem circunstâncias que regem as condutas das pessoas e essas condições foram criadas pela sociedade e para ela.

Neste sentido, todo o percurso da vida humana tem seus requisitos pré-determinados a depender dos grupos a que o indivíduo pertença. As memórias produzidas por eles condicionam a visão de mundo e essa resultará em regras, modelos e padrões para homens e mulheres em qualquer estágio da vida. Quando se trata da velhice, as normas, os preceitos e as acepções se aprofundam e orientam os modos de vida e os discursos acerca dela, pois esse conjunto de diretrizes designam como as pessoas idosas devem agir e se portar para que sejam reconhecidas socialmente. Para as mulheres, as imposições e as restrições quanto às formas de viver a velhice são ainda mais limitantes, dado que o envelhecimento feminino está circunscrito à beleza, à juventude perene e ao corpo escultural. Goldenberg (2015) afirma que o corpo se tornou um grande capital e o envelhecimento seria uma situação de perda desse capital.

Diante disso, os meios de comunicação como a *internet*, a televisão, os jornais, as revistas e as redes sociais são organizadores dos pensamentos, das ações humanas e, também, são dispositivos veiculadores de ideias e princípios a respeito da velhice. Por conseguinte, os meios de comunicação intermedeiam e popularizam as conceituações com relação ao envelhecimento e, de maneira enfática, tornaram-se instrumentos de difusão de opiniões, representações e noções sobre como essa fase da existência deve ser vista, sentida e experimentada, posto que essas ideias

¹ Systrom, K.; Krieger, M. Instagram, 2010. Disponível em: <https://www.instagram.com>

necessitam ser transformadas em um pensamento comum a todas as classes sociais. Santos (1996) afirma que na sociedade da comunicação e de informações generalizadas, a realidade tende a se confundir com um agrupamento de imagens e comentários das análises (re)reproduzidas que são transmitidas pelas mídias.

Para a compreensão dos elementos que atuam na constituição do envelhecimento feminino foram apontados, neste texto, caminhos de entendimento com relação à condição feminina e à sua velhice nas redes sociais, mais especificamente o *Instagram*, que apresenta perfis que tratam da ascensão da velhice da mulher nos tempos presentes. Os perfis analisados podem ser mediadores na tentativa de percepção da velhice para além dos preceitos que associam o envelhecer à morte e à decadência pessoal, bem como combatendo a negação da velhice quando a vincula apenas aos aspectos de um rosto sem rugas e ausente das marcas de expressão, dos cabelos desprovidos de fios brancos e da juventude imorredoura como únicos componentes de constituição da mulher idosa na sociedade brasileira. O método utilizado para observação dos discursos que estão em funcionamento, pertinentes ao tema do envelhecimento feminino no *Instagram* foi a Análise de Discurso de linha francesa.

Desse exame, foram encontrados 95 (noventa e cinco) perfis nos quais há uma apresentação da visibilidade da mulher idosa e da velhice experienciada, em contraponto com os padrões sociais que ainda vigoram e insistem em escamotear a velhice. Neles, priorizou-se destacar a velhice feminina.

Do ponto de vista metodológico, foi feita a seleção e a análise de perfis escolhidos da rede social *Instagram* para conhecer o funcionamento dos discursos em ascensão acerca da velhice feminina e dos seus sentidos que estão postos nos enunciados, com base no método de Análise do Discurso de linha francesa. Essa escolha foi realizada em virtude de o *Instagram* ser uma rede de social de maior número de usuários, portanto, atinge de forma mais abrangente o público feminino e prolifera os seus discursos de forma ampla.

A condição feminina e a sua velhice

O envelhecimento humano não está exclusivamente regido pela idade e/ou pelos determinantes orgânicos. A velhice é uma construção feita coletivamente, marcada por vários fundamentos que a define e a (re)significa em uma determinada sociedade. À vista disso, Beauvoir (1970) considera que a velhice não simboliza exclusivamente um fato biológico, mas é, precipuamente, cultural. As interpretações acerca dela são produzidas ao longo das épocas e tendem a se solidificar com base nas memórias sociais que permitem seu enraizamento.

Para Fentress e Wickham (1992), a memória social não se resume meramente em fornecer um apanhado de categorias que atravessam o modo de vida de um grupo, mas proporciona à sociedade uma forma de refletir de maneira consciente sobre sua própria constituição. Com o passar do tempo, as construções sociais se robustecem, estabelecem crenças, hábitos, práticas e se consolidam, assim, devido à sua estabilização, nem sempre são passíveis de mudanças. A regularização dos discursos concernentes à velhice é um importante recurso de consolidação das convicções do dia a dia, tendo em vista que ninguém escapa inteiramente à cotidianidade, tanto na forma de atividade quanto como forma de consciência (Konder, 2002).

Destarte, Halbwachs (2006) afirma que um grupo está sujeito à influência da natureza material e participa do seu equilíbrio. Para esse autor, o tempo se torna real na medida em que apresenta um conteúdo e fornece ao pensamento uma matéria de acontecimentos. Isto posto, entende-se que as memórias sociais produzem ingerências na construção das identidades, na formação das visões de mundo, no gerenciamento das fases etárias, uma vez que os lugares, o espaço, as tradições e a cultura culminam na edificação dos valores e princípios estabelecidos socialmente. A velhice é um tema invisibilizado dado o incômodo que provoca. Mesmo que seja mais uma fase da existência humana a ser percorrida, frequentemente ela permanece encoberta nas discussões familiares, nas universidades, nos projetos políticos e é refutada pelos indivíduos. Os debates em torno do tema não são realizados de maneira corrente pelos meios de comunicação e nas redes sociais, somente as formas de camuflá-la são perceptíveis nas redes de comunicação, visto que a condição de ser uma pessoa idosa não é ignorada, ela se tornou um escândalo (Beauvoir, 1970).

Sabe-se que o envelhecimento populacional é premente em quase todo o mundo. Nos países desenvolvidos e nos emergentes essa realidade é irreversível. No Brasil, nos anos de 1950, a taxa de crescimento da população era superior a 3%. Segundo o IBGE (2018), o Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 13% da população do país. Desse modo, torna-se fundamental discutir sobre a velhice e a pessoa idosa, uma vez que não há como ignorar as mudanças demográficas que estão ocorrendo rapidamente.

No Brasil, de acordo os dados das Tábuas Completas de Mortalidade, divulgadas pelo IBGE (2020), a expectativa de vida dos brasileiros é de 76,3 anos. Sendo 79,9 para as mulheres e 72,8 anos para os homens. Existe ainda a esperança de vida, que é o número médio de anos de vida esperados para uma pessoa ao completar 60 anos, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Ao lado do processo de envelhecimento encontra-se a feminização da velhice que é resultante de uma maior sobrevivência das mulheres de 60 anos ou mais, sobretudo nas áreas urbanas. Neri (2007) indica que esse fenômeno se correlaciona, essencialmente, com a longevidade maior entre as mulheres, o que promove um incremento delas nos estratos mais velhos. O envelhecimento carrega um robusto componente de gênero. A razão homens/mulheres mostra que a proporção de mulheres é bastante superior a de homens, e os aspectos relacionados ao envelhecimento expõem diferenças entre idosos e idosas, confirmando assim desigualdades no envelhecimento também entre gêneros (Lima; Bueno, 2009).

A predominância feminina nos estratos etários está vinculada a múltiplos fatores. As mulheres estão sempre à procura de conhecimentos relacionados à qualidade de vida, à alimentação balanceada, à prevenção de doenças crônicas, ao uso apropriado das medicações prescritas. Elas se exercitam com frequência e incorporam ao seu cotidiano a busca de conhecimentos e de aprendizados que irão beneficiar seu equilíbrio físico e mental. Neste contexto, é possível identificar a diferença da sobrevivência a partir dos 60 anos entre os sexos. No Brasil, as pesquisas do IBGE (2020) mostram que a expectativa de vida após os 65 anos é de 17,2 anos para os homens e 20,4 para as mulheres. Hoje, em média, a sobrevivência esperada de um sexagenário no país é de 21 anos, ou seja, até os 81 anos.

Isso se deve a diversos fatores observados durante a existência. As mulheres são mais predispostas a dar uma atenção maior aos cuidados da saúde preventiva do que os homens.

Elas são mais atentas aos aspectos ligados à saúde, tais como: vacinação, exames preventivos e regulares; estão em busca de melhorias nutricionais, de higiene pessoal e ambiental. As mulheres idosas se relacionam de maneira diferente com o corpo, quando se refere à saúde, se comparado aos homens. Neri (2007) informa que a frequência a médicos entre as mulheres idosas é bem mais alta do que entre idosos. Entre elas, a média é de uma visita a cada 7,7 meses, já eles, de 16,7 meses. Diante dessa realidade, o envelhecimento feminino está progressivamente fazendo parte do dia a dia da sociedade. Pires e Silva (2022, p. 52) avaliam que o maior número de idosas na população

[...] é constatado pelo maior cuidado com a sua saúde que elas dispensam ao longo da vida, na procura por serviços preventivos e melhores hábitos de vida, mesmo ao considerar a trajetória de vida das mulheres idosas, marcadas pela baixa escolarização, baixa renda, baixa inserção no mercado de trabalho, baixa qualificação profissional.

A população acima dos 60 anos chegou aos 25.966.260, em 2016. Deste total, 12,6% foram de pessoas acima de 60 anos, das quais 6,76% é composta por de mulheres idosas, enquanto 5,35% de homens idosos (IBGE, 2018). Salgado (2002) pontua que as análises sobre longevidade revelam que as mulheres são o sexo mais forte. Em razão do processo da feminização, é plausível compreender que há uma tendência da predominância das mulheres no mundo em um futuro próximo.

No entanto, além das análises demográficas – que são relevantes para o entendimento da sociedade contemporânea – as questões a serem consideradas se baseiam na percepção social relativa à mulher que envelheceu, nas ressalvas postas para o envelhecimento feminino, bem como sobre quais os parâmetros que regem essa velhice. A condição feminina foi continuamente orientada pelo controle masculino, posto que o modelo patriarcal determinou como as mulheres deveriam se comportar, quais normas de condutas teriam e, por consequência, fixou a sua posição social. Consoante Saffioti (2013), em qualquer tipo de estrutura social, seus participantes são submetidos aos processos de socialização a fim de que os padrões culturais correntes sejam fortemente reconhecidos e possam desempenhar de uma forma aceitável os papéis que outrora lhes foram atribuídos.

Às mulheres são designadas condutas desde a mais terna infância por intermédio da família, da religião, da cultura e da sociedade. Segundo Saffioti (2015, p. 111), “[...] as relações hierárquicas entre os homens, assim como a solidariedade entre eles existentes, capacitam a categoria constituída por homens a estabelecer e a manter o controle sobre as mulheres”. Dessa forma, reiteradamente, notam-se diferenciações entre “coisas de homens” e “coisas de mulheres”. Elas se tornam reféns de proposições que regulamentam o que é ser feminina ou não. Com base nisso, o comportamento “aprovado” vai sendo produzido e se tornando admissível, razoável para a convivência das mulheres com os homens nas sociedades patriarcais. Seria como enxergar o mundo sob uma ordem estabilizada desde que as mulheres estejam “enquadradas” dentro de um modelo pré-definido. Conforme Pêcheux (2014, p. 146, grifos do autor), é “[...] a ideologia que, através do ‘hábito’ e do ‘uso’, está designando, ao mesmo tempo, o que é e o que deve ser”.

Desse modo, seguem-se inúmeros condicionantes na formação de um perfil feminino julgado como adequado. Desde criança até a formação da mulher idosa, existem comportamentos e modos especificados, em especial, quando se trata da aparência e do corpo. Mesmo com o

passar do tempo e com as diversas conquistas sociais que permitiram transformações no estilo de vida feminino, nas atitudes e em muitos avanços que libertaram as mulheres de modelos que deveriam ser reproduzidos indefinidamente, ainda existem vários entraves para o exercício de ser mulher. Del Priore (2013, p. 53) relata que:

No decorrer do século XX, a mulher se despiu. O nu, na mídia, na televisão, em revistas e praias, incentivou o corpo a se desvelar em público, banalizando-se sexualmente. A solução foi cobri-lo de cremes, vitaminas, silicones e colágenos. A pele tonificada, alisada e limpa apresenta-se idealmente como nova forma de vestimenta, que não enruga nem “amassa” jamais.

É desafiador ser do sexo feminino e possuir 60 anos ou mais na sociedade brasileira. O padrão de beleza convencionado para as mulheres foi delimitado com base na pele lisa, no corpo esculpido pelas atividades físicas, por meio das dietas rígidas e os cabelos sem fios brancos como artifícios que dissimulam a idade real. Existe um peso estético sobre o envelhecimento e o corpo feminino e essa opressão é comunicada livremente nas redes sociais, na publicidade, nas redes de TV, nas novelas, nos anúncios dos produtos de beleza, nos centros de saúde, nas revistas femininas e no imaginário coletivo, características se irrompem como inerentes às mulheres.

Nas mídias sociais, “envelhecer jovem” é apresentado como uma meta a ser alcançada por qualquer mulher idosa, independente das desigualdades sociais e econômicas, sob pena de ser reputada como negligente com a sua aparência física (Caradec, 2011). Com esse tipo de mensagem, as redes sociais tentam ocultar os discursos que associam a velhice ao declínio, à insatisfação corporal e à ausência de beleza. Orlandi (2015) assevera que todos são afetados pela língua e pela história, afinal, são a memória e a história que demarcam o que é relevante para ser lembrado ou não, portanto, a linguagem é significativamente importante nesse processo. No ambiente virtual, as exigências da perfeição estética recaem, de modo incisivo, sobre o público feminino.

Perrot (2007) argumenta que as mulheres são imaginadas, representadas, em vez de serem descritas ou contadas. Portanto, quando se menciona a velhice feminina logo surge a imagem de um corpo envelhecido que precisa da intervenção dos produtos antienvelhecimento e afins, de outra forma a imagem sugerida é a da degradação e afastamento da beleza. Orlandi (2015) argumenta que tudo o que se diz se encontra na confluência entre a memória e a atualidade como um jogo em que os sentidos são revelados. Existe um repúdio às rugas que estampam os rostos e aos cabelos que perderam a pigmentação e se converteram em fios brancos como elementos que, reunidos, apontam para a velhice. Os estigmas e os estereótipos se somam às muitas maneiras de escamotear o processo de envelhecimento porque as rugas são moralmente condenáveis (Sibilia, 2011).

As ideias preconceituosas e discriminatórias são recorrentes quando se trata do envelhecimento feminino. Ou seja, possuir os cabelos brancos são sinais de desmazelo, de feiura e de desalinhamento, visto que destoam dos arquétipos de beleza perfeita que são aclamados dentro do ambiente familiar, social e nas redes sociais, por exemplo. Ainda cabe lembrar que os preceitos de negação da velhice são sustentados pela ideologia capitalista. Essa ideologia representa o processo pelo qual as ideias da classe dominante configuram-se como ideias de todas as classes, convertendo-se em ideias dominantes (Chauí, 2008). Com isso, as concepções que remetem à velhice estão ligadas à classe dominante que controla “[...] a produção de ideias e a sua distribuição e se tornam ideias dominantes da época” (Chauí, 2008, p. 85).

Portanto, os discursos que se reportam à idade, ao gênero, às classes sociais formam e estabelecem um agrupamento de normas, padrões e procedimentos que acabam por generalizar um modo de vida específico, fazendo parte de um determinado controle social. Em função disso, Lippmann (2008) argumenta que os estereótipos são formados porque são vistos pelos olhos da cultura na qual se vive, assim, acredita-se no que eles definiram e o que foi captado pela cultura é transportado em sucessão.

A preservação de uma velhice estigmatizada serve para aguçar o consumo de produtos que escamoteiam o envelhecimento feminino e, nesse processo, todas as mídias são usadas com a finalidade de tornar as concepções que depreciam a velhice como dominantes e atuantes nas classes sociais. Por intermédio disso, deseja-se justificar a necessidade criada para que os indivíduos, sobretudo as mulheres, se apoderem da maior quantidade possível de produtos e artefatos que escamoteiam as marcas do envelhecimento como uma obrigação na criação de uma velhice bem-sucedida.

Por outro lado, as mulheres idosas que não se submetem a essas condições são reputadas como fora do protótipo criado e culpadas pela sua própria infelicidade nessa etapa da vida. Nesse viés, as redes sociais são ambientes favoráveis para a propagação do consumo de artigos de beleza, do comércio das cirurgias estéticas, das soluções mágicas por meio dos cremes, tinturas e demais produtos que prometem o rejuvenescimento.

À vista disso, em alguns perfis do *Instagram* são apresentados conteúdos que convocam o público feminino a caminhar em uma posição contrária aos protótipos de feminina que são correntes. Os argumentos utilizados propõem uma receptividade da velhice como parte da essência humana. Eles se destacam porque propiciam uma discussão de ascensão do envelhecimento feminino e suas abordagens orbitam em torno do acolhimento da velhice por meio do uso dos cabelos brancos e/ou grisalhos.

Os perfis apontam para uma transformação nos conceitos atuais quanto ao envelhecimento a fim de propor uma libertação das restrições impostas pelos padrões, normas e protocolos que, destinados às mulheres, devem ser seguidos criteriosamente para manter a jovialidade “perpétua” atendendo ao imaginário social no qual a mulher não envelhece.

A velhice feminina no Instagram

Com o crescimento do uso das redes sociais, os temas alusivos à velhice vieram à tona e, por esse motivo, têm suscitado inúmeros debates. No *Instagram*, o envelhecimento feminino é amplamente abordado. O *Instagram* é uma rede social *on-line* em que é liberado o compartilhamento de fotos e vídeos entre os seus usuários e os materiais divulgados podem ser alocados em outras plataformas digitais e, com isso, as informações veiculadas são amplamente difundidas. Nesse ambiente, tem-se a possibilidade de cada usuário criar um ou mais perfis sobre diversas temáticas e solicitar que outras pessoas se tornem seguidores da página e tenham acesso aos conteúdos abordados.

Desse modo, foi realizado um estudo para conhecer o funcionamento dos discursos que se referem às imagens do envelhecimento feminino. A pesquisa se deu no *Instagram* tendo por tema a velhice feminina. Examinaram-se os perfis que foram criados individualmente ou com a participação de outras pessoas, bem como de instituições que trabalham com o assunto. Não estão incluídos perfis de clínicas de saúde ou que se relacione diretamente com essa área. Com

isso, no Quadro 1, adiante, apresenta os nomes dos 92 (noventa e dois) perfis visitados contendo as suas principais descrições.

Quadro 1 – Perfis do *Instagram* que têm como tema principal a exibição da beleza feminina por meio da manutenção dos cabelos grisalhos e/ou, completamente, brancos. Vitória da Conquista, 2021 (continua)

Perfil	Descrição
1. @viva a coroa	Coroa, signo de poder, mulher de 50+ que não é, nem quer ser uma menininha.
2. @emvelhasendo	Conversas sobre Envelhecimento Positivo
3. @avósdarazao	Avós da razão. Falando de tudo um pouco
4. @velhicesminhas_	Compartilho sobre o envelhecer de forma humana, crítica e reflexiva
5. @_inconformidades	Somos um time de colunistas 45+ dividindo nossas experiências sobre sexualidade, vaidade, saúde, atualidades e principalmente: MATUREZEA.
6. @eucrisguerra	Nadando contra a corrente desde 1970. @vidasimples @radiobandnewbh #50Crises #ageless #agefull
7. @portaldoenvelhecimento	O maior e melhor conteúdo sobre a longevidade no país ~ 18 anos de história.
8. @bem.envelhecer	Ressignificando o Envelhe(Ser)
9. @envelhecendo_bem	Muitas dicas de saúde com os melhores profissionais de todas as áreas. Para nós que estamos envelhecendo, mas queremos continuar lindas e saudáveis.
10. @idosa_sim_veia_não	Engenheira aposentada, radiestesiasta, Reikiana, etc. “Mãe vó” coruja, fazendo projetos para hoje e planos para amanhã, assim terei sempre um ideal.
11. @vidasidosasimportam.br	Somos um movimento nacional e atuamos para assegurar a valorização da Pessoa Idosa em toda sua diversidade. Nossa alegria é a dedicação do ATIVISMO.
12. @idosasim_velhajamais	Amo a Deus. Esposa, mãe e vovó. Professora aposentada, 63 anos. Vaidosa, Canceriana. De BH. Tenho tempo de sobra, então vou me divertir por aqui.
13. @claumelobeauty	Expert em automaquiagem e beleza da mulher madura real, sem falsas promessas.
14. @velhaevovozinha	50+influencer, sênior model. Inspirando mulheres maduras pq a idade é só um número.
15. @velhaeu	Desmistificando tabus do envelhecimento. Trocas reais e pessoais sobre o envelhecimento feminino. <u>60+</u>
16. @velhas.bonitonas	Artista Motivacional. Inspiro mulheres a aceitarem o seu envelhecimento através do projeto Velhas Bonitonas.
17. @vovostitokers(oficial)	Vovós tiktokers
18. @cool50s	Por aqui falamos sobre o poder dos 50 anos
19. @ulheresempoderadasageless	Para quem sabe que o passar dos anos é inevitável, mas também sabe que envelhecer é opcional!
20. @silviarui_ ageless	Vida saudável e beleza para mulheres 45+ 50 são os novos 50.
21. @driferreira	Intersectional Journalist / Feminist / Anti-racist
22. @grisalhaju	Grisalha apoiando e motivando mulheres no processo. Vamos juntas, vai valer a pena.
23. @helenaschergel	Sou uma menina de 8.1 que encoraja mulheres a saírem da invisibilidade
24. @escritora_no_diva	Mãe e filha reinventando a velhice. Consultoria, produção de conteúdo, palestras e a curadoria para marcas.
25. @mulher negra60	Cuidados melhor idade / Dicas de alimentação/ Saúde, reflexão.
26. @40.ou.mais	Práticas, leves, paradoxais: mulheres de 40+, 50+,... 90+ em desconstrução.
27. @60mais_oficial	60+ Queremos influenciar os maduros a buscarem uma longevidade positiva e feliz, explorando novas experiências e conexões e promovendo saúde física e mental.
28. @rosa.saito	Modelo de 70 anos / Aquariana / Vida saudável / responsável e de bem com a vida.
29. @fran_winandy	Diversidade etária, transição de carreira, consultoria 50+, Moda. Ativista contra #etarismo.

(continua)

Perfil	Descrição
30. @melhoraos50	Nossa vida contada em melhores momentos! Porque somos melhores juntas! Lifestyle Melhor aos 50. Diversão com conteúdo
31. @thebodyoptimist	Le Féminin inclusif 100% em ligne / Mon corps, pas, ton problème.
32. @normasrangel	Ativista da longevidade. Idealizadora do NOVO D+ PARA SER VELHO MAORADIA&LONGEVIDADE. Conectando pessoas Alinhando ações.
33. @miriangoldenberg	MILITANTE DA BELA VELHICE. Antropóloga.
34. @bloom.ages	. Curta todas as idades . Comunidade pró-idade desde 2014 . Acompanhamos a sua jornada pela longevidade . Respostas para viver mais e melhor.
35. @silverdisobedience	Dailly Inspirations for living Agelessly
36. @mireiabrg	Moda, beleza e saúde. Comunicadora digital. Universo 60+.
37. @wis.agelesstyle	Ajudando a criar um mundo onde beleza e estilo não têm idade. Moda, estilo de vida, maturidade, autocuidado, inspirações e muito mais.
38. @iris.apfel	More is more & less is a bore
39. @ageingrace	60+. Vivendo e escrevendo. Envelhecendo plena e saudável e com bom humor.
40. @thesilverlining_1970	Life your life and forget your age Back to modelling at 50+ Well loved & new fashion Naturally silver
41. @sessentissima	Para as e os 40, 50, e 60+: dicas, trocas de experiência, style, coisas boas, divertidas e legais.
42. @nataliadornellas	Militante da Bela Velhice
43. @it_avo	Influenciadora 60+, eterna aprendiz e ativa nos movimentos de longevidade. Busco inspirar e conectar gerações.
44. @adriespiritolivre	Sou uma mulher de 60+ e quero ajudar você a enxergar o mundo com mais humor e leveza.
45. @vidaalemdos60	Busco mostrar ao idoso como ser ativo. Incentivo mulheres a manterem saúde mental, física após os 60, visando longevidade saudável.
46. @vivazidade1	Portal criado para conexão de pessoas que buscam qualidade de vida na maturidade.
47. @colleen_heidemann	Word to live by: “If not now... When?”
48. @orgulho60mais	A geração que mudou o mundo na juventude, agora revoluciona o envelhecer. Somos 60+ com muito orgulho!
49. @donadirceferreira	Digital idosa / vovó dos seguintes / 74 anos
50. @mariacandidatv	Apresentadora da TV Globo/ Influencer madura e loba Ageless/ Geração Agelles, 50 anos/ Quebrando estereótipos de idade.
51. @grisalhos_beauty	Estilo irmãs de Prata. Apoie, inspire outras mulheres. Todas temos uma história para contar.
52. @grisalhando	Resistindo ao preconceito de ser grisalha!
53. @grisalhasbrasileiras	Perfil dedicado as grisalhas brasileiras
54. @grisalhas_online	Idade não define maturidade, aparência não define caráter.
55. @grisalhasnordestinas	Trazendo mais leveza para a sua transição.
56. @cachosgrisalhando	Apenas decidi me permitir tentar observar, refletir, sentir e compartilhar essa jornada.
57. @clubedasgrisalhas	Em transição ou não, aqui é o seu lugar.
58. @assumeugrisalho	Inspirando mulheres a assumir o cabelo grisalho.
59. @grisalhasassumidas	Grupo de grisalhas. Todas temos uma história para contar.
60. @grisalhas_rosangela	Inspirando mulheres a assumir naturalmente os cabelos grisalhos.

(continua)

Perfil	Descrição
61. @lindasgris	Incentivo mulheres a se libertarem da escravidão das tintas e assumirem quem elas realmente são: lindas grisalhas!
62. @einasatosc	Inspirando mulheres a revelarem a beleza dos fios brancos,
63. @deixandomegrisallhar	Te ajudo a ser livre da tinta, aceitar e amar o seu grisalho.
64. @grisalheiagora	Grisalhei e quarentei e nada mudou 4.4.
65. @grisalha_assumida	Mudança capilar, amor-próprio, aceitação e autoestima.
66. @regrisalha	Grisalha com orgulho. Ajudo mulheres a se manterem firmes no propósito de grisalhar.
67. @lu.alexandre.oficial	Criadora do Clube das Meninas Grisalhas. Inspirando mulheres a assumirem os seus grisalhos.
68. @eu_grisalha	Inspirando mulheres #grisalhas
69. @grisalha.online	Esse perfil é para incentivar todas as mulheres que querem deixar de ser escrava da tinta.
70. @plena_mente.idosa	#plena_mente.idosa tem por objetivo conscientizar uma mente plena de saberes, através da cultura, e dos diversos meios de informações.
71. @diangriesel	Creative aka @silverdisobedience. Definir vidas e cenas. Autora. Analista de Percepção.
72. @roxmod	Representado por @iconicfocus. Uma modelo da Vogue dedicada a ajudar todas as mulheres a envelhecerem graciosamente.
73. @lisagoessilver	Siga a minha jornada de prata. Não me arrependo a minha escolha. Estou orgulhosamente #rockngmysilverhair.
74. @aging.with.ellen	Venha participar da minha jornada de envelhecimento. Seguindo forte aos 67 anos.
75. @laura_from_nb	Me divertindo, me encontrando e arrasando na meia-idade. Cabelos brancos não me importam. Encontrando alegria
76. @silver.age.happysoul	Idade e sabedoria são amigos. A vida é um privilégio. Toma conta de ti. Desafie os limites!. Seja linda dentro e fora. Viva assumidamente.
77. @_silver_journey	Avó tingida pela última vez: 2019. Sempre menti sobre a minha idade. Quando vi o meu primeiro cinza, eu colori. Meu objetivo agora é ficar totalmente cinzenta.
78. @annie_and_molly_m	Celebrando o cabelo prateado e envelhecimento. Sem desaparecer no fundo e ficar invisível aqui. #silversisters
79. @grisalhasassumidas	Grupo de grisalhas. Todas temos uma história para contar. Eu gostaria de saber a sua história. Não é permitido homens.
80. @paulinaporizkov	Ex-supermodelo acidental, atriz ocasional, escritora atual.
81. @kikagamalobo	Carioquíssima. Curso Kikando na maturidade. Mercado 50+ Criadora ATTITUDE50. Colunista CLAUDIA e INCONFORMIDADES.
82. @crismorais2	40 anos em experiência profissional em comunicação, moda, estilo de vida saudável. Pesquiso o envelhecer feliz, sou modelo, palestrante. Campinas, SP.
83. @velhicenãodoenca22	Campanha que combate a inclusão da velhice como enfermidade dentro da Classificação Internacional de doenças- C, prevista em jan/22 pelo OMS.
84. @amymalott	Begin to dream again. Encouraging women to keep dreaming. Silver hair confidente.
85. @ferna.canas	Venezolana com cans. Inspiración al cabelo canoso. Mi camino a lo natural #silversistersvenezuela. Embaixadora @canas_latinas. Último tinte 2018.
86. @romi_transicion_girls	Documentando esse processo assombroso. Um gran desafio. Liberandome de prejuicios y ponderando la paciência. Umtimo tinte 13/10/2018. Vamos al Gris!!
87. @seizethegrey	Ontário. A community for those who seize the grey, those who aspire to seize the grey, ou throse just simply admire.
88. @cowachas	Buenos Aires. No es "el método", SOMOS NOSOTRAS
89. @catherinegrowssilver	This page is a supportive, positive place to visit, say hello & safely share our silver growth journeys. I am 44 & had my first grey age 14.
90. @clubedasgrisalhas	GRISALHAS / CABELOS BRANCOS. Ressaltando a beleza do cabelo prateado. Inspirações diárias para você se fortalecer.

(conclusão)

Perfil	Descrição
91. @paatipontalti	45+ /moda/autoestima/feminices/um toque de transgressão no longo caminho da maturidade.
92. @bernadetenommenmacher	Te ajudo a renascer no climatério e na menopausa. Medite comigo!

Fonte: Instagram (2021).

Os perfis ora descritos possuem um número expressivo de seguidores, as postagens são realizadas regularmente e são bem movimentadas, pois suas publicações acontecem a todo instante. Logo, há um fluxo de informações bastante amplo, dada a velocidade com que mensagens, fotografias e vídeos são acessados, atingindo um público heterogêneo, com isso, demonstrando que os indivíduos não pensam sozinhos, mas são influenciados pelas instituições, os sistemas de signos e as técnicas de comunicação (Lévy, 1999).

A quantidade de seguidores desses perfis específicos é variável e pode ser de mil até mais de 3,5 milhões de pessoas com inúmeros acessos diariamente. Nesses perfis, evidenciar a velhice é o tema dominante e, em sua maioria, fazem menção ao público feminino. As mensagens predominantes mencionam sobre a aceitação do corpo, dos cabelos brancos, da beleza na velhice e resgate da autoestima. Existe um incentivo à liberdade de expor-se, de negar-se a usar subterfúgios que encobrem a idade e, dessa forma, uma estimulação para esquivar-se dos estereótipos e estigmas tão comuns no processo do envelhecimento, principalmente, feminino.

Os temas são discutidos por meios das *lives* – que são conversas de até 01(uma) hora e com possibilidade de interação por meio dos seus seguidores. Além disso, é exequível a postagem de matérias que são relativas ao tema proposto, bem como alocar fotografias com pessoas que optaram por deixarem os cabelos sem coloração e/ou grisalhos. Há fotos que retratam mulheres sem qualquer tipo de maquiagem para esconder as imperfeições no rosto. Nos perfis, encontram-se frases de encorajamento para que as mulheres possam usufruir desse momento da vida com maior autonomia a fim de ofertar uma maior autoestima de seus seguidores. Nas publicações, a manutenção dos cabelos brancos tem um significado expressivo. Esse ato pode ser provocador, posto que, por ele, o processo de envelhecimento é apontado pelo outro. Assim, a aparência física e o seu acatamento são assuntos contumazes e os significados do corpo na velhice são postos em efervescência, dado que caminha na contramão das normas em vigor para o sexo feminino.

A discussão sobre o uso dos cabelos brancos e/ou grisalhos proposta nesses perfis tem causado uma ebulição perante o número de curtidas. Esse ato demonstra a aceitação do que tem sido postado, afinal, curtir uma postagem no *Instagram* significa um sinal de aprovação. De fato, existe a efusão de mensagens que são contrárias às memórias sociais sedimentadas sobre a velhice da mulher. Contudo, não se pode negar que as formas de rejeição à velhice, principalmente a feminina, aparecem de maneiras sutis nas descrições dos perfis pesquisados. Observam-se nos comunicados a disposição de discursos que retomam dizeres que anteriormente foram confeccionados e, de certo modo, “naturalizados”, sobretudo no que tange ao perfil da mulher idosa, no intuito de se contraporem aos discursos estabilizados.

Por isso, na exposição de alguns perfis, mencionados no Quadro 1, existem frases que retomam as imagens negativas da velhice, quando analisadas mais detidamente, a exemplo de: “Para quem sabe que o passar dos anos é inevitável, mas também sabe que envelhecer é opcional!”. Essa proposição possui um discurso de rejeição à velhice porque o envelhecimento é uma consequência natural de todo ser vivo. No entanto, ao considerá-lo como facultativo,

retorna-se à ideia de que envelhecer é um abeiramento com a morte e pode ser evitado. Outras frases como: “Grisalha com orgulho. Ajudo mulheres a se manterem firmes no propósito de grisalhar”, contém uma referência à busca de orgulhar-se de ser uma idosa porque não é isso que socialmente foi construído, assim, traz à tona a concepção de que assumir os cabelos brancos é ultrajante para a sociedade brasileira, portanto, é preciso firmeza no desejo de manter os cabelos brancos/grisalhos.

“Idade e sabedoria são amigos. A vida é um privilégio. Toma conta de ti. Desafie os limites!” Seja linda dentro e fora. Viva assumidamente”. Nesta frase, a expressão “idade e sabedoria são amigos”, vê-se que é resgatado o sentido de que, apesar da idade, a sabedoria é um aspecto exaltado na velhice pela sociedade e não a beleza feminina. “Celebrando o cabelo prateado e envelhecimento. Sem desaparecer no fundo e ficar invisível aqui”. Nesse enunciado, há referência a um discurso estabilizado sobre a velhice que é a sua invisibilidade, por isso, usa-se o termo cabelo prateado que possui iluminação, uma vez que cabelo branco e velhice são sinônimos de, supostamente, ocultação do fascínio feminino.

“Ajudando a criar um mundo onde beleza e estilo não têm idade”. Nessa afirmação, as memórias sociais construídas ressurgem ao relacionar beleza e estilo com a idade, visto que o envelhecimento não é associado à beleza e à juventude, mas ao desvio de um parâmetro da formosura quase exclusivo para as mulheres. Inere-se que ter estilo depende da idade que se possui. Em suma, possuir beleza e ser jovem se converteu em obrigação social (Mendonça, 2020).

As expressões e jogos de palavras resgatam os significados pejorativos concedidos à velhice, porém, são expressões de uso popular e, talvez, por isso, os sentidos reais não sejam tão visíveis porque os conteúdos apresentados, dentro dos perfis, rejeitam a ideia de qualquer forma de aceção de pessoas por meio da idade, pelo uso dos cabelos brancos ou por não escamotear as marcas físicas recorrentes no corpo da pessoa idosa. Quanto a isso, cabe atentar para que o que Brandão (2012, p. 9) afirma: “[...] a linguagem não pode ser encarada como uma entidade abstrata, mas como o lugar em que a ideologia se manifesta concretamente, em que o ideológico, para se objetivar, precisa de uma materialidade”. Neste sentido, a estigmatização da velhice é um discurso atuante nas redes sociais e reforçado cotidianamente, ainda que os propósitos, nos perfis avaliados, sejam de exaltação da velhice e um convite à sua aceitação.

Isto posto, constata-se que os discursos que se movem nas postagens foram outrora construídos e giram em torno de uma regularização de sentido e de significância. Eles são rememorados nos comunicados dos perfis que dizem servir para convocar as mulheres a enxergarem a possibilidade de acatar o seu envelhecimento nos tempos modernos. Ou seja, todos estão sujeitos à linguagem, aos seus lapsos, pois não há neutralidade nem mesmo no uso dos signos no dia a dia (Orlandi, 2015). Com isso, entende-se que os discursos habitam todos os indivíduos, por isso, ao se expressarem, os sujeitos atualizam os sentidos que foram postos anteriormente (Freire, 2021).

Neste contexto, a preservação da beleza continua a ser um discurso orientador para quem se propõe a assumir suas rugas, suas marcas de expressão e seus cabelos grisalhos. As imagens recriadas devem se tornar referências de condutas para a existência humana. Afinal, Lippmann (2008, p. 96) afirma que “[...] há uma imagem do mundo mais ou menos ordenada e consciente, a qual nossos hábitos, nossos gostos, nossas capacidades, nossos confortos e nossas esperanças se ajustaram”. Nessa leitura, o contexto histórico e a ideologia capitalista continuam presentes e

subjugam os indivíduos ideologicamente de forma até mesmo inconsciente, visto que os ideais de beleza continuam prevalecendo, em especial, no universo feminino como uma maneira de significação de si mesma.

Pereira e Penalva (2011) esclarecem que há uma visão paradoxal quando se fala da satisfação com o corpo e, paralelamente, apontam o rejuvenescimento. É preciso lembrar de que a beleza é o princípio norteador presente nos discursos, o qual comunica a falsa ideia da homogeneidade da velhice. Isso pode viabilizar o entendimento de que todas as mulheres conseguem manter os cabelos brancos “impecáveis” pelo uso de produtos específicos para tal fim. Ainda pode sugerir que manter o modelo ideal de perfeição corporal na velhice é apenas uma questão de escolha pessoal. Além disso, pode insinuar que com essa atitude, elas promoverão a libertação dos preconceitos e estereótipos por assumirem seu envelhecimento como algo natural, por conseguinte, terão visibilidade social.

No entanto, essa realidade está longe de ser contemplada, especialmente pelas mulheres que não pertencem às classes altas e que não possuem elevados rendimentos mensais. Conforme Beauvoir (2018, p. 14), “[...] a luta de classes determina como o homem é surpreendido na velhice; um abismo separa o velho escravo e o velho eupátrida, um antigo operário que vive com uma pensão miserável e um Onássis”. Para a grande maioria delas, os seus proventos não podem ser destinados a essa causa porque a renda advinda da aposentadoria se mostra indispensável para a manutenção diária de muitos lares, dentre outras necessidades comuns às mulheres pertencentes à classe trabalhadora e que são idosas. O discurso da uniformidade da velhice no sistema capitalista tem a pretensão de anular a visão de heterogeneidade no percurso do envelhecimento.

O mercado consumidor absorve todas as discussões e resistências que são apresentados nas redes sociais com a finalidade de incentivar o uso de vários artefatos que colaborem para que as mensagens criadas nessas redes atinjam os objetivos propostos sem afetar o consumo de mercadorias. Por isso, é habitual encontrar *shampoos*, cremes e outros tratamentos para os cabelos na tentativa de conservá-los brancos sem que esses pareçam repulsivos, mas admissíveis perante os arquétipos fabricados socialmente. As artimanhas do sistema capitalista estão sempre organizadas para a preservação dos referenciais de beleza e o frescor juvenil a todo o tempo.

Apesar da identificação dos artifícios capitalistas com a (des)construção da identidade feminina nas redes sociais, vê-se que vários sentidos circulam nas descrições das páginas do *Instagram* e expressam um chamamento à ruptura com os padrões de beleza vigentes. A linguagem revelada nas descrições dos perfis não está associada, necessariamente, com a preservação da juventude, tampouco correlacionada a uma pessoa idosa que seja submetida à caracterização do decréscimo, invalidez e dependência. Os conteúdos dos perfis estão vinculados ao desenvolvimento de atitudes que tornem a velhice visível. Tem-se, dessa forma, um conflito entre as memórias que foram construídas socialmente e os discursos propostos nos perfis avaliados. Portanto, os sentidos produzidos pela ideologia capitalista, simultaneamente, se organizam em discursos para a formação de novas orientações que acabam por determinar as expressões, as palavras de ordem, as argumentações que serão usadas nessa rede social.

Neste encadeamento, há uma denúncia dos estigmas e dos estereótipos acerca da velhice. Esse dispositivo comunicacional tende a publicizar ideias com uma velocidade inimaginável, sendo que diversas opiniões, conceitos e representações sobre a velhice e suas variadas temáticas têm sido exibidas e ganhado notoriedade. A velhice vem sendo descortinada no *Instagram* frente

ao seu silenciamento pela sociedade. Essas novas imbricações discursivas, existentes nestes perfis, propõem uma aclamação da liberdade do direito ao envelhecimento feminino na contramão da invisibilidade e do silêncio que prevalece em torno das questões relacionadas à velhice.

Sabe-se que nos perfis especificados no Quadro 1 vêm sendo alardeadas múltiplas formas de envelhecer sem escamotear o envelhecimento que perpassa pela finitude, pelo decréscimo, pelas perdas orgânicas e sentimentais como componentes desse processo inerente ao ser humano. Porém, nos perfis do *Instagram*, esse transcurso tem se movido pela quebra de regras e convenções que subordina a mulher idosa aos modelos produzidos coletivamente e que são difíceis de serem reinventados, porque seus sentidos são reafirmados diariamente.

Dessa maneira, Freire (2021) comenta que a possibilidade de derivar oportuniza o deslocamento, o refazimento e até o desaparecimento de discursos outrora enraizados. Os perfis avaliados trazem propostas de condutas, de rompimento com os padrões que podem conduzir aos desvios que dão aos sujeitos as possibilidades de ruptura com os discursos insaturados e estabilizados.

Com base nas averiguações, têm-se que a beleza é regida por diretrizes que cercam as mulheres durante todas as fases etárias. Na velhice, a manutenção dos modelos ideais se acentua, posto que a sociedade considera o envelhecimento uma desconstrução da formosura e, contraditoriamente, aponta os padrões de beleza que devem ser conservados pelas mulheres ao longo da vida.

Nos perfis do *Instagram* que serviram de base para a pesquisa existem discussões sobre o tema e, ao mesmo tempo, um enfrentamento às regras criadas, aceitas e preservadas quanto à experimentação da velhice pelas mulheres. Diante disso, surgem as alternativas de libertação do enclausuramento feminino face aos ditames sociais de comportamento, de rejuvenescimento do corpo e de sua aparência. Na tarefa de conduzir novos olhares para a temática, os perfis emergem frases e enunciados que rememoram os estereótipos e os estigmas destinados à velhice, afinal, a memória produz efeitos na língua e esses são reproduzidos e reprisados pela e na coletividade.

Contudo, os discursos dos perfis tendem a incentivar a criação de novos padrões com o objetivo de tornar a velhice feminina visível e não depreciada socialmente. Neste contexto, tem-se como eixo estruturador, despertar o desejo das mulheres de encontrarem suas próprias referências de beleza e se sentirem livres dos artifícios que escamoteiam sua fase etária e as conduzem a uma busca incansável por uma juventude infinda.

Debates que se referem ao envelhecimento feminino, apresentados nas redes sociais, são importantes, na medida em que convocam toda a sociedade a apreciar as discussões e se envolver em um esforço comum a fim de criar novas expectativas para as velhices das mulheres. Esse intuito oportuniza rever as condições de aprisionamento por meio da estética corporal e das promessas de rejuvenescimento. Dessa forma, para que as mulheres idosas não sejam reféns da cosmetologia, para que não sofram discriminações, preconceitos e rejeição em função de serem mulheres que envelheceram, esse enfrentamento não pode ser uma responsabilidade individual, mas uma construção social que, de fato, promova uma inquietação quanto aos discursos que se movem e se assentam acerca da mulher idosa.

Referências

- ARENDDT, H. *Entre o passado e o futuro*. Tradução: Mauro W. Barbosa. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Tradução: Maria Helena Franco Martins. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.
- BEAUVOIR, S. *A velhice: a realidade incômoda*. Tradução de Heloysa de Lima Dantas. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.
- BRANDÃO, H. H. M. *Introdução à análise do discurso*. 3. ed. rev. Campinas: Editora da Unicamp, 2012.
- CARADEC, V. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do corpo. In: GOLDENBERG, M. (org.). *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
- CHAUÍ, M. *O que é ideologia*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008. (Coleção Primeiros Passos).
- DEL PRIORE, M. *Conversas e histórias de mulher*. São Paulo: Planeta, 2013.
- ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Organizado por Michel Schröter. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- FENTRESS, J.; WICKHAM, C. *Memória social: novas perspectivas sobre o passado*. Tradução de Telma Costa. Editora Teorema. Lisboa, 1992.
- FREIRE, S. *Análise de discurso: procedimentos metodológicos*. 2. ed. Manaus: EDUA, 2021.
- GOLDENBERG, M. (org.). *O corpo como capital: estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira*. 3. ed. Rio de Janeiro: Estação das Letras e Cores, 2015.
- HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. Tradução de Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-11/ibge-esperanca-de-vida-do-brasileiro-aumentou-311-anos-desde-1940>. Acesso em: 3 ago. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Em 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos>, 2018. Acesso em: 2 ago. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>, 2017. Acesso em: 16 jun. 2021.

- KONDER, L. *A questão da ideologia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- LÉVY, P. *Cibercultura*. Tradução de Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Editora 34, 1999.
- LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 2, p. 273-280, maio/ago. 2009.
- LIPPMANN, W. *Opinião pública*. Tradução e prefácio de Jacques A. Wainberg. Petrópolis: Vozes, 2008. (Coleção Clássicos da Comunicação Social).
- MENDONÇA, F. V. K. M. *Seja jovem: sentidos sobre a velhice em cinquenta anos de Veja (1968-2017)*. Ouro Preto: Editora UOP, 2020.
- NERI, A. L. (org.). Feminização da velhice. In: NERI, A. L. (org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.
- ORLANDI, E.P. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 12. ed. Campinas: Editora Pontes, 2015.
- PÊCHEUX, M. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Tradução: Eni Puccinelli Orlandi et al. 5. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2014.
- PEREIRA, C.; PENALVA, G. “Mulher-madona” e outras mulheres: um estudo antropológico sobre a juventude aos 50 anos. In: GOLDENBERG, M. (org.). *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
- PERROT, M. *Minha história das mulheres*. Tradução: Ângela M. S. Côrrea. São Paulo: Contexto, 2007.
- PIRES, E. P. O. R.; SILVA, L. V. W. S. Envelhecimento e gênero: uma reflexão sobre a feminização da velhice. In: SEMANA DE EDUCAÇÃO DA PERTENÇA AFRO-BRASILEIRA, 17., 2021, Vitória da Conquista. *Anais [...]*. Vitória da Conquista: UESB, 2021.
- SAFFIOTI, H. B. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. São Paulo: Expressão Popular, 2013.
- SAFFIOTI, H. B. *Gênero, patriarcado violência*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.
- SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.
- SANTOS, F. C. Meios de comunicação social/meios de complexificação social. In: NETO FAUSTO, A.; PINTO, M. J. *O indivíduo e as mídias*. Rio de Janeiro: Diadorim Editora, 1996.
- SIBILIA, P. A moral da pele lisa e a censura midiática da velhice: o corpo velho como uma imagem com falhas. In: GOLDENBERG, M. (org.). *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

Capítulo 5

Memórias das narrativas jurídicas de proteção ao envelhecimento no Brasil sob o olhar de uma pessoa idosa política

*Jussara Barros Oliveira
Luciana Araújo dos Reis*

A memória social ou coletiva, na visão Halbwachiana, nunca parte do vazio ou da produção do imaginário. Sua gênese só se constitui em função de quadros sociais evocados nas lembranças dos indivíduos e que servem para recompor o modo de pensar de uma sociedade (Halbwachs, 2006). No que tange à concepção de velhice na atualidade, essa tem sido modificada ao longo das décadas, mas, a nosso ver, mantendo a pessoa idosa, num lugar “opaco” nas agendas das políticas públicas, em especial, da saúde (Debert, 1999). O discurso jurídico seria então apenas um reflexo “normatizado” e “oficial” desse lugar do sujeito idoso?

Diante disso, partiremos da compreensão que para redesenharmos esse cenário socio-histórico, buscaremos na evocação da memória de uma pessoa idosa – que atua e atuou no cenário político, no âmbito legislativo e executivo na esfera municipal – o diálogo do passado com o presente. Isso implicou na possibilidade de captar enunciados que circulavam na sociedade no período de formulação das leis de proteção à pessoa idosa em nosso país.

Nesta perspectiva, mobilizamos a memória coletiva por meio do testemunho, marcando sua função social por meio dos grupos, como um fluxo contínuo que se mantém vivo para além da periodização dos acontecimentos, como é visto numa narrativa de um fato histórico (Halbwachs, 2006). O autor compreende que o acontecimento, quando lembrado, é constituído de múltiplas inferências como: valores, ideologia, alienação e esquecimentos, oriundos dessa trama social que é tecida no decorrer da vida em sociedade (Halbwachs, 2006).

Foi neste sentido que recorreremos ao depoimento de um cientista político idoso. Inicialmente, agendamos um horário de acordo a disponibilidade de tempo do nosso participante, explicitando quais seriam os conteúdos e razões do diálogo para o estudo. A conversa foi direcionada com algumas colocações, no entanto, manteve-se fluida e espontânea, o que permitiu uma interação respeitosa com o participante, adotando todas as medidas éticas definidas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Tal participante, no relato das suas memórias constituídas na vivência política, nos traz vestígios importantes para elucidar “o não dito” naquilo que consta no discurso oficial das

narrativas jurídicas, detalhando e enriquecendo, por meio da reconfiguração da memória discursiva, as condições de possibilidades do período histórico recortado para este trabalho.

No relato de memórias de uma pessoa idosa, politicamente atuante, ativa e saudável, de 68 anos, que possui um cabedal de conhecimento e experiência de vida, foi possível reconfigurar com detalhes a memória da política no nosso país. Então, parafraseando Bosi (1994), compreendi ouvir e gravar seu relato, foi como receber para poder transmitir a memória de alguém, e possibilitar a esse alguém uma forma de repassar suas recordações, com isso, constituir o memorável. Candau (2012) salienta ainda que:

A memória coletiva, por meio da narração, reafirma sua força de transmissão, pois, para continuar a recordar, é necessário que cada geração transmita o fato passado para que possa se inserir nova vida em uma tradição comum. O ato narrativo, na medida em que é possível sua elaboração e apropriação, constrói um sentimento de identidade coletiva do grupo e um sentimento de pertencimento dos indivíduos (Candau, 2012, p. 23).

Logo, o campo do memorável pode ser entendido como uma sequência de acontecimentos de significância, que são formuladas para além de um marco temporal como referência, mas, por meio do uso de estratégias identitárias, que possibilitam definir a relevância do conteúdo pela hierarquização de acontecimentos no âmbito social (Candau, 2012). Foi um dia extraordinário e marcante deste estudo, facilitado pelo conhecimento e vínculo de confiança, estabelecido ao longo da minha trajetória profissional na gestão municipal da saúde, que permitiu encontros e vivências com esta ilustre e admirável pessoa idosa.

A aproximação estabelecida foi crucial para a obtenção do depoimento sobre um período da história política de nosso país, tal como para compreender o momento histórico vivido durante a formulação das políticas protetivas do envelhecimento. Ao trazer a narrativa, por intermédio do relato de vida de uma pessoa idosa de 68 anos, que vivenciou fatos políticos e momentos marcantes da história do nosso país, foi possível contextualizar a arena da formulação das políticas públicas e como ocorreu a participação da sociedade nesta pauta.

Assim, nosso registro retratou as memórias de Dr. Lírio (pseudônimo da pessoa idosa), num diálogo, inicialmente sobre o grupo familiar e formação educacional e profissional, adentrando em questões relacionadas ao objeto da pesquisa, reiterando o papel da memória como instrumento norteador para a compreensão do presente sobre as políticas públicas. Nascido no interior da Bahia, veio de uma origem de pessoas humildes, valorosas e trabalhadoras, sendo seu pai militar e sua mãe servidora pública, que por sua vez, atuou por pouco tempo como professora, mas abdicou do trabalho formal para dedicar-se integralmente ao papel de matriarca, ajudando na renda familiar, costurando e garantido as vestimentas para seus cinco filhos. Após várias transferências do seu pai, finalmente, sua família radicou-se em um município do interior da Bahia, em 1953. Quando chegou ao 2º grau, Dr. Lírio, foi morar em Salvador para estudar e, posteriormente, cursar direito. Seu engajamento político contra o regime da ditadura foi motivo de sua expulsão.

Após um período sem poder estudar, devido à perseguição política, em 1971, concluiu o curso de direito. Depois de formado, veio para um município do interior da Bahia, onde constituiu família, casado há 44 anos, teve dois filhos. Sua carreira pública e política teve início quando era estudante na década de sessenta e cursava a quarta série do ginásio, em 1961, que

atualmente equivale a 8ª série. Porém, foi na Faculdade de Direito que seu engajamento político despertou os olhares e a perseguição pelos representantes do regime militar.

Essa época é descrita na narrativa da história de vida de Dr. Lírio, com detalhes precisos do cenário político vivenciado no período da ditadura militar, levando-nos a recompô-lo com a riqueza de suas recordações, destacando a rigidez imposta ao comportamento do cidadão brasileiro naquele período e as violações dos direitos humanos, como a tortura e privação da liberdade.

É exatamente na faculdade de direito que eu desenvolvo a minha atividade política, com o grupo de esquerda, estudantes de esquerda, aí participamos de todos aqueles movimentos contra a ditadura ocorrido na década de 1960. Foi uma década, como você sabe, em que o governo, legitimamente eleito, progressista, foi, deposto... (pausa na voz) por forças militares que, instalaram uma ditadura no Brasil. E nós lutávamos contra a ditadura militar, basicamente eram os grupos, democrata e os estudantes, vinculados aos diversos grupos de esquerda não é? Então eu participava ativamente disso, e em razão desse fato eu fui expulso da universidade. Havia um decreto lei da ditadura militar, o Decreto Lei quatrocentos e setenta e sete, que permitia a expulsão de estudantes, professores, servidores, do curso médio e do curso universitário. Eu fui expulso em razão disso, é, logo em seguir fui preso, fiquei... um mês no quartel do dezanove BC, Batalhão de Caçadores do exército, é respondi a processo.

[...] em 1973 eu fui preso. e...(pausa na voz) é, preso, bastante torturado, é, sem poder falar com ninguém, só vim receber visita...(pausa na voz)uns dezesseis dias depois da prisão, no quartel do Barbalho, numa cela apenas com. ...(pausa na voz) cimentada não é... é ... (pausa na voz) , molhada, molhada porque a água da chuva penetrava na cela, era uma cela aberta, para o pátio do quartel do Barbalho, que o forte , o antigo forte, é hoje desativado, para a finalidade do exército, e ali fui realmente muito torturado por vários dias.

O período descrito no depoimento é conhecido como o “período da mordaca” (década de 60 e meados da década 70), que nos últimos anos tem sido objeto de debate no congresso nacional, na comissão da verdade, instaurada em 2011, pela Lei nº 12.528, no âmbito da casa civil, com o objetivo de resgatar a memória deste período, numa perspectiva de pagar essa dívida social, ética e moral diante da violação de direitos humanos praticada pelas forças armadas contra brasileiros, considerados resistentes ao regime ditatorial (Brasil, 2011a). Muitos destes participantes de movimentos estudantis ou sindicais, mortos ou desaparecidos, contam hoje com a luta de suas famílias para reivindicar a punição dos responsáveis pelos crimes praticados.

Dr. Lírio, no ano de 1997, retornou ao cargo de procurador de um município do interior da Bahia, na época, o único advogado do município, ainda sob intensa vigilância dos militares. Depois de pedido de exoneração, continuou a atuar como advogado e professor de cursos de nível médio e técnico, defendendo causas de trabalhadores rurais e urbanos, na proteção de direito de posse dos pequenos proprietários de terra e direito da mulher, além de assessorias administrativas à câmara de vereadores de vários municípios do interior da Bahia. Ele salienta que naquele período agregava muitas condições para não ser procurado. Mesmo assim, diante do cerceamento imposto pelo regime, conseguiu atuar na sua profissão, sempre lutando pelos direitos sociais de mulheres e de trabalhadores.

[...] então eu ensinei, isso me ajudava, sobreviver, é... e continuei advogar, advogar, sobretudo para trabalhadores rurais e urbanos, uma quantidade maior de trabalhadores rurais, e na área de posse, área possessória, a proteção direito de posse de pequenos proprietários, de posseiros, etc., e na área de família, especialmente, voltado para defesa da mulher, nessa área de família.

[...] prestava... de uma forma muito eventual uma assessoria administrativa não é... prestei à câmara ..., prestei

à... municípios, poucos evidentemente, de uma forma assim muito eventual, advocacia era muito difícil pra mim. Primeiro, tratava de um advogado novo, segundo lugar advogado pobre, terceiro lugar um advogado comunista. Quero dizer, preenchia todas as condições para não ser procurado por clientes, para não ter clientes, mas essa barreira eu fui vencendo, gradativamente, graças as mulheres que me confiavam as suas demandas de família e os trabalhadores rurais que precisavam de advogados, pra enfrentar, proprietários. Agora era difícil até para o trabalhador reclamar, com medo de ficar marcado, de não conseguir emprego em outro lugar...

Quando perguntado sobre a pauta de reivindicações dos movimentos sociais que atuava, Dr. Lírio discorreu sobre o histórico de resistência do movimento estudantil e do partido de esquerda, à censura, assim como com a identificação com os ideais de socialismo que culminou com a luta pela constituinte e pela democracia:

[...] terminou privilegiando em determinado, momento, especialmente depois no massacre do Araguaia, a luta pela constituinte, pela democracia. Participou das eleições diretas, do movimento das eleições diretas já, pela emenda, a promoção da emenda da antigravidez, a que não passou não é e... Continuou lutando por obter espaço parlamentar e ampliar as lutas contra a ditadura militar. E de certa forma a esquerda teve um êxito não é, porque conseguiu realmente a redemocratização, que foi coroada com a constituição de 1988 [...] uma constituição bem contemporânea, mais avançada de que outras constituições, em todo seu tempo, constituições às vezes de países mais evoluídos, mais desenvolvidos. A nossa constituição era um salto à frente até em relação à constituições desses Estados, desses Estados estrangeiros.

Algumas características da Constituição Brasileira (1988) foram ressaltadas na lembrança deste fato histórico pelo nosso entrevistado, principalmente no que tange ao caráter social:

Ela abriu espaço para uma legislação de caráter social, plural, além de ter reconhecido um rol de direitos e garantias individuais maiores de que as anteriores, e normas dirijentes contendo a previsão de leis de proteção à família, de proteção à criança e adolescente, de proteção ao consumidor, de proteção à pessoa idosa, não é, etc. Essa constituição abriu um espaço, de legislação muito, interessante, não é?

Sua vivência familiar, acadêmica, profissional e política permite uma capacidade crítica da análise de fatos históricos, o que só é possível em função dos valores acrescentados pelo pertencimento a tais grupos. Diante disto, o entrevistado observou que, mesmo na ditadura, houve uma lei também de caráter social, mas que teve outra repercussão, ante a determinada conjuntura política, destacando o direito à saúde para os brasileiros contribuintes da previdência e o modelo assistencial vigente naquele período:

*Mas... Sim, repare só (entonação na voz). É... (pausa na voz) é um processo contraditório. É interessante você notar o seguinte: que... (pausa na voz) **ainda, durante a ditadura militar, nós tivemos uma lei de uma importância muito grande do ponto de vista social, que foi a concessão da aposentadoria aos trabalhadores rurais.** Aqueles que produziam regime familiar e aqueles que eram, trabalhadores rurais, com a criação do Funrural, 1971, começou na verdade em setenta e dois, setenta e três e difundiu bastante não é?*

E que também dava direito a saúde, a quem tinha o cartão da previdência, que dava acesso à saúde. O restante da saúde você se lembra de que era uma atividade filantrópica ou uma atividade das prefeituras municipais ou, no âmbito hospital de estados, alguns com equipamento hospitalar maior, outros menores (grifos nossos).

O desenvolvimento das políticas públicas no Brasil remonta um período anterior, em 1923, quando foram criadas as caixas de aposentadorias e pensões (CAPS), que beneficiava

os trabalhadores ferroviários, estendendo-se aos trabalhadores dos portos, em 1926. Essa concepção de previdência social, instituída com a criação das CAPS, posteriormente os institutos de aposentadoria e pensões (IAPS), e culminando com a criação de do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, marcam a instauração do termo ativo e inativo, produzindo um deslizamento de sentido, de modo que se atrela o envelhecimento a tal condição (Correa; França; Hashimoto, 2010).

Nos anos 70, iniciativas como o Fundo de Aposentadoria dos Trabalhadores Rurais (FUNRURAL), citado por Dr. Lírio em seu relato, ampliava o direito à aposentadoria para a parcela não contribuinte da população, neste caso, para os trabalhadores rurais. Em termos de proteção, a população idosa encontrou amparo legal pelo Estado já com certa restrição, excluindo a maioria dos brasileiros que não se enquadravam nos critérios desses benefícios. Neste período, o país era considerado jovem, a pauta do Estado era direcionada pelas questões que envolviam políticas socio sanitárias voltadas à população materno-infantil (Oliveira, 2012). No entanto, o Estado com vistas à implementação de medidas de desenvolvimento econômico, passou a direcionar dispositivos legais para assegurar, a esses trabalhadores que envelheciam, direitos sociais com o incentivo a participação na sociedade (Fernandes; Soares, 2012).

Nesse momento do depoimento, Dr. Lírio descreve, sob seu ponto de vista, como vivenciou assistência à saúde no país, testemunhando o que relata a bibliografia publicada sobre a História da Saúde Pública no Brasil e modelos assistenciais (Fertonani; Pires; Biff, 2015):

[...] O atendimento social da saúde você tinha: a superintendência de campanhas que era a SUCAM, do Ministério da Saúde, que possuía aqueles agentes, que uma pessoa denominava de mata-ratos, não é? Porque, sobretudo eles se dedicavam bastante, à exterminação dos ratos em razão da peste bubônica, desse mal não é que... Por vários momentos não é, terminou atingindo muitas pessoas.

[...] em razão disso (referindo-se no diálogo sobre a preocupação com a exportação de produtos brasileiros) o combate, houve mais campanhas de vacinação. Isto, antes mesmo da nossa constituição, já havia vacinação obrigatória pra determinadas doenças, era tuberculose... (pausa na voz), a doença da... (pausa na voz) Bexiga, a varíola! Por exemplo se matricular na escola, você tinha que apresentar o atestado de vacinação e, com aquela marquinha...

[...] contra a varíola e a tuberculose não é, aquilo era obrigatório. Só depois, não é? Nós tivemos campanhas mesmo de vacinação, poliomielite, não é? Que iniciou já na época da ditadura militar e que depois se intensificou a vacina contra poliomielite...

Observamos que seu depoimento traz elementos sinalizados em uma reflexão teórica, realizada por Fertonani, Pires e Biff (2015), quanto ao caráter hegemônico do modelo assistencial biomédico no período da ditadura, incorporado pelos serviços de saúde, por apresentar o imediatismo das resoluções dos problemas de saúde, com foco na doença e atenção hospitalar.

Porém, a partir da década de 80, esse modelo passa a sofrer fortes críticas em âmbito internacional, alcançando também o Brasil, ecoando no movimento contra o fim da ditadura e a favor dos direitos de cidadania. Tais repercussões culminaram nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e com a promulgação da Constituição Federal (1988). Nesse período, também foram férteis as discussões no campo teórico, sobre o conceito de saúde, que passou a não está restrito à ausência de doenças. A saúde passa a ser compreendida como resultado do modo de viver das condições sociais e do seu acesso como direito de cidadania (Fertonani; Pires; Biff, 2015).

No artigo supracitado, as autoras construíram um quadro com elementos, considerados por elas, como indutores na constituição de um dado modelo assistencial. Dentre esses elementos, destacamos os relacionados ao macro cenário Histórico social, relacionando-os ao depoimento de Dr. Lírio, acerca da importância do Estado na formulação do arcabouço jurídico para a garantia do direito à saúde; cultura e subjetividade dos trabalhadores e usuários; visões/valores sobre direitos humanos e cidadania; disponibilidade de equipamentos e tecnologias no cuidado a saúde; perfil epidemiológico e de morbimortalidade, demonstrando a correlação com o modo configurado da atenção à saúde para a população (Fertonani; Pires; Biff, 2015).

No entanto, longe de ser um cenário simplificado, a própria polissemia na utilização de diferentes terminologias, demonstra ser este um campo conceitual complexo. O termo modelo assistencial, em si, possui variadas formas de dizer, como as elencadas pelas autoras, a saber: modelos de atenção, modelos de cuidado, modos de intervenção, modalidades assistências ou modelos tecnológicos etc. (Fertonani; Pires; Biff, 2015).

Todas, no entanto, a nosso ver, partem do pressuposto desafiador de implementar uma nova forma de agir em saúde pela oposição ao modelo hegemônico biomédico, apresentando diferentes tecnologias de inversão dessa lógica tradicional de gestão da política de saúde no Brasil. Em comum, podemos destacar a ênfase ao Programa Saúde da família (PSF), que atualmente é conhecido com uma variação semântica, Estratégia Saúde da Família, como um dos dispositivos de mudança de paradigma na reorganização da Atenção Primária da Saúde, referindo-se ao conceito de cuidados primários, formulado na Conferência de Alma-Ata, em 1978 (Fertonani; Pires e Biff, 2015).

O depoimento de Dr. Lírio, ainda nos permitiu dialogar com outros aspectos relacionados a uma política pública, em especial, a da saúde. Apesar de se propagar a mudança no modelo assistencial, percebemos, na prática, a disputa de modos de intervenção em um determinado território. Isto fica mais explicitado no exemplo evocado pelas recordações de Dr. Lírio:

[...] mas eu dizia pra você: é uma situação, contraditória esse oferecimento de atividades... sociais na área de saúde. Por quê? Pelo seguinte: você tem um equipamento de saúde, como a rede hospitalar pública, cresceu evidentemente, alguns hospitais se tornaram referências inclusive, no mundo como é o Couto Maia do Rio de Janeiro, ou os hospitais universitários, especialmente os de São Paulo, o hospital das Clínicas de São Paulo, hospital das Clínicas de Salvador que desenvolveram nas capitais. Esses hospitais se desenvolveram bastante, especialmente na área de São Paulo, não é? Ou os hospitais mantidos pela... Santas Casas de Misericórdia. [...] E que depois alteraram bastante o seu perfil se tornando empresariais. Eu dizia contraditório por quê? Numa expansão, da rede hospitalar, a expansão dos convênios entre a iniciativa privada, o Ministério de Saúde e o SUS, o Sistema Único de Saúde, essa expansão, mas, é... tendo sido feita a oferta, a demanda se demonstrou muito grande, ao mesmo tempo em que a propaganda, nem sempre bem feita, é, por parte de laboratórios, que antes era desenfreada, hoje diminuiu mais, ela é mais direta ao médico, mas antes a automedicação era enorme, hoje mais direcionada ao médico, e a própria propaganda governamental, com as suas campanhas, terminaram induzindo uma medicalização muito grande da sociedade.

Outro aspecto importante que emergiu das evocações de Dr. Lírio foi a mudança nas práticas de saúde. O saber popular no tratamento das doenças ao longo dos anos passou a ocupar um lugar desprivilegiado, assim como a relação médico-paciente, no sentido da realização de uma anamnese completa e foco na clínica apresentada pela pessoa adoecida, ou seja, perdeu-se a visão holística do ser humano. Esta é uma característica do modelo assistencial biomédico, que enfatiza as especialidades e a realização de procedimentos, situação vivenciada na atualidade, o

que demonstra a coerção social na transmissão desses valores e sentidos atribuídos ao cuidado em saúde, no decorrer dos anos, pela sociedade e profissionais de saúde, que tem onerado os gastos com a saúde, como pode ser visto na narrativa:

*E hoje você tem uma dor de cabeça, não toma uma aspirina, nem toma um chá de erva cidreira, ou qualquer chá antes que... possa adoecer, não é? E vai logo ao médico, qualquer coisinha vai logo ao médico, não é? E indo ao médico ele é uma bateria de exames desnecessária não é, muitos exames desnecessários, não é? É, uma queda num espaço pequeno por parte de uma criança leva logo a se pedir exames, complexos...: exato, complexidade! Trazendo, um gasto muito grande por parte do estado. eu devo ter caído de árvore umas quarenta, cinquenta vezes né, (risos), nunca, **nunca tive necessidade de tantos exames né, porque o médico simplesmente, mexia com as articulações, via se precisava imobilizar, imobilizava e depois se fazia o tratamento, e coisas que hoje pode se fazer isso não faz;** não é, e depois vem campanhas, como as campanhas são massivas não é, elas não veem os casos completos, algumas são, bem discutíveis hoje né, do ponto de vista do conhecimento já acumulado na medicina, pelo que a gente lê, não é, por exemplo da próstata e, exames e mais exames invasivo, e cirurgias e mais cirurgias, às vezes, de coisas que podem ser, é, controladas ou prevenidas e tal. E aí você tem uma situação aí, em que, a demanda é feita logo, havia uma demanda reprimida, não é, os usuários, vão atrás (grifos nossos).*

Além dos gastos com a saúde, a equação demanda e financiamento não fecha. A pressão da cultura medicalizadora é cada vez maior. Ou seja, a existência de uma demanda reprimida, sobretudo pelas doenças infectoparasitárias ou crônicas degenerativas, produz uma carga excessiva para os gestores dos serviços públicos de saúde.

O sistema Único de Saúde, em resposta a esse complexo quadro sanitário, bem como para ampliar o acesso da população ao direito constitucional da saúde, realiza convênios com a rede privada, mesmo assim, não consegue atingir uma cobertura satisfatória da população. Essa prática pode levar a saúde a um *status* de mercadoria e subvalorizar a prevenção e promoção da saúde, subjetivando, a nosso ver, um lugar passivo ao usuário em relação à produção do cuidado (Hamdan; Cravieiro, 2014). Como consequência, desde o movimento da reforma sanitária (período da ditadura e década de 80), observa-se uma despolitização da comunidade e dos trabalhadores de saúde (Conh, 2009), atribuindo, muitas vezes, ao Estado, por meio de órgãos como o Ministério público, o papel do controle social da política de saúde. Isso promove o fenômeno da judicialização da saúde, o que é enfatizado no depoimento de Dr. Lírio:

*E essa propaganda potencializa essa de demanda, e essa demanda é mal atendida, às vezes, não é feita no tempo em que a pessoa quer ou que a pessoa precisa, **leva que esses direitos sociais se transformem em mercadoria, eles se mercantilizem e passem a ser objeto de contrato, não é, contrato.** O plano de saúde, ou a previdência privada, ou atendimento pela rede privada de hospitais, não é? É essa coisa assim um tanto, contraditória a **sociedade que vinha antes, se mobilizando pra exigir, a implementação de políticas públicas de ampliação de hospitais etc, muitas vezes ela é substituída pelo próprio Estado, via Ministério Público, não é, a busca de remédios, e... exatamente, judicialização, judicialização enorme para transferência de pessoas de um lugar para outro, para a internação de pessoas, para(pausa na voz) medicamentos de alto custo!** (grifos nossos).*

O fenômeno da judicialização, no âmbito do SUS, tem sido tema de estudo nos últimos anos. A prática da judicialização, caracteriza-se pela intervenção do poder judiciário sobre o executivo no âmbito municipal, estadual e federal, para garantir o direito constitucional à saúde para todo cidadão brasileiro. Tal situação pode ocasionar o comprometimento da efetividade de princípios como a universalidade, considerando o caráter individual do direito saúde, em

detrimento ao direito da coletividade. Esse tipo de prática teve início em meados dos anos 2000, quando os pacientes portadores de HIV/AIDS, em ações individuais, pressionaram a garantia do direito ao tratamento medicamentoso pelo setor público da saúde, culminando na implantação do programa nacional, referência internacional em tratamento público em HIV/AIDS (Domingos; Rosa, 2019).

No entanto, essa intervenção do judiciário abriu precedentes para interpretação do artigo 196 da Constituição Federal (1988), de forma irrestrita no uso das ações judiciais no âmbito da saúde para situações que envolviam acesso a tratamentos, medicamentos e insumos na saúde. Ao longo dos anos, esse tema tem sido debatido em audiências públicas, inclusive pelo órgão máximo de poder judiciário, como o Supremo Tribunal Federal (STF), demonstrando a necessidade de aprofundamento no conhecimento sobre o Sistema Público de Saúde e delineamento do dever do Estado e do direito do cidadão (Vilela; Moliterno; Santos, 2018).

Dr. Lírio ainda destaca como fato significativo nas suas recordações, o processo de municipalização da saúde (iniciado na década de 90), assim, ressalta a realidade dos gestores da saúde, quando se soma a judicialização e o aumento das responsabilidades sanitárias advindas da descentralização da gestão, revelando uma face “perversa” desse processo para os gestores públicos. Além disto, sinaliza no seu relato a contradição entre o reconhecimento do direito social da saúde e a sua efetivação, uma vez que a demanda de serviços não encontra resposta satisfatória nos serviços públicos ofertados, levando à necessidade de contratação de serviços privados, o que fortalece a lógica da mercantilização da saúde (Marques, 2016):

E quando aqueles municípios conseguiram a municipalização plena de saúde, o quê que aconteceu? Essa demanda vai pra cima dele e não há dinheiro que dê para uma secretária municipal de saúde sustentar... seja Salvador, seja Belo Horizonte. É difícil, sustentar e muitas vezes como o que está mais perto é o município, embora a competência seja da união, do estado e do município, do distrito federal, como o município é mais perto eles são mais massacrados, com essa judicialização. E cria um problema muito sério porque o prefeito tem que atender sob pena de prisão, as obrigações de fazer. A secretária de saúde também, não é? alguns correm pra evitar prisão em flagrante ou até que consiga um habeas corpus preventivo, pra não ser... presos.

Então é uma situação realmente difícil, li uma certa... época, já tem algum tempo, um prefeito que foi entregar as chaves da prefeitura e o orçamento, com os saldos e execução orçamentária tudo, balancetes ao juiz, dizendo eu administro eu não vou ser preso e não quero! não é? Eu não tenho dinheiro! Quer dizer, você fica numa situação difícil, não é?

*É semelhante aquele homem desempregado, que recebe não é, uma intimação pra pagar pensões alimentícias e não tem como, e a família não tem como, e aí ele é preso mesmo, não é? Quer dizer vira uma situação assim..., difícil, não é? **E aí você tem essa coisa contraditória de reconhecer o direito social, oferecer o direito social na área de saúde, mas esse direito, é uma demanda muito grande, esses direitos não são totalmente implementados, e aí a mercantilização ocorre. Nisso os hospitais ganham quer, em razão dos contratos, que cada profissional médico faz, cada hospital faz, com os clientes ou com os planos de saúde, que vira cascata, não é? Porque você paga o plano, o plano paga o médico, o médico diz que recebe pouco do plano e aí deixa de atender, ou deixa de marcar ou bota, uma data, cinco, seis meses depois, e você muitas vezes tem de pagar o plano e pagar o médico também.** É uma situação assim muito perversa (grifos nossos).*

Neste ponto, reportamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, pela Lei Orgânica 8080/1990, que abarcou, na sua constituição, os princípios oriundos do movimento da Reforma Sanitária¹, traduzidos em seus artigos, dentre os quais destacamos o artigo 7º,

¹ Movimento da reforma sanitária: movimento de profissionais de saúde e seguimento social, instituído na década de 1970, em defesa da saúde como direito constitucional para todo brasileiro.

que enfatiza o princípio da descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo (Brasil, 1990). Essa descentralização ocorreu de maneira efetiva com a publicação de documentos normativos nos anos subsequentes, que definiu o tipo de gestão, o financiamento das ações e as responsabilidades sanitárias em cada âmbito, culminando com a publicação do decreto nº 7.508 (Brasil, 2011b), que dispõe sobre o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Esse decreto ordena aspectos importantes do funcionamento e da sustentabilidade do SUS, como a organização de regiões de saúde, relação nacional de medicamentos essenciais, ações e serviços no âmbito do SUS, além da construção de contrato de ação pública, tendo como princípio a solidariedade entre os entes federativos, com identificação das necessidades e da capacidade resolutiva da rede de serviços instalada de um determinado território (Brasil, 2011b).

Nesse momento do nosso diálogo, considerando a experiência de Dr. Lírio na administração pública ao longo de sua trajetória profissional, perguntei qual o caminho percorrido para se formular e aprovar as leis (municipal, estadual e federal), considerando que o foco do nosso estudo são narrativas jurídicas. Logo, saber os entremeios do que está dito, do que foi formulado, contribuiu para elucidar o objeto investigado.

Então, tratando com muita maestria do assunto, o entrevistado discorreu com detalhes acerca das várias possibilidades constitucionais para aprovação de uma lei. Iniciou relatando sobre as medidas provisórias, leis ordinárias e complementares:

*[...] há **várias possibilidades constitucionais. são, você possui, por exemplo, as medidas provisórias.** Uma medida provisória adotada pelo Presidente da República, ela começa vigorar de imediato. Então, se o presidente adota uma medida provisória, publicou a partir daquele momento começa vigorar, tem validade de dois meses, não é? E, podendo ser, entretanto, prorrogada por mais dois meses. E cabe ao congresso nacional, a câmara dos deputados em primeiro lugar, depois o senado converter a medida provisória em lei. Ela é específica, ela não cabe para uma série de leis, por exemplo, direito eleitoral, direito processual, tá? Normas gerais de direito tributário, direito tributário pode, mas em normas gerais não. **Você possui aquelas leis ordinárias e complementares, cuja iniciativa pode ser do presidente, pode ser de um deputado, de um senador, de uma comissão do senado, de uma comissão da câmara ou pode ter iniciativa popular, não é? Uma iniciativa popular, pouco praticado pela dificuldade da quantidade de assinaturas... Mobilização muito grande** tem que ter no mínimo não é, os estados, cinco estados no mínimo, dentro do percentual previsto na constituição, e depois se confere as assinaturas, o título, não é? A identidade etc, isso é muito... difícil, daí porque, é, muitas dessas leis começam com essa iniciativa popular, mas, são as próprias entidades que articulam essa iniciativa terminam procurando um grupo de deputados e senadores para patrocinarem né, mas já vão ali cheio de argumentos, não é? Já vão ali mostrando algo. Uma exigência muito grande não é, tantas pessoas assinarem, aquele, aquela emenda, não é? E às vezes consegue as assinaturas necessárias, porém a conferência, não é? Pode demorar muito, e um grupo de deputados e senadores assumindo aí já supre aquela necessidade, as pessoas continuam a exigir, não é? (Grifos nossos).*

O excerto do depoimento de Dr. Lírio chama a atenção para a participação popular e a necessidade de mobilização dos movimentos sociais na condução de demandas aos parlamentares. Nos últimos anos, temos observado como a pressão social repercute no congresso, quer pelas propostas de iniciativa popular, que pela manifestação nas ruas. Como podemos constatar no relato:

*[...] **É, da pressão da sociedade, por exemplo: lei da ficha limpa.** A pressão da sociedade foi muito grande, especialmente da Conferência Nacional de Bispos, não é? Do movimento sindical e da Ordem dos*

*Advogados do Brasil... Pressionaram bastante. Então, **depende da força da bancada que esteja... Tomando a frente, do interesse de um partido forte...** (grifos nossos).*

Tal situação é um importante marcador de um Estado democrático de Direito e do exercício do controle social das políticas públicas pela sociedade. No SUS, o controle social e a participação popular é um princípio doutrinário que deve ser estimulado pelos profissionais e gestores de saúde nos espaços institucionalizados (conselho, conferências e ouvidorias da saúde) e não institucionalizados, como organizações não governamentais, fomentando assim a politização da saúde, para que seus princípios doutrinários e organizativos (universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, resolutividade) sejam efetivados na prática dos serviços de saúde e respondam aos anseios da população. (Rolim; Cruz; Sampaio, 2013).

Quando nos reportamos ao momento histórico vivenciado, quando da aprovação do Estatuto do Idoso, no ano de 2003 (Brasil, 2003), tal como do papel da sociedade, Dr. Lírio rememora acontecimentos marcantes, destacando também a atribuição das agendas internacionais na indução da pauta das políticas públicas nos Estados Nacionais:

*Olhe, havia uma demanda, muito grande, certo? Foi uma demanda, muito grande é... eu não sei se você lembra bem, começaram a ocorrer denúncia contra aqueles lares de pessoas idosas, asilos, não é? Especialmente um do rio de janeiro que foi interditado porque, é, foi um escândalo nacional... Havia uma previsão Constitucional quanto a isso, não é? (expressão afirmativa) e o núcleo de alguns deputados e senadores mais comprometidos com aquelas promessas da constituição, muitos os quais já saíram, quase todos já saíram, não é? (expressão afirmativa) alguns achavam que a constituição deveria ser realmente, é... (pausa na voz) implementada, não é? (expressão afirmativa), e pra isso precisavam daquelas leis, não é? (expressão afirmativa). **No caso da pessoa idosa havia também, aquela diretriz já internacional, como aconteceu com a criança e... o adolescente em que a Unicef, a Unesco, já vinha pressionando, aí porque você vê... Uma pressão de uma agenda internacional na verdade, tanto para a pessoa idosa quanto pra criança. Isso, é... mundialmente por parte desse Organismo das Nações Unidas, não é? Você vê que em alguns lugares o estatuto da criança e do adolescente tem semelhança (referindo-se ao estatuto da pessoa idosa) porque... a base dele, o núcleo está nos esforços, nos... acordos, celebrados internacionalmente [...]** (grifos nossos).*

Na expressão enunciada por Dr. Lírio: “Olhe, havia uma demanda, muito grande, certo?” o contexto socio-histórico chama a atenção quanto ao reconhecimento pela sociedade da necessidade de um dispositivo jurídico de proteção ao direito da pessoa idosa.

Tal reconhecimento, influenciado pela repercussão de atos de violência física, moral e psicológica denunciados pela imprensa nacional, aliado à agenda internacional, com o Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento, deliberado na II Assembleia Mundial sobre envelhecimento, realizada em Madri (2002), favoreceu a formulação de políticas públicas em relação à proteção da pessoa idosa nos países que participaram do evento (ONU, 2003).

O relatório final da II Assembleia Mundial sobre envelhecimento ressaltava a necessidade de garantir um envelhecimento com dignidade, participação social, autonomia e independência funcional, apontando metas e diretrizes que deveriam ser observadas pelos governos mundiais, ou seja, sinalizam questões que impactam fortemente a qualidade de vida da população idosa (ONU, 2003).

O testemunho de Dr. Lírio nos conduz, ainda, à reconstituição da articulação que ocorre nos bastidores do legislativo (municipal, estadual, federal). Essa questão foi suscitada pela reflexão

sobre o tempo de promulgação da Constituição Federal (1988), com a garantia do direito à saúde, e a criação do Sistema Único de saúde (1990), dois anos depois, bem como da publicação da Política Nacional do Idoso, quatro anos após a criação do SUS. Então, instigados por esse “hiato temporal” e pela necessidade de compreender ainda mais o papel social em uma ação política, conversamos sobre como ocorre a movimentação no parlamento durante o processo de formulação de um projeto de Lei até sua aprovação.

Na sua narrativa, Dr. Lírio detalha o caminho da aprovação de um projeto de Lei e acrescenta que o tempo percorrido depende das forças políticas atuantes, como o interesse de um partido, força da bancada etc.:

[...] às vezes demora dez anos, doze anos (referindo-se ao tempo de aprovação de um projeto de lei). Aí são as forças políticas atuantes, se você tem um grupo fora do congresso que está sempre cobrando, agitando etc., não é? (expressão afirmativa) isso pode sensibilizar e muitas vezes sensibiliza. Outras vezes o interesse, não é? De grupos, das bancadas. Hoje as bancadas funcionam com mais peso de que os partidos, uma bancada ruralista [...] e eles atuam... Certo, pluripartidariamente, e tem um... vamos dizer assim, um poder maior de que os partidos em si. Isso é um aspecto, então se uma bancada dessa adota aquilo (referindo-se ao projeto de lei), pode andar mais rápido, se é um partido pode ter mais problemas. A outra questão é o seguinte: além de passar na comissão, deputados e senadores podem apresentar emendas, emenda total. Eles só podem sugerir emendas para suprimir alguma coisa do projeto, para acrescentar alguma coisa do projeto ou substitutivo, para alterar todo o projeto (grifos nossos).

*[...], mas às vezes em geral o presidente (referindo-se ao Presidente da República), tem a iniciativa exclusiva de algumas e qualquer outra, ele pode propor. E aí às vezes, qualquer deputado, qualquer senador, comissão e etc. uma vez esse **projeto de lei chegando à câmara, ele é lido, distribuído entre as comissões temáticas**. Se é a lei de saúde, comissão temática de política pública de saúde, certo? Se é de educação, comissão de educação, e assim sucessivamente, não é? Mas todas passam pela comissão de constituição e redação das leis, todas elas, devem passar por essa comissão (grifo nosso).*

Toda essa formalidade se repete a cada sessão ordinária ou extraordinária do Congresso Nacional, por isso, diante do acelerado processo de envelhecimento da população brasileira, vislumbra-se um cenário desafiador.

Por um lado, a conquista do aumento da expectativa de vida, por outro, as desigualdades econômicas, sociais e educacionais de um país continental, “gigante pela própria natureza”. A consequência disso, são as diferentes realidades e necessidades do viver/envelhecer, demandando ações governamentais no âmbito da saúde, da previdência, da assistência social, da educação, do urbanismo, do emprego e da renda:

*Vamos inverter, (referindo-se a pirâmide demográfica) aquilo de antes de setenta e cinco (1965), um país surpreendentemente jovem agora um país que vai se tornando pessoa idosa, não é? A distribuição da população por idade, não é? Demonstra isso. e aí tem um peso grande na previdência social, na assistência social, não é? É um peso enorme, não é? [...] Aí às vezes, você tem direito de cortar fila, e às vezes isso traz alguns... (pausa na voz) **problemas de chateação, é... (pausa na voz) De discussão na fila etc. A pessoa acha que é um privilégio, quando não é. é... (pausa na voz) quando se trata de lei, certo? Lei que criou um direito que criou, um tratamento específico em razão da desigualdade, massacrante (grifos nossos).***

Vê-se que no enunciado ponderado sobre a mudança demográfica, em nossa conversa, Dr. Lírio coloca seu testemunho do envelhecimento da população brasileira, combinando as

noções que sobrevivem do contexto social no qual está inserido. É consenso que o fenômeno do envelhecimento é um fato irreversível, acelerado e que tem exigido um aparato de ações da sociedade e do Estado que, muitas vezes, são disparadas por exigências legais, daí a importância da coerência da formulação das leis com a realidade social (Veras, 2009).

Em se tratando das pessoas idosas, os dispositivos jurídicos buscam, como bem pontuou Dr. Lírio, promover um “tratamento específico em razão da desigualdade massacrante”. Ao enfatizar essa desigualdade, podemos perceber certa indignação em relação à maneira como o direito da pessoa idosa ainda é visto pela sociedade, demonstrando uma consciência cidadã acanhada. Esse acanhamento, observado no tratamento dado à questão do direito à pessoa idosa, que, ainda como ele testemunhou é considerado como privilégio, influencia na forma de organização dos serviços públicos, observados em nossa sociedade, evocado nas formulações:

*[...] olhe... muitas em maior ou menor nível, não é? A questão... da fila... para um hospital, para o supermercado, fila para o banco etc, não é? Ajudaram (referindo-se as leis), **mas como o serviço é organizado numa visão de que é... privilégio, então as empresas, elas tratam aquilo... com descaso, tratam com descaso, acha que vale, basta botar... é, dois, três caixas num supermercado. Eles (os caixas) servem também para pequenos volumes, não é? As pessoas idosas se transformaram nos usuários de caixa de pequeno volume, são separados, não é? não há diferença substancial nisso, é... (pausa na voz)- um pouquinho só, pode ficar aí mesmo. – E além desse aspecto aí, você tem, é, outros (grifo nosso).***

*Mas à medida que fazem esse consenso civilizado eles criam também a ideologia que **a lei resolve tudo, e não há mobilização social**, e não há organização social, e não há o emprego como é, e não há igualdade substancial, não só uma igualdade perante a lei. É, cria-se a ideologia e demarca diferença, **a ideia de privilegiar a igualdade, demarcam diferença** (grifos nossos).*

Ademais, argumenta Dr. Lírio, que a concepção de direito como privilégio possa ter um outro efeito, a despolitização das pessoas idosas, o que já vimos que seria muito prejudicial para a luta pela efetivação dos direitos já adquiridos e o exercício do controle social no processo permanente de acompanhamento do trabalho dos parlamentares.

*[...] É isso (referindo-se ao direito da pessoa idosa) ao invés de vir como um estímulo para que o pessoa idosa continue a sua luta, vem um estímulo para que ele se despolitize, não é? (expressão afirmativa) **Olha, você já tem alguns privilégios, você já é bem tratado etc., tal e despolitize. não é? Você sabe que... o voto é obrigatório, não é? (risos) até os setenta, depois do setenta a gente não tem mais consciência política, não é? Tem que deixar de votar, então são coisas assim tremendamente equivocadas** (grifo nosso).*

Para uma leitura mais ampla e contextualizada das leis, Dr. Lírio sugere que essas leis devam ser vistas como parte de um todo, que constitui o sistema de proteção social. Para tanto, traz um elemento importante à compreensão da linha do tempo das publicações das leis/portarias no período em estudo.

Isto significa dizer que, na prática da análise discursiva, o texto encontra-se enlaçado pelo contexto. Por si só, tal análise não encontraria base argumentativa se não houvesse uma demarcação social na produção dos sentidos (Pecheux, 1988).

Por fim, no seu depoimento Dr. Lírio, em tom de conclamação, ressalta a importância social da legislação de proteção ao direito da pessoa idosa e a necessidade de participação das pessoas idosas de forma crítica e construtiva na implementação da lei, reivindicando condições para o exercício da cidadania:

[...], portanto tem uma legislação, cidadã. são, cidadã do ponto de vista burguês, não é? Mas não cria condições do exercício dessa cidadania, de uma forma mais crítica, mais crítica, mais de... leitura, não é?
[...] Ele (dispositivo jurídico de proteção ao direito da pessoa idosa) deve ser recriado pela sociedade, quando da sua implementação, e recriado, especialmente pelas pessoas idosas, que precisam brigar mais, não é? Brigar mais, dizer mais o que pensa, etc. não é? Há, é... certas dificuldades da não inclusão, da pessoa idosa, na vida acadêmica, não é?

Portanto, considerando a tessitura conjuntural realizada por meio da evocação da memória coletiva do período recortado e a apreensão dos significados conferidos aos acontecimentos, por meio da narrativa do sr. Lírio, observamos que ainda se constitui um desafio à participação das pessoas idosas na implementação de políticas de proteção ao envelhecimento. Sabemos que é no exercício da cidadania, pela pressão social, que toda legislação é implementada. Deste modo, disseminar informações para essa população sobre seus direitos e estimular a sua participação por meio dos profissionais de saúde da família no seu território, poderá contribuir para o protagonismo da pessoa idosa, num novo cenário social e cultural de respeito, por conseguinte, a implementação de dispositivos para um envelhecimento ativo e saudável, como prevê a Política nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 2006).

Referências

BOSI, E. *Memória e sociedade – lembranças de velhos*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei no 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 12.528. Cria a comissão da verdade no âmbito da Casa Civil da Presidência da República. 190º da Independência e 123º da República. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. *Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação, e das outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 nov. 2011b.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política nacional de saúde do idoso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 out. 2006.

CANDAU, J. *Memória e identidade*. Trad. Maria Leticia Ferreira. São Paulo: Contexto, 2012.

- CONH, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009.
- DOMINGOS L. O.; ROSA, G. F. C. O direito fundamental e coletivo à saúde no contexto da judicialização. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 8, n. 2, p. 82-99, 2019.
- CORREA, M. R.; FRANÇA, S. A. M.; HASHIMOTO, F. Políticas públicas: a construção de imagens e sentidos para o envelhecimento humano. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 15, n. 2, p. 219-238, 2010.
- DEBERT, G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivitização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP; FAPESP, 1999.
- FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D. Modelo assistencial em saúde: conceito e desafios para a atenção básica brasileira. *Revista Ciências da Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, 2015.
- FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.
- HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. Tradução de Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2006.
- HAMDAN, K. O.; CRAVIEIRO, A. V. Mercantilização da Saúde Pública Brasileira. *Revista Pleiade*, v. 8, n. 15, 2014.
- MARQUES, E. A mercantilização da saúde. Enfrentamento. *Goiânia*, v. 11, n. 19, 2016.
- VILELA, L. M.; MOLITERNO, M. P.; SANTOS, A. O. Judicialização da saúde: um fenômeno a ser compreendido. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). *Coletânea Direito à Saúde Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde*. Brasília: CONASS, 2018. p. 308-319.
- OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. *Encontros Teológicos*, v. 61, n. 1, p. 31-42, 2012.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de ação internacional contra o envelhecimento*. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1).
- PECHEUX, M. *Semântica e discurso – uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Unicamp, 1988.
- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.
- VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

Capítulo 6

Convivendo com HIV/AIDS na velhice: representações sociais da pessoa idosa acerca do contágio com o vírus

*Alessandra Souza de Oliveira
Pollyanna Viana Lima
Joana Trengrouse Laignier de Souza
Luciana Araújo dos Reis*

O fenômeno do envelhecimento humano tem sido um dos maiores desafios globais para a demografia e a sociedade na atualidade. Neste cenário, o Brasil será o sexto país, em escala mundial, com o maior número de pessoas idosas até 2025. Pesquisadores do envelhecimento humano, demógrafos e organizações internacionais e nacionais apregoam a rápida progressão desse fenômeno, tal como a irreversibilidade dos dados, por décadas, com base em duas variáveis demográficas: a diminuição da natalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, responsáveis por conduzir e perpetuar o ritmo do envelhecimento humano em todo o mundo (OMS, 2015; Camarano, 2016).

Considera-se pessoa idosa em países em desenvolvimento, como o Brasil, pessoas com sessenta anos ou mais, já em países desenvolvidos, pessoas com 65 anos ou mais de idade (OMS, 2015). Envelhecer é considerado um processo natural que se inicia desde o nascimento e se torna mais evidente a partir desta faixa etária, dependente da influência direta de fatores internos e externos que atuam ao longo da vida humana (Da Rocha, 2018; Alencar; Ciosak, 2015).

Assim sendo, ressalta-se a variabilidade das questões referentes ao envelhecer, produto de implicações de ordem biológica (genética), social, cultural, psicológica e espiritual (Rosa; Vilhena, 2016). Considerar a subjetividade da pessoa idosa e sua trajetória tem sido um dos maiores obstáculos para a sociedade e para os atores do universo assistencial, responsáveis pelo cuidado ao ser que envelhece.

Veras e Oliveira (2016) e Veras (2020, p. 2) apontam como esse modelo de atenção à saúde da pessoa idosa possui múltiplas fragilidades, principalmente por se apresentar de maneira fragmentada, como “multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e de imagem, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema”.

Ainda segundo esse autor, é necessário encarar o desafio de transformação da lógica do cuidado com ações e inovações, desde a forma de organização, gestão da assistência e seu financiamento; até a própria rotina dos serviços e a formação dos profissionais. Esse modelo propõe uma estrutura de atendimento sob o enfoque da assistência integral, ou seja, monitoramento das condições de saúde para garantir que haja prevenção e cuidados coordenados em todas as instâncias (Veras, 2020).

No Brasil, dentre os desafios que envolvem o rápido e progressivo envelhecimento populacional, está a sexualidade da pessoa idosa, culturalmente tão negligenciada pela sociedade e por profissionais de saúde, o que contribui para o aumento de contágio de infecções sexualmente transmissíveis nesta população, a exemplo do HIV/AIDS (Torres *et al.*, 2012).

Ao se considerar a sexualidade como uma reunião de pensamentos, emoções e comportamentos, de manifestação comum em qualquer etapa da vida, distinta apenas em sua intensidade ou duração, faz-se com que ela transponha as barreiras impostas no imaginário social do seu irrelevante papel para o bem-estar e qualidade de vida dos que estão envelhecendo (Almeida; Moura; Pessoa, 2017). Andrade *et al.* (2017) e Aguiar *et al.* (2020) discutem questões importantes desta problemática, demonstrando como uma concepção equivocada sobre a sexualidade de pessoas idosas tende a gerar prejuízos para a saúde, seja por um diagnóstico tardio, seja pela própria falha na prevenção e na educação em saúde.

A vulnerabilidade da pessoa idosa ao contágio com o vírus ocorre, principalmente, em razão do melhor desempenho sexual destes e do prolongamento da vida sexual ativa, mediante o uso de tecnologias em saúde, associados ao baixo conhecimento sobre o HIV/AIDS, a não adesão aos métodos preventivos para redução de risco de infecção em atividades sexuais, assim como a desassistência e as representações sociais destes acerca da doença e sua forma de contágio.

Destaca-se que, diante deste contexto de aumento progressivo de pessoas idosas diagnosticadas com HIV/AIDS, desvela-se o aumento da prática sexual desprotegida entre pessoas idosas, o que reforça, mais uma vez, que o desejo sexual e a sexualidade se fazem presentes nesta etapa da vida humana (Brito *et al.*, 2016).

Em estudo que avaliou fatores de risco individuais para o contágio de HIV/AIDS em pessoas idosas, foram identificados cinco fatores principais, a saber: uso e abuso de álcool e outras drogas; a falta de conhecimento das experiências de risco pelo HIV/AIDS de seus respectivos parceiros; as alterações psicológicas, secundárias à violência doméstica ou situações de abuso sexual; o sexo inseguro na conjugalidade, como forma de consideração ao parceiro; e, por fim, a falta de informações corretas acerca da prevenção da doença (Lima; Freitas, 2012).

Sob essa lógica, é possível inferir que alguns dos problemas de ordem social e de saúde que envolvem a pessoa idosa na contemporaneidade são diretamente influenciados pela negligência sofrida por esse público nesse aspecto. A incongruência é real quando os números desvelam aumento da expectativa de vida, aumento de utilização de métodos para perpetuar a aptidão sexual, como reposição hormonal e as medicações que contribuem para a melhoria no desempenho sexual. Por outro lado, a temática é classificada como um grande tabu ou abordagem desnecessária por uma parcela importante dos profissionais de saúde e da área social (Bezerra *et al.*, 2015; Quadros *et al.*, 2016).

Embora os estudos evidenciem tais fragilidades, a invisibilidade da sexualidade da pessoa idosa fortalece a representação social de que pessoas com sessenta anos ou mais são imunes à

doença, crença que se estende a este grupo etário, apesar da manutenção da atividade sexual. Percepções latentes no universo do senso comum, devido à representação de que o HIV/AIDS seja uma doença que afeta um determinado grupo específico, do qual estes não fazem parte. Tais representações vão ditando comportamentos e posicionamentos em relação à sexualidade na velhice para a pessoa idosa, a família, os profissionais e demais grupos sociais de pertença.

As representações sociais, conhecidas como uma forma de conhecimento particular, por meio das interações sociais e relações com os grupos de convivência, possibilitam a familiarização com o desconhecido mediante convenções culturais aceitas, com amparo da objetivação e da ancoragem. Por intermédio da ancoragem, acontecem a assimilação e o reconhecimento de um conteúdo estranho, devido à associação psicoemocional de conteúdo pré-existente, enquanto na objetivação ocorre a materialização de algo abstrato em algo concreto, material (Sawaia, 2004).

Para Moscovici (2005), não existe pensamento que esteja desprovido de imposições de representações, linguagem ou cultura, uma vez que os pensamentos são organizados por uma linguagem condicionada de forma inconsciente às representações e à cultura. São as representações sociais responsáveis por guiar o indivíduo na forma de nomear e de definir, diariamente, os diferentes aspectos da vida cotidiana, não apenas no modo de interpretar, mas também na forma de se colocar ativamente. Desse modo, essas representações são necessárias nas tomadas de decisão (Jodelet, 2001).

Para a autora, as representações alimentam-se das memórias, pois precisam dos elementos e das representações do passado para se constituírem. Ainda nesse sentido, Santos (2020) acrescenta que a memória coletiva faz uso das representações para tornar possível a reconstrução das lembranças a serem evocadas, visto que as representações sociais são evocadas em função de uma necessidade do que é atual. Já Alba (2014, p. 560) endossa a discussão ao assegurar que “a bagagem de conhecimentos em que a representação social se ‘ancora’ é a memória social: por meio do processo de ancoragem, o passado se faz presente”.

Assim sendo, importa, neste estudo, desvelar as Representações Sociais da Pessoa Idosa sobre o contágio com HIV/AIDS, a forma como veem e pensam a transmissão da doença, suas atitudes e valores frente ao diagnóstico, pensamentos que foram construídos socialmente por um grupo etário imerso em crenças, tradições e valores, materializados no presente por meio de hábitos e comportamentos que revelam uma coesão social impregnada de representações.

Participaram da pesquisa 38 pessoas idosas que convivem com HIV/AIDS em seu processo de envelhecimento, cadastradas em um Centro de Atenção a pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) HIV/AIDS no interior da Bahia.

Os dados, obtidos por meio de entrevista, foram analisados com base no constructo teórico da Teoria das Representações Sociais, com amparo da Técnica de análise de conteúdo, conforme Bardin (2011), e auxílio do Software QSR NVivo versão 12. Estes, por meio da nuvem de palavras e dos quadros com as 10 palavras mais citadas nas narrativas no conteúdo analisado, nos permitem apreender as representações e percepções da pessoa idosa acerca da temática.

Todos os requisitos éticos estabelecidos para pesquisa com seres humanos foram observados. Este projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, sob protocolo de parecer nº 3.394.696 e, após autorização, os dados foram coletados, atendendo às exigências éticas e científicas.

Representações sociais acerca do contágio com o HIV/AIDS

Figura 1: Nuvem de palavras do eixo temático diagnóstico – representações sociais acerca do contágio com o HIV/AIDS – Via QRS NVivo



Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 1 com a frequência das 10 palavras mais evocadas desvela o conteúdo principal das narrativas:

Tabela 1: Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria

Palavra	Contagem
Preservativo	10
Usava	10
Proteção	9
Camisinha	8
Usar	6
Marido	5
Relação	5
Sexo	5
Doença	4
Problema	4

Fonte: dados da pesquisa.

Da análise dos dados empíricos, emergiram as seguintes categorias: sexo (in)seguro, sexo (in)seguro na conjugalidade e incerteza acerca do contágio com o HIV/AIDS

1.1 Sexo (in)seguro, sexo (in)seguro na conjugalidade

A sexualidade está na composição da personalidade do indivíduo e sofre interferências diretas da cultura e das representações da sociedade em que estes estão inseridos (Benito; De Andrade, 2016). A representação social da assexualidade da pessoa idosa ou o conceito reducionista que limita a sexualidade apenas ao órgão genital e ao coito estão presentes na sociedade contemporânea com um vigor capaz de nortear condutas individuais e coletivas. A começar pelas campanhas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, observa-se

que elas são deficitárias para este público; na mesma lógica, os profissionais de saúde consideram conteúdo desnecessário e vergonhoso para abordagem com a pessoa idosa (Cunha *et al.*, 2015; Silva Uchoa *et al.*, 2016).

Para a família e a sociedade, resta a função de minorar a importância dos desejos e da vontade da pessoa idosa, o sujeito ativo, submetido à inversão dos papéis, que é mandatória: pessoa idosa deve ser readaptar à passividade e à transferência da tomada de decisões como responsabilidade dos filhos, que consideram sexualidade nesta etapa da vida como algo depreciativo, tido como manifestação de demência (Souza *et al.*, 2015).

Face ao entendimento da importância das representações sociais no comportamento e modo de lidar em todos os aspectos da vida da pessoa idosa, tem sido realizado investimento intelectual em estudos acerca das representações sociais da pessoa idosa sobre a sexualidade, com achados representacionais de amor, carinho, respeito, considerada como elemento essencial para a manutenção da qualidade de vida nesta etapa da vida (Queiroz; Coelho; Barbosa, 2015; Vieira; Coutinho; Saraiva, 2016).

Acrescido a estes dados, estudos que retratam o aumento do HIV/AIDS na população idosa apresentam a via do contágio principal como sendo a via sexual, associada ao sexo inseguro, ou seja, sem o uso do preservativo. Neste cenário, as representações sociais da pessoa idosa acerca do HIV/AIDS, principalmente referente ao que vigorou acerca de determinados grupos de risco, fazem com que a crença na imunidade relativa ao contágio fortaleça a ideia de diminuição de prazer, ou diminuição da virilidade masculina com o uso do preservativo, somadas à desobrigação de prevenção de gravidez. Com isso, a decisão sobre o sexo inseguro se torna algo natural até a descoberta do diagnóstico, como pode ser verificado nas narrativas adiante:

Eu ficava com muitas mulheres, não escolhia quem e nem usava preservativo, dificilmente. Dependendo da ocasião, tinha preservativo ou não tinha (Cravo 06, 69 anos, viúvo).

Eu era muito mulherengo e não usava preservativo (Cravo 07, 64 anos, separado).

Eu era uma pessoa que não conhecia camisinha, é onde pega o cara é por aí, ninguém sabe o que você tem. Aí a gente vai caindo na idade também e você esquece, não é que esquece, nunca usou (Cravo10, 68 anos, casado).

Um estudo quantitativo, realizado com 52 pessoas idosas com objetivo de identificar o seu conhecimento – todos participantes de grupos de terceira idade – acerca das ISTs e HIV/AIDS, evidenciou que 73,07% não consideram fazer parte de risco para estas comodidades e 38,46% afirmaram que nunca fazem uso de preservativo em suas relações sexuais (Leite; Moura; Berlezi, 2019). O fato é que as pessoas idosas estão se permitindo vivenciar novas experiências sexuais. Na contramão de uma vida sexual ativa, existe a redução do uso do preservativo, por não saber manusear, pela diminuição no desempenho sexual, por conta de um relacionamento estável, ou pela busca nas redes sociais por parceiros, o que aumenta a exposição aos fatores de risco para HIV/AIDS nesta população (Silva *et al.*, 2020).

O autor chama a atenção para a representação de imunidade, ou ausência de risco de contágio pelo HIV/AIDS da população idosa que convive com um único parceiro, em uma relação duradoura e estável, condição que os faz dispensar o uso do preservativo com base na

confiança da fidelidade do outro. A esse respeito, foram obtidos relatos entre os participantes deste estudo, como pode ser constatado a seguir:

Praticamente, quer dizer... aí eu estava me expondo, eu nunca usei. Porque era muito difícil fazer o ato sexual fora de casa. Sou casado há 33 anos (Cravo 03, 60 anos, casado).

Eu convivi com um companheiro, ele adoeceu e morreu, a única pessoa que eu tinha. Pela nossa convivência, e confiança que eu tinha, nunca usei, depois tudo aconteceu, ele viveu 3 meses e faleceu (Cravo 12, 61anos, viúvo).

Foi desesperador, porque eu descobri de vez, ah você também tem HIV, foi um susto, quando eu saí, já tinha quase certeza, porque eu e minha esposa não usávamos preservativo. Porque era uma união estável, a gente já tinha um certo tempo juntos já, não tinha traição (Cravo 30, 73 anos, separado).

A percepção da imunidade ao HIV/AIDS na população idosa se destaca em estudo realizado com 55 pessoas idosas, em João Pessoa – PB, no qual quase 77% responderam não haver possibilidade de adquirir ISTs ou HIV, seguido por 16,4% que acreditavam ter baixo risco de contaminação, utilizando como uma das justificativas para a impossibilidade de contágio ou baixo risco o fato de possuir parceiro(a) fixo(a) (Brito *et al.*, 2016).

O estudo de Bezerra (2015), que investigou as práticas preventivas de pessoas idosas e a vulnerabilidade ao HIV, evidenciou que um dos obstáculos à prática sexual segura é negociar o uso de preservativo nas relações afetivas, sobretudo para as mulheres, porque o sexo seguro em um relacionamento tido como estável é dispensável para estas (Bezerra *et al.*, 2015). Neste mesmo estudo, é relatado o não uso do preservativo, apesar da certeza da infidelidade do cônjuge, principalmente por conta do sentimento de impotência da mulher idosa para exigir o sexo seguro. Isso acontece porque, apesar de todas as mudanças e conquistas ocorridas nos últimos anos no que se refere ao casamento, ainda permanece no imaginário social o ideal de instituição que absorve e reproduz valores do casamento ideal, reforçando a representação construída em torno dos comportamentos e relações entre mulheres e homens.

Saffioti (1997) expõe que a legitimação desta visão androcêntrica se dá por meio da ordem social que garante a dominação masculina sem qualquer necessidade de justificação, seja na divisão social do trabalho, seja em outras circunstâncias tidas como específicas de cada sexo, como, por exemplo, lugares ou momentos. Conforme afirma a própria autora, “as mulheres são treinadas para viver a impotência, os homens são treinados para viver a potência” (Saffioti, 1998, p. 29).

A confiança na aliança estabelecida na conjugalidade tem desprotegido a mulher em seus múltiplos aspectos: psíquicos, emocionais, sociais e físicos, não somente em decorrência da exposição ao contágio de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), mas, também, em razão do poder exercido sobre a mulher na imposição do sexo desprotegido, que, para o dominador, parece ser algo inegociável e inaceitável.

O arcabouço das desigualdades de gênero, segundo Cunha e Alves (2014), funda-se no contexto histórico da educação familiar vivenciada pelas mulheres entre as décadas de 1950 e 1970, pautada no domínio do homem sobre a mulher, um poder assegurado pela legislação vigente na época. A mulher era educada para o casamento, e deveria se portar com dedicação

completa às tarefas do lar, cuidar dos filhos e do marido, satisfazendo as necessidades deste, inclusive as sexuais, de modo submisso, não sendo possível fazer questionamentos sobre suas decisões.

O impacto emocional pode ser maior ainda, em decorrência de todo o investimento no relacionamento, do qual se espera proteção, zelo e companheirismo, com base na confiança. Isso pode ser constatado por meio das falas de duas idosas, quando perguntadas como foi para elas serem diagnosticadas com HIV/AIDS:

Eu não esperava de um companheiro, a convivência foi de confiança, não tinha como eu desconfiar (Rosa 28, 62 anos, casada).

Foi difícil, porque é um choque, você está casada, bem-casada e tudo, e era um casamento de sete anos e aí eu fui infelizmente infectada por ele, meu ex-companheiro. A prevenção é essencial, tem que prevenir. Prevenir, mesmo casado, eu tinha um casamento centrado, um casamento que... jamais imaginei (Rosa 22, 81 anos, separada).

Eu sempre estava esperando uma coisa dessa né, porque em todo lugar que ele trabalhava, ele arrumava uma pessoa, ele não conseguia ficar sem mulher (Rosa 33, 61 anos, casada).

A assimetria de poder entre os sexos, em muitos casos, é considerada o fator predominante da submissão feminina na convivência marital, pois as mulheres são colocadas em um espaço de indefensabilidade para solicitar a prática sexual segura (Melo *et al.*, 2019).

Com a rede de informações e o acesso a serviços de saúde cada vez mais presentes, mulheres idosas com relações conjugais fixas apontam seus cônjuges como responsáveis pela contaminação, amparando-se em elementos de fidelização conjugal por parte unicamente da mulher, justificando ou eximindo os homens desse mesmo preceito.

Importante ressaltar, o quanto as mulheres idosas são discriminadas em relação ao exercício da sexualidade, e o quanto estas enfrentam barreiras para prática sexual segura, não apenas por resistência do parceiro, mas, principalmente, pela dificuldade de acesso ao preservativo (Sousa *et al.*, 2019).

As vulnerabilidades e a violência psicológica circundam a vida de mulheres idosas com HIV/AIDS de diversas formas. Muitas vezes, essas mulheres estão tão envolvidas em relações de submissão financeira, dependência psicológica e social, que a infidelidade conjugal acaba sendo acreditada e naturalizada até pela própria mulher.

Já para algumas mulheres idosas entrevistadas, a surpresa ao receber o diagnóstico do HIV descortina os valores que garantiam a consolidação de uma relação, trazendo às idosas um sentimento de perplexidade diante da contaminação e da deslealdade de seus cônjuges.

Sousa *et al.* (2019), ao realizarem um estudo com pessoas idosas piauienses, avaliaram que pessoas idosas representam o HIV como uma doença característica de outras populações e que também se excluem do grupo. As idosas fazem referência, em seus relatos, ao que Goffman (2008) definiu como estigma, considerado “um significado depreciativo que é associado à pessoa que o porta”. Com o estigma sobre o HIV, sentimentos como medo, vergonha, depressão e ansiedade competem simultaneamente com o (re)descobrimto da infidelidade sexual de seus maridos, dando lugar à revolta e à necessidade de justiça, como pode ser observado no relato que segue:

Na hora em que eu soube, me deu uma revolta tão grande, e ele dormiu. Eu tive vontade de enforçar ele, você acredita? Porque eu fiquei muito revoltada, quando ele estava dormindo. Daí eu pensei, se eu fizer isso, essa besteira, eles vão saber que fui eu, então eu não posso fazer isso. O amor é cego, você sabe que o amor é cego quando você ama alguém e descarta qualquer problema dele. Eu só caí na real agora. Eu sempre falava “se você trazer doença para mim, você pode caçar seu rumo” (Rosa 22, 81 anos, separada).

A condição de soropositividade tem elementos fortes imputados ainda pela associação à morte. O medo da morte física permeia a vida de pessoas com HIV; no entanto, é necessário atentar para a “morte civil”, que chega bem antes das consequências físicas. Representada pelos sentimentos de invisibilidade na sociedade, degradação da carreira moral, prejuízos nas relações sociais por medo do estigma e preconceito, a morte social ou civil gera inquietude, dor e sofrimento, podendo até desencadear tentativas de suicídio (Meira *et al.*, 2017).

Sentir-se “humilhada” demonstra um grande fator de relevância, apresentado pelas sensações de angústia e engano vivenciadas pelas mulheres infectadas. O choro, o desespero, a palidez e o espanto assumem papéis prioritários, relacionados, em primeiro lugar, a todo o processo de descoberta da doença e, em segundo lugar, à infidelidade conjugal.

Serra *et al.* (2013) destacam que as primeiras reações ao diagnóstico positivo para o HIV/AIDS podem se caracterizar por um estado temporário de choque, tristeza, amargura, pânico, solidão, desespero e incredulidade dos infectados, e, após passada esta sensação de torpor, vem a negação do diagnóstico positivo. Villela (2013) apresenta, em seu estudo acerca de mulheres em vulnerabilidade social, quando, na investigação de gravidez, são surpreendidas com a positividade do HIV, a seguinte descrição do momento de descoberta:

O chão escapa, o ar falta e os ruídos de uma morte anunciada se tornam pouco a pouco ensurdecedores. A cena tingem-se de vermelho. Uma estética que transita entre o horror e a mais absoluta negação se instala. Traição, contaminação, disseminação passam a ser as palavras de ordem, pois a maioria foi contaminada por parceiros na relação sexual. Ódio e revolta fazem contraponto com um estado de perplexidade onde o corpo escapa ao controle e mostra sua própria vida (Villela, 2013, p. 2).

A descrição extremante sensível da autora consegue externar o que ela mesma intitula de “experiência convulsiónaria”, em que os abalos sofridos com o impacto do diagnóstico são capazes de modificar toda a estrutura biopsicossocial destas mulheres, inativando as categorias de soropositividade (Villela, 2013). A reconstrução do sentido da vida e visão de mundo, nesta nova condição, determina o desfecho da presença deste invasivo vírus em sua estrutura.

Assim, ofertar pontos de apoio emocional a mulheres idosas que convivem com HIV/AIDS pode ser uma ferramenta importante para minorar o sofrimento enfrentado por elas e contribuir para ressignificar o seu viver em sua vivência com o vírus.

Incerteza acerca da via de contágio com o HIV/AIDS

Na atualidade, a principal causa do contágio de pessoas idosas por HIV/AIDS é o contato sexual, e por via heterossexual, em ambos os sexos (Aguiar *et al.*, 2020). Apesar de os dados epidemiológicos bradarem acerca do crescente número de pessoas idosas convivendo com HIV/

AIDS, a falta de informação sobre sexualidade, sobre as infecções sexualmente transmissíveis e sobre o HIV/AIDS nesta população é achado de inúmeros estudos nacionais e internacionais que se propõem ao aprofundamento sobre esta temática (Milrod; Monto, 2016; Silva *et al.*, 2020).

Tudo isso fortalece a representação de público improvável de contágio por HIV/AIDS e permite que a população idosa siga sua vida longa, com perpetuação da atividade sexual e estímulos a redescobertas neste aspecto. As pessoas idosas seguem com a crença de que o quantitativo de relacionamentos ou relações, e não o sexo desprotegido, é que os expõe ao contágio e com a representação de que o HIV/AIDS seja uma doença de jovens e de homens que fazem sexo com homens (Sousa *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020). Essa autoexclusão dos riscos de contágio só contribui para uma maior vulnerabilidade e desinformação deste grupo etário pela falta de interesse sobre a temática (Sousa *et al.*, 2019).

A esse respeito, Joffe (1995) aponta para o posicionamento de estranheza e descrença que ocorre diante da descoberta do diagnóstico de uma doença incurável, em decorrência da construção ideológica hegemônica, principalmente por se tratar, no caso do HIV/AIDS, de uma doença socialmente tão estigmatizante e segregadora.

Dados de uma pesquisa com pessoas idosas americanas revelaram que estes subestimam o risco de serem infectados pelo vírus HIV (Pilowsky; Wu; Li-Tzy, 2015). Isso significa que, apesar de contextos sociais, econômicos e culturais distintos, a representação de imunidade se assemelha, assim, ocorrem a descrença e as dúvidas sobre a forma de contágio, demonstradas nos relatos a seguir:

Eu não sei como que eu peguei, porque eu sou uma mulher muito reservada. Não sei como que eu peguei, se foi dele ou se foi transfusão de sangue, pode ser também agulha (Rosa 04, 65 anos, casada).

Até hoje eu não sei como que eu peguei. Eu quase não tive relação com outra pessoa (Cravo 18, 67 anos, casado).

Ela achava que eu tinha feito isso e não sei o quê, joga a culpa na gente. Ela recebeu um sangue no hospital. Aí, dessa doação de sangue que ela recebeu, ficou assim um tempo, aí é uma coisa que fica sem justificativa. E esse sangue que ela tomou (Cravo 34, 68 anos, solteiro).

Na década de 1980, houve a morte repentina de jovens por conta do contágio com o vírus do HIV, o que a organização mundial de saúde nomeou de “holocausto demográfico”; do mesmo modo acontecia com homens que fazem sexo com homens, crianças e receptores de transfusão sanguínea: em meio a inúmeros questionamentos acerca da doença, a desinformação promovia o medo generalizado em toda a sociedade. As mídias televisivas e campanhas eram compartilhadas nos diversos espaços e grupos sociais, e as informações compartilhadas fazem parte do constructo da memória coletiva destes e da elaboração de tais representações sociais (Souza; Delben; Viana, 2019).

Os estigmas atribuídos ao HIV/AIDS fazem com que estes sejam representados e percebidos como problemas de terceiros, de um certo grupo de risco, ou que a razão do contágio tenha sido justificada por responsabilidade de terceiros, seja pela transfusão sanguínea, seja por relacionamentos reservados ou exclusivos. A responsabilização individual de que pessoas que contraem o HIV são as que adotam comportamentos considerados inadequados pela sociedade, frutos de promiscuidade e de libertinagem, exclui a forma de contágio pela via sexual.

Vale destacar que, rotineiramente, estes rótulos são atribuídos quando existe o desconhecimento, ou a falta de clareza acerca de algo, a exemplo do HIV/AIDS para a pessoa idosa, percebido por estes, tão distantes de sua realidade de contato e contágio. Portanto, rotular como algo promíscuo ou imoral faz com que as representações negativas sejam intensificadas, culminado no aumento do pesar, da culpa e da desvalorização das pessoas que convivem com a doença (Brandão *et al.*, 2019).

As repercussões da descoberta do contágio com o vírus neste grupo etário, em específico, vão além do diagnóstico, isso porque, confronta o tabu que envolve o exercício da sexualidade nesta fase da vida, pela falta de aceitação e das representações negativas construídas acerca desta temática na velhice (Paludo; Olesiak; Quintana, 2021).

Uma representação social é sempre a construção simbólica sobre alguma coisa, capaz de impulsionar a releitura do objeto que representa, tal construção interfere nas manifestações afetivas, pensamento, práticas e posicionamentos de cada pessoa, imprimindo características muito particulares e, ao mesmo tempo, similares, em um determinado grupo social (Jodelet, 2001). Com isso, o modo de enfrentamento do diagnóstico passa por transformações ao longo da experiência com a doença, visto que a pessoa idosa vai adquirindo ferramentas para lidar com a doença. Assim, é possível transformar tais representações capazes de motivar condutas positivas ou negativas, a depender do conteúdo de tais percepções acerca do seu convívio com o vírus.

Por isso, o medo do duplo julgamento e possível rejeição, faz com que a pessoa idosa utilize mecanismos de aceitação social atribuindo a forma de contágio pelo vírus a outras formas de transmissão, negando a possibilidade do comportamento sexual vulnerável (Silva; De Loreto; Mafra, 2017).

As representações sociais que emergiram acerca do contágio com HIV/AIDS reafirmam atitudes, valores e pensamentos que foram construídos socialmente por este grupo etário, imerso em crenças e tradições, materializadas no presente, por meio de hábitos e comportamentos de risco que determinam uma certa coesão social, como: o sexo sem o uso de preservativo durante toda a trajetória da vida sexual ativa; a exposição imposta ao cônjuge, na situação de conjugalidade, ao sexo inseguro, com a promessa e o pacto de fidelidade, muitas vezes rompido; além de outras situações de alto risco de contágio, capazes de representar a forma de contágio de seis entre as oito mulheres deste estudo. Para estas, o diagnóstico é duplo, o contágio pelo vírus e a infidelidade do companheiro, descoberto do modo mais cruel que se pode conceber, o sexo sem proteção.

A descrença na via sexual de contaminação se apresenta para alguns que se questionam sobre a impossibilidade de contágio pelo sexo. As representações de grupo de risco, latentes na memória coletiva deste grupo, que tem a crença de que ser reservado ou ter tido um número reduzido de parceiros o torna imune ao contágio com o vírus, fazem-nos navegar na dúvida.

Importante ressaltar, que a garantia de acesso à informação necessita de um outro elemento de cuidar: a ocupação e a preocupação com o outro, assim, é necessário o fortalecimento das relações em um campo ético que se importe em conhecer para cuidar. A solidão que acompanha a pessoa idosa em sua trajetória de vivência de sua sexualidade no processo de envelhecimento vem sendo divulgada em estudos, nos recursos midiáticos; no entanto, falar sobre sexualidade com este grupo ainda desperta vergonha e constrangimento para a sociedade e para muitos profissionais de saúde.

Se por um lado existem profissionais e um mercado que garantem e propagam a vitalidade sexual a todo custo, o diálogo sobre os riscos e potenciais vulnerabilidades a ISTs e a importância do comportamento sexual seguro é ignorado, por outro, muitas vezes, há a secundarização, o que tem gerado complicações à saúde da pessoa idosa.

As consequências de tal desassistência podem ser percebidas no número crescente de pessoas idosas sendo diagnosticadas com IST e HIV, bem como no silenciamento que impacta a vida dessas pessoas e lhes reserva, no modelo de sociedade vigente, uma condição duplamente estigmatizante. Desse modo, a educação para saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis se faz urgente em meio a essa pandemia silenciosa e silenciada pelos atores sociais envolvidos. É imprescindível prevalecer a lição de que esta não deve ser negligenciada quando o assunto é sexualidade e envelhecimento.

Referências

- AGUIAR, R. B. *et al.* Idoso vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 575-584, fev. 2020.
- ALBA, M. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. In: ALMEIDA, A. M. O.; TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S. (org.). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 519-571, 2014.
- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 2, p. 229-235, 2015.
- ALMEIDA, M. M.; MOURA, D. S.; PESSÔA, R. M. C. Sexualidade na terceira idade: uma discussão acerca das medidas de prevenção do HIV/AIDS. *Revista Ciência & Saberes – UniFacema*, v. 3, n. 1, p. 407-415, 2017.
- ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 8-15, 2017.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BENITO, L. A. O.; DE ANDRADE, P. B. S. Perfil da sexualidade de pessoas idosas portadoras de SIDA/AIDS atendidas em um serviço de saúde do Distrito Federal. *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 14, n. 2, 2016.
- BEZERRA, V. P. *et al.* Práticas preventivas de pessoa idosas e a vulnerabilidade ao HIV. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 4, p. 70-76, 2015.
- BRITO, N. M. I. *et al.* Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e AIDS: conhecimentos e percepção de risco. *ABCS Health Sciences*, v. 41, n. 3, 2016.
- BRANDÃO, B. M. G. M. *et al.* Representações sociais de idosos soropositivos acerca do HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 1349-1355, 2019.

- CAMARANO, A. A. Living longer: are we getting older or younger for longer? *Vibrant, Virtual Braz. Anthr.*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 155-175, 2016.
- CUNHA, L. M. *et al.* Vovó e vovô também amam: sexualidade na terceira idade. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 894-906, 2015.
- CUNHA, T.; ALVES, A. E. Educação e violência nas relações de gênero: reflexos na família, no casamento e na mulher. *Em Aberto*, v. 27, n. 92, p. 69-88, 2014.
- DA ROCHA, J. A. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. *Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, v. 6, n. 6, p. 78-89, 2018.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *As Representações Sociais*, v. 17, p. 44-XX, 2001.
- JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da Aids. *In: GUARESHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). Textos em representações sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- LEITE, M. T.; MOURA, C.; BERLEZI, E, M. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 10, p. 339-354, 2019.
- LIMA, T. C.; FREITAS, M. I. P. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, p. 110-115, 2012.
- MEIRA, I. F. *et al.* Reflexões psicossociais acerca do HIV e AIDS e contribuições da Psicologia. *Revista Hum@nae*, v. 11, n. 1, 2017.
- MELO, E. *et al.* Sintomas físicos e psicológicos do estresse em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 22, p. 19-26, dez. 2019.
- MILROD, C.; MONTO, M. Clientes homens mais velhos de trabalhadoras do sexo nos Estados Unidos. *Arquivos de Comportamento Sexual*, v. 46, n. 6, 1867-1876, 2017.
- MOSCOVICI, S. *Crônica dos anos errantes*. Rio de Janeiro: Mauad Editora, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Washington, DC (EUA), OMS, 2015. v. 30.
- PALUDO, I. C. P.; OLESIAK, L. R.; QUINTANA, A. M. Idosos soropositivos: a construção de significados para o envelhecimento com HIV/Aids. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, 2021.
- PILOWSKY, D. J.; WU, L. Comportamentos sexuais de risco e risco de HIV entre americanos com 50 anos ou mais: uma revisão. *Abuso de Substâncias e Reabilitação*, v. 6, p. 51, 2015.

QUADROS, K. N. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 6, n. 2, 2016.

QUEIROZ, M. A. C. *et al.* Representações sociais da sexualidade para idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, p. 662-667, 2015.

ROSA, C. M.; VILHENA, J. O silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação. *Revista Subjetividades*, Fortaleza: UNIFOR, v. 16, n. 2, p. 9-19, 2017.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. *Violência em debate*, v. 3, p. 39-57, 1997.

SAFFIOTI, H. I. B. *Violência de gênero entre o público e o privado*. Presença da mulher. 23-30, 1998.

SANTOS, S. C. *et al.* A percepção dos idosos sobre a sexualidade e o envelhecimento. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 2, p. 3486-3503, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-180>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SAWAIA, B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. (org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2004.

SERRA, A.; SARDINHA, A. H.; PEREIRA, A. N. S.; LIMA, S. C. V. S. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 294-304, jun. 2013.

SILVA, A. O.; DE LORETO, M. D. S.; MAFRA, S. C. T. HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar. *Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea*, Rio de Janeiro: UERJ, v. 15, n. 39, 2017.

SILVA UCHÔA, Y. *et al.* A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 6, p. 939-949, 2016.

SILVA, W. L. *et al.* Análise da prevalência dos idosos internados com HIV na Região Nordeste. In: CONGRESSO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DO UNIFACIG, 1., Manhuaçu, MG. *Anais [...]*. Manhuaçu, MG: UNIFACIG, 2020. Disponível em: <https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/congressogeriatrics/article/view/2585>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SOUSA, L. R. M. *et al.* Representações sociais do HIV/Aids por idosos e a interface com a prevenção. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1129-1136, out. 2019.

SOUZA, V. A. E.; DELBEN, T. V. T.; VIANA, T. R. HIV... e agora? *Saúde & Conhecimento – Jornal de Medicina Univag*, v. 3, 2019.

SOUZA, M. *et al.* A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 936-944, 2015.

- TORRES, C. C. *et al.* Social representations of the HIV/AIDS: searching for the senses built for elderly. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro: UNIRIO, p. 121-128, 2012.
- VERAS, R. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro: UERJ, v. 23, n. 1, 2020.
- VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro: UERJ, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.
- VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, p. 196-209, 2016.
- VILLELA, A. B. A atualidade da psicanálise: do HIV à escuta pulsional. *Cadernos de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, p. 77-87, 2013.

Capítulo 7

Percepção de pessoas idosas encarceradas sobre a velhice

*Pollyanna Viana Lima
Alessandra Souza de Oliveira
Joana Trengrouse Laignier de Souza
Luciana Araújo dos Reis*

O processo de envelhecimento se constitui como uma etapa natural da vida, porém, complexo e, ao mesmo tempo, dinâmico. Além disso, cada indivíduo envelhece de forma diferente, pois está inserido em ambientes únicos e sujeitos a histórias de vidas díspares. Assim, pode-se dizer que o envelhecer, apesar de ser um percurso natural, tem em sua constituição a singularidade de cada ser (Dardengo; Mafra, 2018), ou seja, a velhice é heterogênea e ocorre de forma diferenciada para cada pessoa, podendo ser biológica e social, visto que a vida e as escolhas individuais somam-se às particularidades biológicas e dão características significativamente distintas (Farinatti, 2008).

Dessa forma, o envelhecer em situação de cárcere possibilita não apenas um processo de envelhecimento diferenciado, mas, sobretudo acelerado, frente aos construtos internos que um ambiente prisional possibilita, o que pode gerar impactos não apenas biológicos, como também sociais e emocionais (Miranda, 2018; Brasil, 2006). Para tanto, pensar no processo de envelhecimento de uma pessoa idosa que se encontra encarcerada é levar em conta que o envelhecimento se dará de forma diferenciada da pessoa idosa que está em liberdade, dado que as realidades ambientais e de convivência social de muitas pessoas idosas são extremamente diferentes (Oliveira; Costa; Medeiros, 2013).

É sabido que o número de pessoas idosas, vítimas do crime, tem sido cada vez maior. Todavia, o número de crimes cometidos por eles também tem crescido. Vale destacar que muitos indivíduos estão entrando no mundo do crime após os 60 anos e, também, estão envelhecendo nesse mundo. Essa não é uma realidade muito comum no Brasil, nem entre pesquisadores do envelhecimento, pois estes igualmente estão acostumados a pensar a velhice em outra esfera (Côrte, 2010).

Segundo dados, em 2025, cerca de 25% da população carcerária será de pessoas com 60 anos ou mais e com tempo prisional de 20 anos. Apesar da baixa estatística, se comparada à população de jovens encarcerados, não se pode ignorar o fato. É preciso buscar conhecer e compreender essa outra realidade das pessoas idosas (Côrte, 2010; DEPEN, 2014).

De acordo com dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN, 2013), no período compreendido entre dezembro de 2008 e dezembro de 2011, houve um aumento de 45,91% da população idosa encarcerada. O total de pessoas idosas encarceradas no sistema penal brasileiro, em 2012, era de 5.045 pessoas, dentre as quais 4.771 eram do sexo masculino, e 274, do sexo feminino, o que corresponde a 0,92% das 548.003 pessoas encarceradas no país. Em junho de 2013, o total de pessoas idosas encarceradas no sistema penal brasileiro era de 5.333; 5.012 eram do sexo masculino, e 321, do sexo feminino. Esses dados demonstram o crescimento de pessoas idosas encarceradas no Brasil (DEPEN, 2014), principalmente devido a crimes sexuais, porém, ainda não há uma explicação para essa realidade (Oliveira; Costa; Medeiros, 2013).

Frente a estes dados, faz-se necessário mencionar que o ambiente da prisão, o modo de vida não saudável, adicionado pelo isolamento, distanciamento das famílias e cuidados de saúde inadequados, precipita e acelera o processo de envelhecimento. Tal realidade é promotora do adoecimento, tanto físico como mental e reduz de forma drástica a expectativa de vida. Assim, as pessoas idosas, sem nenhuma ou com uma leve enfermidade, podem sofrer desgastes típicos na prisão, com isso, serem acometidas por um problema que leve à ausência de saúde. Já para as pessoas idosas com moderada a grave enfermidade física, viver no ambiente da prisão pode ser extremamente complexo e, por vezes, impossível (Oliveira; Costa; Medeiros, 2013; Cosco *et al.*, 2019).

Por muito tempo, o silêncio quanto à situação de encarceramento de pessoas idosas no Brasil foi uma constante, no entanto, nos últimos anos, tem sido noticiada na mídia de circulação pública, ainda de forma sutil, a problemática e as complexidades que estão envoltas em torno da situação (Carmo; Araújo, 2011). Esse silêncio pode ter relação direta com o número de pessoas acima de 60 anos que se encontram em reclusão, quando comparadas com o quantitativo alarmante de jovens. Por outro lado, tal questão pode estar ligada à Representação Social de que a pessoa idosa é incapaz de cometer crimes.

Pensar no processo de envelhecimento de uma pessoa idosa que se encontra encarcerada é levar em conta que o envelhecimento se dará de forma diferenciada daquela que está em liberdade, visto que as realidades de ambiente e de convivência social de muitas pessoas idosas são extremamente diferentes (Oliveira; Costa; Medeiros, 2013). Segundo Barsaglini (2016), a população que se encontra em cárcere, no Brasil, tem carências pregressas, mas a prisão acentua as implicações devido ao ambiente de superlotação e insalubridade, adicionadas às consequências do próprio fato de estar em confinamento.

Nesta perspectiva, acreditamos que o estudo que deu origem a este capítulo tenha extrema relevância devido ao fato de se tratar de uma investigação da pessoa idosa inserida no sistema carcerário brasileiro e do processo de envelhecimento de uma maneira não convencional, pois se refere a uma pessoa idosa que envelheceu e/ou envelhecerá encarcerada. Além disso, afirmamos que o complexo fenômeno do envelhecimento e sua conexão com a questão carcerária tem tido pouca atenção no Brasil, assim, os estudos são escassos, o que torna a velhice no cárcere ainda insuficientemente conhecida. A investigação, portanto, teve por objetivo analisar a percepção de pessoas idosas encarceradas sobre velhice.

Trata-se de um estudo caracterizado como exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios proporcionam maior familiaridade com o tema, no intuito de constituir hipóteses, portanto, o estudo descritivo objetiva a descrição das características da população analisada, com vistas a levantar as opiniões, atitudes e crenças dos sujeitos (Gil, 2010).

A pesquisa qualitativa possibilita trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (Minayo, 2013, p. 117). Ela é “essencial para o entendimento da realidade humana, das dificuldades vivenciadas, das atitudes e dos comportamentos dos sujeitos envolvidos” (Ferreira, 2015, p. 117). Nesse sentido, consideramos que o estudo qualitativo possibilitou-nos ampliar o conhecimento e o entendimento sobre as pessoas idosas encarceradas e a complexidade envolvida nesse contexto.

O estudo foi realizado em três Unidades Prisionais (UPs) do interior da Bahia, no período de março a outubro de 2017 (pesquisa de campo). As UPs custodiam presos provisórios e condenados, dando cumprimento às penas privativas de liberdade. A Unidade Prisional 1 (UP1) e a Unidade Prisional 2 (UP2) atendem aos Regimes Fechado, Semiaberto e Provisório, já a Unidade Prisional 3 (UP3) atende apenas aos Regimes Fechados e Regime Provisório.

Na Unidade Prisional 1 (UP1), há atualmente 653 presos, capacidade para 416 e um excedente de 237. Desses presos, 627 são do sexo masculino, dos quais 322 estão em regime provisório (RP), 192 em Regime Fechado (RF) e 113 em Regime Semiaberto (RSA). As presas do sexo feminino totalizam 26, delas, 16 estão em RP, 3 em RF e 7 em RSA (SEAP, 2018).

Atualmente, na Unidade Prisional 2 (UP2), há 314 presos, apesar da capacidade para 187, cujo excedente é de 127. Desses presos, 243 são do sexo masculino e se encontram em RSA e 71 são do sexo feminino, sendo 38 em RP, 19 em RF e 14 em RSA (SEAP, 2018).

Na Unidade Prisional 3 (UP3), há atualmente 891 presos, todos do sexo masculino, com capacidade para 750 e um excedente de 141, dos quais 495 estão em RP e 396 em Regime Fechado (RF) (SEAP, 2018).

Os participantes do estudo foram representados por 31 pessoas com 60 anos ou mais que estavam aptas para participar da pesquisa, pois se encontravam em situação de cárcere, alojadas em um dos Conjuntos Penais selecionados para realização da pesquisa, além de terem condições cognitivas preservadas, avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM completo é composto por duas seções que avaliam as funções cognitivas. A primeira seção avalia a orientação, a memória e a atenção, totalizando 21 pontos. A segunda parte avalia a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal, a um escrito, cópia de um desenho complexo, no caso um polígono, totalizando nove pontos. O escore total é de 30 pontos, já o ponto de corte é 23/24, sendo esta uma pontuação sugestiva de déficit cognitivo (Folstein, Folstein, McHugh, 1975). O MEEM possibilitaria a exclusão das pessoas idosas que não possuíssem cognição para participar do estudo. Porém, destacamos que após a avaliação do estado mental, todos as 31 pessoas idosas foram definidas como aptas para participarem.

Foi utilizado um roteiro para o grupo focal, o qual teve como objetivo apreender a percepção das pessoas idosas encarceradas sobre a velhice na prisão, mediante observação participante. Segundo Pommer e Pommer (2014), o grupo focal foi criado pelo sociólogo Bogardus, em 1926, e foi retomado, aproximadamente, na década de 1945, pelo também sociólogo Robert K. Merton e, posteriormente, em 1956, por Fiske e Kendall. Trata-se de uma técnica de coleta de dados realizada por meio da interação de um grupo, ou seja, é uma entrevista em grupo que possibilita problematizar um tema específico, permitindo aos participantes expressarem seus pontos de vista, com reflexões aprofundadas sobre um fenômeno social (Backes *et al.*, 2011). Essa técnica permite a compreensão das práticas cotidianas, atitudes e comportamentos (Lopes, 2014).

No grupo focal, o pesquisador é o mediador, responsável por possibilitar a liberdade de expressão, mas, ao mesmo tempo, permitir que a pesquisa não perca o foco que se busca. Os grupos foram formados por pessoas, escolhidas por apresentarem pelo menos um traço comum, o que representa um aspecto importante na análise (Lopes *et al.*, 2010). O número exato e ideal de grupo focal não é uma regra, pois é necessário adequá-lo à realidade da pesquisa, todavia, recomenda-se a participação de seis a doze pessoas. Esse critério quantitativo é adotado já que um grupo focal com um número inferior a seis é insuficiente para incitar o diálogo, enquanto um número maior que doze pode impedir que todos os participantes revelem seus pontos de vista (Vaughn; Schumm; Sinagub, 1996). Para a nossa realidade, foi possível realizar dois grupos focais, em duas UP, sendo que, na UP1, estiveram presentes 12 participantes, já na UP2, participaram 11. Além disso, a escolha do quantitativo deu-se em função comodidade e da possibilidade das UP. Ressalta-se que, na UP2, não foi possível a realização do grupo focal, pois o quantitativo de pessoas idosas era insuficiente.

Antes de iniciarmos o grupo focal, realizamos a acolhida aos participantes do grupo de pesquisa, para torná-lo mais informal. Foram expostos pelo moderador-pesquisador os objetivos do estudo e a explicação de como seria a dinâmica do Grupo Focal. As pessoas idosas foram convidadas a rememorem e construam sua percepção acerca da velhice na prisão, sendo possível uma sintetização sobre os temas geradores.

O registro dos dados ocorreu por meio de gravação, mas, devido ao fato de muitas pessoas idosas terem dicção ruim e/ou falarem baixo, foi preciso fazer a tomada de nota, para a qual contamos com o apoio da assistente social, que, prontamente, dispôs-se a contribuir em todo o processo dos grupos. Os grupos focais tiveram duração máxima de uma hora e ocorreram sempre junto com a profissional da assistência social e da psicologia, as quais se tornavam as relatoras.

O nosso campo de pesquisa foi entendido como uma possibilidade de um dado a mais para a investigação. Além disso, a nossa própria bagagem social, cultural e nossas subjetividades apareceram no momento da descrição dos procedimentos, bem como em outros momentos do estudo, uma vez que acreditamos que nenhum pesquisador é uma “tábula rasa” (Fernandes; Moreira, 2013). Por esse fato, escolhemos a técnica de coleta de dados conhecida como observação participante, mediante o registro em um diário de campo.

A observação participante na pesquisa qualitativa refere-se ao exame minucioso de um indivíduo e/ou um grupo de indivíduos dentro de um contexto e requer uma observação direcionada à descrição da problemática (VICTORA; Knauth; Hassen, 2000). O fato de ter escolhido esse tipo de procedimento é por entendermos, assim como VICTORA, Knauth e Hassen (2000), que há elementos que não podem ser compreendidos por meio da fala, ou seja, os gestos, os ambientes, os comportamentos e as relações contribuem para a compreensão posterior do objeto.

Tudo o que foi observado no campo do nosso estudo não se constituiu de um roteiro definido, pois acreditamos que estar em campo, principalmente no ambiente prisional, é uma experiência em aberto. Além disso, assim como Soares, Araújo e Bellato (2016), em nosso estudo, as observações permitiram entender o contexto do texto no qual os respondentes estavam inseridos, o que estava envolto na história que era contada, bem como o contexto de vivência e de relações no ambiente prisional.

O diário de campo foi utilizado para registrar as impressões e informações sobre como chegamos ao campo, como era o campo e as relações cotidianas vistas nele. Vale destacar que,

no momento das anotações, não tínhamos a ideia de que tudo o que fosse escrito no diário de campo seria um dado científico, visto que as categorias analíticas emergiram das informações coletadas pelas entrevistas e o grupo focal por meio de uma reflexão teórica.

Os resultados do grupo focal foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, elaborada por Laurence Bardin (2015), na modalidade de análise temática, com auxílio da ferramenta computacional de suporte para análise dos dados qualitativos NVivo, versão 11 (QRS, 2013).

Foi feito o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação, além da articulação do material empírico e o referencial teórico da área. Para representar de forma panorâmica os resultados e facilitar a visualização, foi utilizado o recurso do NVivo chamado “Nuvem de Palavras”.

Para construir a nuvem de palavras, inicialmente, foi feita a frequência de palavras com os nós (categorias) no *software* NVivo, e utilizada a opção gerar nuvem de palavras. Nesse momento, a pesquisadora pôde optar pela exclusão de palavras, quando acreditou que alguma palavra era considerada irrelevante para o estudo ou que não tinha sentido semântico, como foi o caso das preposições. Para isso, utilizou-se a opção do *software* de tornar impedida de ser agregada ao processo de análise de conteúdo a palavra desejada pelo pesquisador.

Além dessa possibilidade de retirar palavras indesejadas, foi possível também escolher a quantidade de palavras para cada nuvem apresentada. Neste estudo, optamos por apresentar apenas 50 ou 100 palavras mais evidenciadas, por acreditarmos que a nuvem fica didaticamente mais apresentável e o *corpus* da pesquisa que tem representatividade fica em maior evidência. O fato de uma nuvem ser construída com 100 palavras e as outras com 50 ocorreu devido à quantidade de unidades temáticas geradas por meio da contagem no *software* NVivo ser muito superior às demais, por isso, foi necessário definir a sua construção com 100 palavras para torná-la mais representativa.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com parecer nº 1.968.281.

A percepção de pessoas idosas encarceradas sobre velhice

A homogeneização da velhice é algo que não defendemos em nossa linha teórica, apesar de utilizarmos uma caracterização de pessoas idosas, como aquelas acima de 60 anos. Afirmamos isso, pois, se colocássemos a velhice nessa perspectiva, estaríamos indo na contramão do que pretendemos discutir, tendo em vista que o objeto aqui tratado, por si só, já se configura como uma discrepância em meio à homogeneização posta à velhice. Acreditamos neste sentido, que a velhice é diferente para cada indivíduo, percorre caminhos e experiências diferentes, perpassa por singularidades.

Neste estudo, as pessoas participantes tiveram histórias de vida diferentes da maioria que é colocada na mídia e que é tida como um padrão para a sociedade. São pessoas que produziram suas singularidades em meio a um contexto social carregado de inconsistências e dificuldades e que se enquadraram em um grupo de indivíduos que destoa da maioria. Ser uma pessoa idosa encarcerada e viver a velhice na prisão possibilita-lhes ter representações que, por vezes, aproxima-se de muitas pessoas idosas que estão extramuros da prisão, mas que são intensificados devido ao ambiente e ao estado em que se encontram.

As recordações das pessoas idosas que foram extraídas dos grupos focais, mesmo apresentando características relativamente distintas e com marcas de singularidade, evidenciaram pontos que se relacionam, manifestando a memória de um grupo coletivo/social de pertencimento. Dessa forma, os participantes do estudo puderam trilhar, por meio de suas memórias, situações vividas já com uma percepção atualizada, avaliando, construindo compreensões, ou seja, puderam rememorar fatos do passado, no presente reatualizado (Halbwachs, 2013).

Conforme já evidenciado, participaram do presente estudo 31 pessoas idosas na faixa etária de 60 a 75 anos, dentre elas apenas uma mulher, e os demais eram todos homens. A maioria com tempo de prisão de um a dois anos.

Quando as pessoas idosas foram questionadas sobre a velhice na prisão, em sua maioria, representaram com os vocábulos – envelhecer (19); vida (11); prisão (9); ruim (7); velhice (7); fora (6); cabeça (5); envelhecendo (5); melhor (5); sair (5), conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Nuvem de palavras sobre Representações Sociais da Velhice na prisão, Bahia, 2021



Fonte: Elaboração própria.

Conforme a nuvem de palavras, percebe-se que as evocações das pessoas idosas têm um teor negativo claro, pois a velhice aparece representada como: ruim, tristeza, morte, adoecimento e relacionada a perdas. Além disso, percebemos que, para as pessoas idosas, a solução para se ter uma velhice melhor é sair da prisão e ter uma vida fora dela, como se o fato de estar fora possibilitasse uma mudança no processo de envelhecimento e, conseqüentemente, na percepção da velhice.

Essas percepções estão relacionadas à própria categoria velhice, historicamente, tanto quanto às memórias compartilhadas na/pela sociedade, que possibilitam fortalecer e cristalizar a concepção da velhice ligada à decrepitude, à doença, ao fardo e ao fim da vida, com uma cultura de desvalorização da velhice (Tórtora, 2016). Além disso, essa percepção negativa está relacionada ao fato de elas serem evocadas no ambiente prisional e em uma situação em que o maior fardo para eles é justamente o envelhecer encarcerado.

Para as pessoas idosas, os indivíduos que viveram uma vida tida como “comportada” e seguiram os padrões de uma vida saudável podem desfrutar do prazer da vida. “Esse prazer é colonizado por uma axiomática capitalista para uma parcela de idosos, a exemplo do prazer programado pela indústria do entretenimento e do turismo dirigida a consumidores segmentados”

(Tórtora, 2016, p. 54). Nesse entendimento, para as pessoas idosas que fugiram desse padrão, que não tiveram uma vida comportada, resta apenas “viver a velhice”.

Assim, inferimos que o bem-estar na velhice e sua conseqüente percepção positiva é muito dependente de crenças, de culturas, de anseios, de emoções, ou seja, estão relacionados a experiências individuais e subjetivas e ancorados em situações concretas. Está ligado, também, a aspectos sociais, econômicos, educacionais, sobre como a sociedade enxerga a velhice e do lugar que o indivíduo ocupa na sociedade, nesse caso específico do estudo, o lugar ocupado não possibilita uma representação muito diferente da aqui descrita.

Em que pese a percepção da velhice, Daniel, Antunes e Amaral (2015) acreditam que é uma concepção que se plasma na identidade das pessoas idosas enquanto elementos da sociedade e na sua própria percepção enquanto grupo. Talvez isso ocorra devido ao fato da população, que se encontra em cárcere no Brasil, ter carências pregressas, com o agravamento da prisão, são acentuadas as implicações devido ao ambiente de superlotação e insalubridade, adicionadas às conseqüências do próprio fato de estar em confinamento.

As pessoas idosas, em suas narrativas durante as reuniões do grupo focal, apresentaram as percepções da velhice na prisão de forma negativa e como fim da vida, ancorando-se em uma memória social envolta em ideias construídas por meio de uma visão estigmatizada da velhice.

Envelhecer aqui dentro da prisão é ruim demais, não é vida na verdade.

Eu entrei na prisão com 52 anos e, hoje, aos 61, nem posso aposentar, mas, quando eu sair, quero aposentar e também trabalhar na roça.

Envelhecer é uma coisa que fico só pensando. Envelhecer lá fora é diferente. Aqui a gente fica com a mente vazia, sem ter o que fazer.

Envelhecer é uma coisa que fico só pensando. Envelhecer lá fora é diferente. Aqui a gente fica com a mente vazia, sem ter o que fazer.

O fato de terem a percepção da velhice como negativa e fim da vida faz parte do imaginário social que já se perpetua por longos séculos, por uma memória transmitida e ancorada socialmente e intensificada pelo fato de estar na prisão. No Brasil, ainda persiste uma representação histórica de relacionar a velhice à doença, à improdutividade, às perdas, aos desgastes, à incapacidade, à finitude da vida, à falta de autonomia, à institucionalização, isto é, enquanto um problema social/econômico que precisa ser gerido, o que a torna algo que precisa ser afastado, devido ao fato de representar uma etapa negativa (Santos; Lago, 2016).

Na sociedade moderna, predomina a racionalidade e o trabalho produtivo e criativo próprio para os mais jovens, então a velhice passa a ser reconhecida pela decadência física e ausência de papéis sociais. Esta é uma imagem negativa da velhice com a qual convivemos no século XX, pautada sobretudo na fragilidade biopsíquica e na decadência, resultante da perda do status, de poder econômico e social, quando o mundo passa a ser dominado por quem detém a ciência e a técnica, ou seja, os mais jovens (Blessman, 2004, p. 23).

Assim como o estudo, a pesquisa de Daniel, Antunes e Amaral (2015), realizada com pessoas idosas institucionalizadas em Portugal, identificou que as suas representações sociais sobre a velhice são relacionadas a um nítido conteúdo negativo e à finitude. Quando essas

representações partem de uma pessoa que está envelhecendo em cárcere, a negatividade é ainda maior, uma vez que a esperança de mudanças, de aceitação e de qualidade de vida é, de certa forma, utópica, frente aos relatos até aqui apresentados. Vale ressaltar que quando as pessoas idosas declaram que a velhice na prisão é uma antecipação da morte, denunciam uma realidade que é condizente ao meio, frente às mazelas do ambiente prisional já descritas.

Corroborando a análise apresentada, o estudo realizado por Oliveira, Costa e Medeiros (2013, p. 146), sobre o significado do envelhecimento para pessoas idosas encarceradas, chegou à conclusão de que o envelhecimento é relacionado a “sentimentos de decadência, finitude, adoecimento, cansaço e desvalorização social”, mas também surgiram aspectos positivos do envelhecer, como a maturidade. Os autores destacam que esses sentimentos são bem parecidos com os encontrados por pessoas idosas em liberdade. Todavia, salientam que o ambiente insalubre das prisões a que as pessoas idosas estão expostas diariamente intensifica o processo do envelhecer.

Mínayo e Ribeiro (2016) afirmam que a situação prisional, em si, potencializa os sintomas físicos e mentais, visto que o número alto de presos com problemas de saúde vivendo no mesmo ambiente, em celas extremamente lotadas, tem repercussões muito negativas sobre a condição física e mental, o que pode interferir inclusive na percepção das pessoas idosas sobre a velhice.

Inferimos, diante disso e das narrativas elencadas, que as mudanças de padrões de velhice relacionadas ao bem-estar e velhice ativa, com qualidade de vida – que os órgãos públicos e a mídia têm buscado divulgar de forma constante – ainda não repercutem nas RS da velhice da maioria das pessoas idosas, em especial, das participantes do estudo. Isso está relacionado ao fato de as RS terem como característica a dificuldade que encontram para serem concretizadas na sociedade e pela sociedade, a qual é resistente às mudanças (Moscovici, 2003) e arraigada em memórias sociais. Ainda se destaca a vivência e a experiência de cada indivíduo no presente, frente às situações socioeconômica e cultural, o que interfere na memória reconstruída e, conseqüentemente, na percepção da velhice.

Portanto, as percepções derivam do processo de socialização, diretamente ligada à identidade coletiva de um grupo. No caso do grupo das pessoas idosas participantes do estudo, a própria condição de estar encarcerado já favorece a senilidade, ou seja, o envelhecimento com adoecimento, o que proporcionou que eles representassem a velhice com essas características descritas nas narrativas que se seguem.

Envelhecer aqui é ruim, a gente adoce demais. Envelhece mais do que se estivesse lá fora.

Eu envelheci muito aqui dentro. A velhice chegou cedo.

Estou com quase 63 anos e acredito que não vou sair daqui por agora, estou envelhecendo em um lugar que jamais queria. Aqui dentro é muita pressão na cabeça. Aqui na escola eu estou estudando mesmo para passar o tempo, porque eu já tenho o segundo grau, mas também para melhorar a memória. Tem horas que a minha cabeça dá um branco, começo esquecer de coisas recentes...não sei o que está acontecendo.

Eu estou notando que estou envelhecendo demais aqui dentro. O cabelo ficou todo branco, a pele enrugou mais, cansaço demais, fraqueza. Para mim, aqui dentro, envelheci uns 20 anos. Acho que a gente envelhece mais, porque, além de ser um lugar como este, ainda a gente pensa demais na vida.

As narrativas chamam a atenção para algumas questões que já havíamos destacado. Primeiro, é possível observar que, assim como o estudo de Oliveira, Costa e Medeiros (2013),

as pessoas idosas relacionam a velhice ao fator biológico, por meio de sinais externos do corpo: cabelos brancos; pele enrugada; dores no corpo; doente; sem dente e fraco. Destacam, nesse sentido, características que, além de se direcionarem à senilidade, mostram-se voltadas à conceituação do ser velho, relacionada à aparência física, algo que não há como negar, pois, desde que nascemos, o corpo sofre modificações, as quais vão se intensificando ao longo da vida, assim, os primeiros sinais da velhice são percebidos na aparência, o que a torna objetiva aos olhos, mesmo muitos não querendo aceitá-la (Blessman, 2004).

A aceitação da velhice e, ao mesmo tempo, as mudanças que vão ocorrendo com ela não têm sido uma tarefa fácil para as próprias pessoas idosas, pois a busca da juventude e do belo tem sido constante pela sociedade, especialmente quando se trata da exposição na mídia. Quando as pessoas idosas investigadas lamentam as transformações ocorridas no corpo devido à velhice, elas estão representando uma visão ancorada em uma memória em que a valorização do corpo produtivo e belo é superior ao corpo tido como decadente e improdutivo.

Caracterizam, ainda, a velhice associada aos impactos da reclusão, percebida como algo natural de quem ali se encontra. Sendo assim, concordamos com Moraes, Marino e Santos (2017, p. 55), quando mencionam que a “representação é influenciada pelo meio no qual se cristalizou, ao mesmo tempo que também o influencia, porque passa a fazer parte do conhecido, do ponto de partida, possibilitando uma nova interpretação da realidade”.

Como segundo ponto a se destacar em meio às narrativas concretizadas no grupo focal, mas não se afastando completamente do primeiro, está o marcador etário. Este é um ponto bastante intrigante e complexo, que vem sendo debatido nos últimos anos por pesquisadores, como Kim; Peterson, 2014; Kouyoumdjian *et al.* (2017), sobre o qual, dificilmente, se chegará a um consenso. O fato de uma pessoa idosa encarcerada dizer que está envelhecendo mais do que se estivesse em liberdade direciona a uma problemática percebida pelas pesquisadoras desde o início do estudo, visto que nos deparamos com diversas situações em que a aparência física, em conjunto com o estado de saúde, fizeram-nos refletir sobre qual é realmente a idade quando nos tornamos velhos.

Percebemos, empiricamente (já que nosso estudo não permitia avaliar essas questões), que as pessoas idosas que estavam na prisão e aquelas com idades acima de 50 anos pareciam muito mais envelhecidas do que a maioria das pessoas idosas com quem convivíamos extramuros. Essa realidade experienciada também nos fez construir uma representação da velhice na prisão, não somente pelas breves observações, mas, também, em razão de todo um contexto vivido e experienciado. Além disso, percebemos que essas representações não partiam apenas das pesquisadoras, mas de todos os profissionais que lidam diretamente com as pessoas idosas; dessa maneira, permitiu-se construir, por meio de um senso comum, uma representação da velhice na prisão.

Essa representação de que a prisão intensifica o processo de envelhecimento e, conseqüentemente, os indivíduos ficam velhos mais rapidamente, contudo, não é de todo modo uma visão empírica, pois diversos estudos internacionais (Kim; Peterson, 2014; Kouyoumdjian *et al.*, 2017) e nacionais (Oliveira; Costa; Medeiros, 2013; Ghiggi, 2018) têm discutido esse ponto, sobre o qual cabe um estudo aprofundado. Além disso, permite-nos dizer que esse achado está condizente aos resultados de todos esses estudos e ao aqui apresentado, uma vez que mostram homens e mulheres acima de 50 anos extremamente debilitados, enfraquecidos e incapacitados, tal como desenvolvendo inúmeras doenças crônicas.

Um estudo realizado no Canadá, por Kouyoumdjian *et al.* (2017), chegou à conclusão de que a expectativa de vida e as taxas de mortalidade são piores para pessoas encarceradas e de que as pessoas idosas são as mais atingidas, todavia, ele chama a atenção para a importância de outros estudos que possam explorar a associação entre encarceramento e os marcadores do envelhecimento, incluindo a mortalidade, a morbidade e a aparência física. Empiricamente, concordamos com o autor supracitado, pois observamos dois desses marcadores, a saber, morbidade e aparência física.

Kim e Peterson (2014) afirmam que, devido à escassez de estudos sobre o encarceramento de pessoas idosas, ainda não há consenso acerca da idade em que os prisioneiros devem ser considerados pessoas idosas. Destaca ainda que, enquanto alguns estudos definem como 50 anos ou mais, outros usam 55 anos ou mais. Nesse sentido, podemos dizer que esse é um tema um tanto complexo para uma definição simples, principalmente pelo fato de ser difícil determinar uma idade cronológica também para as pessoas idosas que não estão encarceradas. Isso porque a velhice é muito diversa, não é igual para todos. No entanto, uma certeza tivemos durante a realização da pesquisa: a pessoa idosa encarcerada, especialmente aqueles que já têm uma vida pregressa com inúmeras implicações sociais e econômicas e aqueles que estão há muito tempo encarcerados, têm seu corpo mais afetado, tanto fisicamente e psicologicamente, quanto socialmente. Além disso, por meio da percepção deles, os anos na prisão são dobrados nos impactos no corpo.

Cada ano aqui na prisão vale por dez anos lá fora.

Muito difícil envelhecer aqui, ando muito doente, não aguento essa vida.

Eu, por exemplo, que estou com 62 anos, quase 63 começou a aparecer muita coisa, é um problema aqui comigo, um tremor, um nervoso que eu não tinha, é um colega que irrita, é um colega que adoce, que morre... É cadeia, né? Cadeia é assim.

Quando os participantes do estudo dizem que, na prisão, adoecem muito e que a falta de condições humanas de vida – como a inexistência de banho de sol e a pressão psicológica intensificada – direcionamos o olhar novamente à senilidade e à aceleração do envelhecimento. Inferimos, diante disso, que as pessoas idosas representam a velhice como uma tarefa complexa, de modo que são forçados a suportarem o ambiente desagradável, a rotina diária e as regras que os fazem ficar velhos mais rápido, doentes e invisíveis à sociedade.

Nessa perspectiva e diante da realidade do sistema prisional brasileiro, infere-se que o estar encarcerado possibilita sentimento de frustração, ócio, descrença no futuro próximo, violência, ruptura de laços familiares e sociais, perturbações mentais, razões que podem prejudicar a qualidade de vida, assim como acelerar o processo de envelhecimento (Deus, 2003). Qualidade de vida aqui é entendida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Whoqol Group, 1994, p. 1, tradução nossa).

Porporino (2014) acredita que pessoas idosas em convívio social com familiares, amigos e outros apoios sociais, que são participativas da sociedade, que têm algum nível de estabilidade financeira e possuem redes sociais de suporte são mais felizes e têm uma melhor qualidade de

vida. Em contrapartida, os que envelhecem nas prisões já estão sujeitos a se distanciarem dos familiares e amigos e serem excluídos das redes de apoio social, assim como da participação política, conseqüentemente, são afastados da felicidade, mas próximos das preocupações com a saúde e com o medo da morte. “Não há “escolha” para aprender envelhecer graciosamente na prisão. Você simplesmente fica velho, rápido e, principalmente, invisível” (Porporino, 2014, p. 2, tradução nossa).

Verificamos que a velhice é singular para cada indivíduo, apresenta experiências diferentes e particularidades individuais, no entanto, também foi possível verificar que, pelo fato de as pessoas idosas estarem inseridas em um contexto social de inconsistências e dificuldades muito parecido, antes de serem encarceradas e vivenciarem o mesmo ambiente, acabam representando a velhice de forma muito parecida, com um cunho grupal. Em todas as materialidades analisadas durante os grupos focais referentes à velhice na prisão, foi evidenciado um teor negativo claro, sempre relacionado à tristeza, a perdas, ao isolamento e ao adoecimento. Desse modo, as pessoas idosas têm a percepção da velhice na prisão de forma negativa e como o fim da vida, ancorando-se em uma memória social.

Foi visto, ainda, que a prisão acelera o processo de envelhecimento e precipita uma velhice senil, inclusive levando as pessoas idosas terem uma percepção do envelhecer relacionado à doença, mas, também, com a característica de percepção estética do envelhecer, associada principalmente à fragilidade. Por este fato, é de suma importância que as pessoas idosas encarceradas tenham um nível de cuidado diferente do que indivíduos encarcerados mais jovens, devido ao aumento da carga de comorbidades e de deficiências físicas e cognitivas a que estão mais expostos.

Frente a estas considerações, vale ressaltar que a implementação de políticas públicas em âmbito penitenciário, para pessoas idosas encarceradas, deve ser avaliada aplicação viável. Além disso, existe uma necessidade crítica e imediata do cumprimento dessas prioridades e uma maior atenção à pesquisa nessa área, uma vez os estudos ainda são incipientes, em especial, no Brasil.

Referências

- BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2015.
- BARSAGLINI, R. Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2315-2316, 2016.
- BLESSMANN, E. J. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 6, p. 21-39, 2004.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 1º maio 2018.

- CARMO, H. O.; ARAÚJO, C. L. O. População idosa no sistema penitenciário: um olhar por trás das grades. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 14, n. 6, p.183-194, 2011.
- CÔRTE, B. O pessoa idosa como agente do crime. *In*: BERZINS, M. V.; MALAGUTTI, W. (org.). *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari, 2010.
- COSCO, T. D.; KOK, A.; WISTER, A.; HOWSE, K. Conceptualising and operationalising resilience in older adults. *Health Psychol Behav Med.*, n. 28, v. 7, p. 90-104, mar. 2019. DOI: 10.1080/21642850.2019.1593845. PMID: 34040841; PMCID: PMC8114384.
- DANIEL F.; ANTUNES, A.; AMARAL, I. Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, Coimbra, Portugal, v. 3, n. 33, p. 291-301, 2015.
- DARDENGO, C. F. R. D.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, v. 18, n. 2, jul./dez. 2018.
- DEUS, S. I. *À espera da liberdade: um estudo sobre o envelhecimento prisional*. 2003. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.
- FARINATTI, P. T. V. *Envelhecimento, promoção de saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas*. Barueri, SP: Manole, 2008.
- FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2013.
- FERNANDES, J. S. G; ANDRADE, M. S. Representações sociais de idosos sobre velhice. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 48-59, 2016.
- FERREIRA, C. A. L. Pesquisa Quantitativa e Qualitativa: perspectivas para o campo da educação. *Revista Mosaico*, v. 8, n. 2, p. 173-182, 2015.
- FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.
- GHIGGI, M. P. Envelhecimento e cárcere vulnerabilidade etária e políticas públicas. *Mais 60: Estudos sobre Envelhecimento*, n. 71, v. 29, p. 09-29, 2018.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. Trad. Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2013.
- KIM, K. D.; PETERSON, B. *Aging Behind Bars – Trends and Implications of Graying Prisoners in the Federal Prison System*. EUA: Urban Institute, 2014.
- KOUYOUMDJIAN, F. G.; EVGENY, M. A.; ROHAN, B.; STUART, A. K.; ANDANDRES, M. Do people who experience incarceration age more quickly?

Exploratory analyses using retrospective cohort data on mortality from Ontario, *Plos One*, Canada, v. 12, n. 4, 2017.

LOPES, B. E. M. Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. *Revista Educação e Políticas em Debate*, Uberlândia: UFU, v. 3, n. 2, 2014.

LOPES, M. G. K.; KOCH, F.; HERBERT R.; FERREIRA, I. R. C.; BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 7, n. 2, p. 166-172, 2010.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, 2016.

MIRANDA, D. S. O aumento da expectativa de vida ultrapassa os muro das penitenciárias. *mais60 – Estudos sobre Envelhecimento*, São Paulo: Sesc São Paulo, v. 29, n. 71, 2018.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010. Disponível em: http://www.observatorionacionaldopessoa idosa.fiocruz.br/ biblioteca/_artigos/196.pdf. Acesso em: 3 jan. 2017.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais*. Psicologia Social. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C.; MEDEIROS, K. K. A. S. Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, v. 16, n. 1, p. 39-148, 2013.

PORPORINO, F. J. *Managing The Elderly In Corrections*. International Corrections and Prisons Association, 2014. p. 1-29. Disponível em: http://archive.icpa.ca/tools/download/1981/Managing_The_Elderly_in_Corrections.pdf. Acesso em: 15 nov. 2017.

POMMER, C. P. C. R.; POMMER, W. M. A metodologia do grupo focal e a formação continuada do professor: um olhar interativo envolvendo a articulação cognição e emoção. *Revista Itinerarius Reflectionis*, Goiania, v. 10, n. 2, 2014.

QRS INTERNATIONAL. *NVivo 11 for Windows – Getting Started Guide*. Doncaster, AUS: QRS International Pty Ltd, 2013.

SANTOS, D. K.; LAGO, M. C. S. The dispositif of age, the historical production of the old age, and regimes of subjectification: A genealogical tracking. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 133-144, 2016.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA E RESSOCIALIZAÇÃO (SEAP). *População carcerária do Estado da Bahia (por regimes)*. Salvador: SEAP, 2018. Disponível em: <http://www.seap.ba.gov.br/sites/default/files/dados/201712/presos%20provis%c3%93rios%20e%20condenados%2027-12-17.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2017.

SOARES, J. L.; ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R. Cuidar na situação de adoecimento raro: vivência da família e sua busca por amparo dos serviços de saúde. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1017-1030, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-01017.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2017.

TÓRTORA, S. *Velhice: uma estética da existência*. São Paulo: EDUC: FAPESB, 2016.

VAUGHN, S; SCHUMM, J. S; SINAGUB, J. *Focus group interviews in education and psychology*. California (EUA): Sage Publications. 1996.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WACHELESKI, N. R. *As configurações da situação de encarceramento de idosos em Porto Alegre/RS*. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – PUC-RS, Porto Alegre, 2015.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (ed.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

Capítulo 8

O estigma do envelhecimento e da deficiência física

*Tatiane Dias Casimiro Valença
Luciana Araújo dos Reis*

Quando o envelhecimento e a deficiência física se fazem presentes em um mesmo indivíduo, a tendência da sociedade é entender que as dificuldades e as limitações para realização das atividades da vida diária e laborais serão ainda maiores ou, ainda, que estas pessoas idosas com deficiência física não conseguirão realizar suas atividades sem o auxílio de outra pessoa. Isso porque, o envelhecer e a deficiência física, comumente, geram na mente humana representações duplamente estigmatizantes (Resende; Neri, 2009).

Certamente, a aquisição de uma deficiência física na velhice é caracterizada por uma complexidade de aspectos individuais e coletivos que podem deixar marcas na trajetória de vida de pessoas idosas e podem influenciar na construção do sentido atribuído a esta aquisição. Atividades da vida diária, como trocar de roupa, alimentar-se e se higienizar tornam-se limitadas ou impedidas. O trabalho e o convívio social podem ser abandonados, o que gera transtornos econômicos, sociais e psicológicos para a pessoa idosa, sua família e a sociedade.

O aprofundamento no conhecimento a respeito da aquisição e do viver com deficiência física na velhice é importante para proporcionar melhor compreensão dos aspectos singulares dessa experiência. Diante desse entendimento, torna-se possível estabelecer debates e ações, seja no âmbito multi, inter ou transdisciplinar, cujo propósito é buscar estratégias de aprimoramento das políticas públicas e de fortalecimento de mecanismos de garantia de direitos que sejam pertinentes e efetivos para a população idosa com deficiência física.

Aspectos demográficos e conceitos do envelhecimento humano

Os países desenvolvidos sempre tiveram como característica populacional a presença de um percentual elevado de pessoas idosas, ao contrário dos países ditos em desenvolvimento, como o Brasil, que era, até pouco tempo, classificado como um país de jovens. No entanto, esse quadro vem se alterando de forma rápida e intensa nos últimos anos.

O Brasil vem passando por um processo da transição demográfica com o crescimento da população idosa, que também se apresenta cada vez mais longeva. Na última década, o

contingente de pessoa idosa no Brasil aumentou 39,8%. Em 2012, o país tinha 22,34 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 11,3% de toda a população. Esse percentual subiu para 14,7%, em 2021, o que representa cerca de 31,23 milhões de pessoas idosas, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD/IBGE, 2022).

Esse novo perfil demográfico, de acordo com estudiosos de população, tende a gerar grandes desafios para o sistema público, principalmente os da saúde e da previdência social, devido ao fato de o país não ter se preparado de forma adequada para se adaptar às demandas dessa parcela da população (Wong; Carvalho, 2006).

Além disso, fatores demográficos e epidemiológicos acarretam uma maior dependência da pessoa idosa e, por conseguinte, na maior necessidade de planejamento de ações e de políticas públicas, o que representa um desafio para a família e para o Estado, dada a necessidade de cuidados específicos e elevação dos custos (Telles, 2009). As mudanças nos perfis de morbimortalidades no país, devido também ao aumento da longevidade, ocorreram de forma acelerada e intensa, o que impossibilitou a preparação do país para as suas consequências, já que o cenário brasileiro ainda impõe condições de desigualdades sociais e econômicas. Contrariamente ao Brasil, nos países desenvolvidos este processo ocorreu lentamente, o que permitiu que desenvolvimento econômico e envelhecimento ocorressem juntos, consequentemente, em um ambiente favorável (Telles, 2009).

Diante desse cenário de envelhecimento da população mundial e brasileira, temos o mesmo questionamento de Veras (1994), em sua obra *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*, sobre o que é envelhecimento, cuja resposta é: “Velhice é um termo impreciso, nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social” (Veras, 1994, p. 25).

Ao analisarmos a definição dos termos “velho” e “pessoa idosa”, no dicionário da língua portuguesa, observamos que “pessoa idosa” é uma pessoa que tem muitos anos de vida; “velho” apresenta essa mesma definição, mas também é utilizada para mencionar coisas antigas, antiquadas ou usadas (Ferreira, 2010). Assim, a velhice foi interpretada de várias maneiras por diferentes pessoas, em diferentes contextos históricos, desde a antiguidade greco-romana (Tótora, 2013).

Na Grécia Clássica, as pessoas idosas possuíam um lugar subalterno, sendo enaltecidas a beleza, a força e a juventude. Na sociedade romana, os anciões tinham uma posição privilegiada e de autoridade, principalmente em relação aos membros da família. Nas sociedades antigas, o ancião era percebido como um privilégio sobrenatural que lhe concedia longevidade e estava associado à sabedoria e à experiência. Assim também era nas sociedades orientais, principalmente na China e Japão em que privilegiavam as pessoas idosas acreditando que eles possuíam um certo poder sobrenatural, pois tinham uma expectativa de vida longa associada à sabedoria e à experiência de vida (Beauvoir, 1990).

Com a queda do Império Romano, as pessoas idosas também foram perdendo o lugar de destaque no meio social. Nos períodos do Renascimento e do Barroco, prevaleceu uma ideia da inevitável senilidade e do caráter deprimido da velhice. Os povos gregos, babilônios e hebreus pesquisavam formas de se impedir o processo de envelhecimento sendo a imortalidade um objetivo a ser conquistado. Os gregos enalteciam a juventude e a beleza, de modo que as pessoas idosas eram desprezadas e colocadas em serviços subalternos e humilhantes (Dardengo; Mafra, 2018).

No entanto, Platão, filósofo grego, apontava uma visão contrária para a velhice, já para ele essa fase da vida era acompanhada de astúcia, sabedoria, prudência e sensatez. Para os Hebreus,

as pessoas idosas eram valorizadas e vistas como os chefes naturais, enquanto que sua vida longa era tida como uma benção. A Idade Média se caracterizou pelo poderio militar, cujo destaque era dado aos mais fortes, assim, as pessoas idosas passaram a compor parte da população escrava e servil, para sobreviverem, submetiam-se a trabalhos humilhantes (Dardengo; Mafra, 2018).

O século XVI se caracterizou por uma violência e um ataque contra a velhice devido à adoração e o culto da beleza e da juventude. Erasmo de Roterdã, em sua obra *Elogio da Loucura*, concebia a velhice como uma carga e a morte como necessária. Ele considerava que a loucura era o único remédio contra a velhice. Durante os séculos XIV e XV, as epidemias de doenças como a peste e a cólera deixaram um saldo de milhares de mortos na faixa etária de jovens e adultos, mas uma grande população de pessoas idosas que havia sobrevivido (Bertoldo, 2010). Este fato trouxe o aumento do conflito entre as gerações, com isso, as pessoas idosas começaram a ser ridicularizadas em ambientes públicos, por isso, apresentando pouca importância social (Dardengo; Mafra, 2018). A velhice nesses séculos era associada ao declínio do corpo e maior presença de doenças físicas e mentais (Bertoldo, 2010).

Nos séculos XVII e XVIII, ocorreram avanços no campo da fisiologia, anatomia, patologia, melhorando as condições de saúde e a expectativa de vida desses indivíduos. Houve um aumento no número de pessoas em idade avançada, ademais, os avanços da ciência permitiram descartar vários mitos acerca da velhice. Apesar disso, a percepção em relação às pessoas idosas não melhorou. De acordo com Beauvoir (1990), antes do século XVIII, a velhice era considerada insignificante e, por vezes, motivo de escárnio.

Até o século XIX, a velhice era tratada como uma questão de mendicância, uma vez que a percepção que se tinha da pessoa idosa era de que esta não possuía possibilidades de sustentar financeiramente. Assim, a noção do envelhecimento remetia à incapacidade de trabalhar e de produzir. De acordo com Peixoto (2006), era denominado “velho” (*vioux*) ou “velhote” (*veillard*) aquele indivíduo que não desfrutava de *status* social, muito embora o termo velhote também fosse utilizado para denominar o velho que tinha sua imagem definida como “bom cidadão”. A partir da segunda metade do século XIX, a velhice passa a ser apresentada como uma fase de decadência e ausência de papéis das pessoas idosas na sociedade (Debert, 1999).

Com a Revolução Industrial e o urbanismo, as pessoas idosas ficaram sem trabalho, por isso, boa parte delas ficaram em um estado de miséria. No início do século XX, ocorre uma valorização do aspecto social do jovem e a indústria da beleza passa a vender a eterna juventude e a negar a velhice. Nesse sentido, a aparência, o exterior e o corpo são valorizados, por sua via, a velhice passa a ser associada à decadência (Resende; Neri, 2009). Na transição dos séculos XIX e XX, com o avanço do estudo da medicina na área do corpo envelhecido, surge o conceito de “senescência”, segundo o qual a velhice é um processo contínuo com um estado fisiológico específico, com características específicas e a morte passa a ser vista como resultado de doenças inerentes à velhice (Silva, 2008).

Na sociedade moderna vai predominar a racionalidade e o trabalho produtivo e criativo relacionados aos indivíduos mais jovens, assim, a velhice passa a ser reconhecida pela decadência física e ausência de papéis sociais. A imagem da velhice se apresenta de maneira negativa, por isso, relacionada a um estado de fragilidade biopsíquica e decadência, resultante da perda do *status*, de poder econômico e social (Rezende, 2008). Neste contexto histórico-cultural, o mundo passa a ser dominado, principalmente, pela população mais jovem que detém a ciência e a técnica (Blessmann, 2004).

Já nos anos 1960, com a nova política social para a velhice, há uma transformação na estrutura social com a elevação das pensões aumentando o prestígio das pessoas idosas aposentadas (Peixoto, 2006). Observa-se uma mudança na forma de tratamento com a substituição de termos pejorativos relacionados às pessoas idosas, principalmente nos textos oficiais e na forma de percepção destes indivíduos pela sociedade. Isso se dá mediante a implantação de instrumentos legais e da categoria de aposentado que introduz melhores condições de vida, com isso, as pessoas idosas passaram a ter um *status* social mais reconhecido (Peixoto, 2006).

Atualmente, as diferentes sociedades apresentam importantes mudanças de atitudes em relação à percepção da velhice por meio do reconhecimento de uma série de potencialidades que contribuem para que seja redimensionado o lugar social da pessoa idosa. Verifica-se na sociedade contemporânea uma representação mais positiva em relação à pessoa idosa. Com isso, cresceram as oportunidades de realização e de satisfação da pessoa idosa, o que promoveu um movimento por parte de alguns indivíduos e de grupos da sociedade pelo fim do estereótipo da velhice como incapacidade (Blessmann, 2004).

Entretanto, Mercadante (1997) descreve a velhice como um fato natural e cultural. É natural e, portanto, universal se apreendida como um fenômeno biológico, mas, é também imediatamente um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos, evidenciando formas diversas de ação e de representação. Deste modo, a velhice deve ser observada sob uma perspectiva histórica e socialmente contextualizada. O tratamento dispensado à velhice dependerá dos valores e da cultura de cada sociedade em particular, em função dos quais ela construirá sua visão desta etapa da vida.

Tomando como base os aspectos fisiológico e cronológico, legalmente, o termo pessoa idosa é a denominação oficial de todos os indivíduos com idade a partir de 60 anos, definida pelas políticas sociais que enfocam o envelhecimento, como a Política Nacional do Pessoa Idosa (Brasil, 1994) e o Estatuto do Pessoa idosa (Brasil, 2003), como também pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO, 2002). Destarte, trata-se de um grupo etário bastante heterogêneo, constituído por pessoas com idades que variam de 60 a mais de 100 anos incluindo indivíduos com graus diferenciados de autonomia (Camarano, 2010).

O envelhecimento, portanto, de acordo com Papaleo Netto (2016), pode ser entendido como um processo natural, dinâmico e progressivo, em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas com diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade. Admite-se que fatores extrínsecos podem intensificar os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos, contribuindo para diminuição da independência da pessoa idosa (Papaleo Netto, 2016).

Entretanto, Neri e Freire (2000) afirmam que além da idade cronológica, dos sinais físicos, cognitivos e afetivos que são geralmente associados ao envelhecimento, outros aspectos devem ser levados em consideração. Estes perpassam pela forma como cada indivíduo administra seu tempo, suas relações interpessoais e como percebe a si próprio diante desse processo do envelhecer. Deste modo, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas, como as mudanças nos papéis e de posições sociais, bem como da necessidade de lidar com perdas de relações sociais e problemas emocionais.

Neste contexto, a velhice pode ser percebida como um processo heterogêneo, uma vez que, cada indivíduo vivencia essa fase da vida em função de sua história individual e coletiva, de seus aspectos culturais, sociais, econômicos, psicológicos, relacionais, biológicos, de saúde, entre outros, com consequências que modificam a relação do homem no tempo, com o mundo e com a sua própria história (Beauvoir, 1990; Lopes; Mendes; Silva, 2014). Corroborando esse pensar, Debert (1998) afirma que a velhice não se apresenta como uma categoria universal e que essa etapa do ciclo de vida é elaborada simbolicamente com rituais experienciados pelos indivíduos, o que contribui para sua construção histórica e social. Assim, pode-se dizer que envelhecimento é um processo biológico culturalmente conceitualizado, socialmente construído e conjunturalmente definido, o qual deriva dos conceitos e dos estereótipos fornecidos a estes indivíduos em cada época e em cada cultura (Lopes; Mendes; Silva, 2014).

Outras autoras que abordam o envelhecimento como Simone de Beauvoir (1990) e Ecléa Bosi (2012). Elas defendem que a velhice é percebida como fenômeno natural e social que se desenvolve no ser humano, por isso, o indivíduo se defronta com problemas e limitações de ordem diversas que singularizam esse processo. Elas concluem que, geralmente, a sociedade estabelece clichês em relação ao envelhecer, visto que considera a pessoa idosa apenas como um objeto da ciência, da história e da sociedade, baseados apenas na descrição exterior. Isto é, a pessoa idosa é descrita pelo outro e não por ele próprio. Escreve Beauvoir (1990, p. 15): “O homem não vive nunca em estado natural: na sua velhice seu estatuto é imposto pela sociedade à qual pertence”.

A deficiência física no contexto histórico cultural

A deficiência faz parte da condição humana, uma vez que qualquer pessoa pode nascer ou adquirir, em algum momento de sua vida, uma deficiência temporária ou permanente, com isso, passar a enfrentar dificuldades com a funcionalidade de seus corpos. Em todos os períodos históricos a sociedade enfrentou a questão moral e política de como melhor incluir e apoiar as pessoas com deficiência. De acordo com Relatório mundial sobre a deficiência, essa questão se tornará ainda mais premente conforme a demografia das sociedades muda, e cada vez mais pessoas alcançam a idade avançada (WHO, 2012).

Sendo assim, para aprofundarmos no conhecimento a respeito do tema da deficiência é necessário rever um pouco da história para buscar entender os hábitos, o modo de viver e como a sociedade percebe e insere a pessoa com deficiência em cada época e como esses aspectos se perpetuam e se apresentam na memória coletiva. A deficiência não é uma situação nova; desde os seus primórdios a humanidade convive com pessoas com esse tipo de agravo. De acordo com Silva (1987), no império do Egito Antigo as pessoas com algum tipo de deficiência podiam viver em sociedade, trabalhando principalmente em artesanatos e demais funções diferenciadas. Isso revela que, em alguns locais do mundo antigo, já existia um sentimento de inclusão desses indivíduos na sociedade. Vale ressaltar, porém, que o tratamento para com eles não era uno, tampouco igualitário (Silva, 1987).

No período greco-romano, eram notáveis os ideais conflitantes, podendo ser identificadas posições antagônicas dentro de uma mesma civilização ou império. Ou seja, poderia haver uma rejeição e eliminação imediata ou uma proteção assistencialista e caridosa à pessoa com

deficiência pela sociedade. Na Antiguidade, as pessoas com algum tipo de deficiência, geralmente, eram excluídas da sociedade mediante práticas de extermínio e de abandono, pois eram vistas como pessoas sem utilidade, que não serviam à própria sobrevivência e ao clã (Scalzer, 2002). Essa atitude refletia os ideais morais da época quando a eugenia e a perfeição do indivíduo era valorizada ao extremo. A prática de infanticídio é registrada desde a pré-história e continuou a ser realizada no período da antiguidade nas sociedades Indiana, Grega e Romana. Em Esparta, sabe-se que, devido ao culto de um corpo atlético e perfeito, as crianças que nasciam com algum tipo de deficiência eram abandonadas ou eliminadas (Silva, 1987; Pessotti, 1984). Acreditava-se que as deficiências eram causadas por espíritos e forças sobrenaturais.

Durante o período da idade Média, com a difusão do Cristianismo, a deficiência era comparada a um fardo, uma espécie de castigo divino ou pecado o qual a pessoa carregava consigo, dessa forma, eram proibidas de participarem dos cultos de cunho religioso (Sigaud; Reis, 1999). A deficiência era concebida como um fenômeno metafísico e espiritual e as pessoas eram abandonadas pela família sendo acolhidas por instituições de caridade. A postura da sociedade era de ambivalência entre caridade e castigo (Silva; Dessen, 2001).

A Igreja Católica assume uma postura que pretendia tanto assistir quanto limitar os movimentos das pessoas com deficiência. Com o tempo, estas pessoas se tornaram o centro da diversão das ruas, das grandes moradas e dos castelos de nobres senhores feudais, devido a sua aparência, trejeitos e sua falta de conhecimento. Eram vistos como tolos, divertidos e inconsequentes, assim, deviam ser assistidos (Silva, 1987).

A partir deste contexto é que surgem os primeiros hospitais, por iniciativa da Igreja, que, em sua origem, eram instituições de assistência aos pobres, doentes mentais e pessoas com deficiência (Silva, 1987). Estes hospitais possuíam também a função de exclusão, por considerarem que estes indivíduos precisavam de constante assistência e observação por serem considerados perigosos. Os pacientes dos hospitais desta época não eram realmente doentes que necessitassem de tratamento e cura, mas, era um rol de excluídos pela sociedade, beirando à morte (Foucault, 2014).

Com a ascensão do pensamento antropocêntrico na Idade Moderna, a visão assistencialista da Idade Média decaiu e dar lugar a uma postura mais integrativa das pessoas com deficiência, com a implantação de iniciativas por parte das autoridades visando a proporcionar melhores condições de vida a essas pessoas (Bublitz, 2014). Esta postura perdurou durante a Idade Contemporânea, considerando os inúmeros inventos da época que procuraram auxiliar as pessoas com deficiência em sua locomoção, meio de trabalho e acesso ao conhecimento, como a cadeira de rodas, as próteses, as muletas, as macas, o sistema Braille, dentre outros (Bublitz, 2014). Assim, com os novos ideais lançados pela Revolução Francesa e a expansão da ciência, começou-se a pensar em maneiras de compensar a deficiência e ela começou a ser considerada remediável (Oliveira, 2010).

Com o Iluminismo, a concepção da deficiência passou por alterações devido ao avanço da ciência e da medicina. As superstições e aspectos espirituais foram substituídos pela valorização da razão e do conhecimento, de modo que surgiu o modelo médico que considerava a deficiência como uma alteração normal da espécie humana, do saudável, do chamado “corpo padrão” (Diniz, 2007). Surgiram os primeiros hospitais psiquiátricos; no entanto, estes foram mais utilizados como locais para confinar do que para tratar os indivíduos que fossem considerados doentes e que “incomodavam” a sociedade da época.

A partir do século XX, ocorreram grandes mudanças da sociedade e conquistas significativas foram alcançadas pelas pessoas com deficiência, nos mais variados campos, como o social, médico, educacional, nas políticas públicas de bem-estar, na evolução das ações de assistência e promoção social para aquelas de seguro social e saúde pública. As pessoas com deficiência passam a ser vistas como os demais cidadãos, com deveres e direitos, em que se buscou inserir e integrar tais indivíduos na sociedade.

No ano de 1981, a Organização das Nações Unidas (ONU) declara este ano como Ano Internacional da Pessoa Deficiente, nesse período, também, foi retificada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência pelo Brasil, encerrando o caminho de invisibilidade silenciosa das pessoas portadoras de deficiência aqui e no mundo (Bublitz, 2014).

Ademais, foram realizados encontros e congressos que tratavam sobre o assunto, com a apresentação e a discussão dos problemas e demandas dessa população. Começaram a ser elaboradas as primeiras legislações sobre previdência social, direitos do trabalho, reabilitação e inserção social, além disso, surgiram entidades e instituições privadas voltadas para essas questões. A preocupação com os corpos deficientes, por parte da sociedade, marca de maneira significativa o fim do século XX e início do XXI, como relatam Gaio e Porto (2006, p. 12):

Mudar a concepção desses corpos é a marca deste período histórico. Olhar para eles sem piedade, mas com reconhecimento, acreditando em suas capacidades para além das limitações que apresentam é o que se propõe a humanidade, estimulada pelos próprios corpos deficientes e por todos os outros corpos que acreditam que todo ser humano pode superar quando tem oportunidades para tal.

Em relação à deficiência física, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE, 2019) indicou que 17,3 milhões de pessoas, com 2 anos ou mais de idade, tinham algum tipo das deficiências investigadas. Desse número, cerca de 8,5 milhões eram de pessoas idosas. Especificamente em relação à deficiência física em membros inferiores, em pessoas com 60 anos ou mais, 14,4% (5,0 milhões) apresentaram essa deficiência (IBGE, 2019).

A incidência de deficiências na população idosa tende a ser cada vez maior devido ao crescimento do número da pessoa idosa, maior expectativa de vida e ao contexto de senescência e senilidade com a presença de doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, câncer e as sequelas decorrentes delas que atingem em maior incidência essa população (IBGE, 2019).

Além disso, a deficiência física integra o quadro das condições crônicas, diante disso, os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõem atenção e cuidado maior a essa parcela da população. Neste contexto, o aumento da população de pessoas idosas com deficiência no Brasil revela a expressividade desse tema para a organização social do país e para elaboração e implantação de políticas públicas, principalmente de caráter de saúde e de proteção social.

Em relação à nomenclatura utilizada para a pessoa com deficiência, a discussão é ampla e não apresenta um consenso. De acordo com Sasaki (2006), esse consenso nunca existiu e, talvez, nunca exista, pois em cada época é utilizada a designação que melhor traduz os valores vigentes, ou seja, a definição do termo utilizado para deficiência traz em si conotações de natureza social, política, cultural, religiosa entre outras, sendo influenciada pelo contexto histórico inerente às diferentes etapas da civilização humana.

De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Brasil, 2008), o termo utilizado como nomenclatura para indivíduos com deficiência é “pessoa com deficiência”. A pessoa não porta, não carrega sua deficiência, ela tem deficiência e, antes de ter a deficiência ela é uma pessoa como qualquer outra. O Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 1999), declara que a deficiência é caracterizada por toda a perda, anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo, seja de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdades de condições com as demais pessoas.

A alteração, completa ou parcial, de um ou mais segmentos do corpo humano acarreta o comprometimento da função física, a longo prazo, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Brasil, 1999). Esta é uma definição fundamentada em avaliações médico-funcionais centradas nas características individuais.

Entretanto, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Brasil, 2008) está descrito que a deficiência é um conceito em evolução e que ela resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devido às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Em 2001, foi estabelecida a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), constituindo o quadro de referência universal adotado pela OMS para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade, quer do âmbito individual, quer da população. Os conceitos apresentados na CIF sustentam um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, de modo que não são observadas somente as condições de saúde/doença, mas o ambiente físico e social, as diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência (Farias; Buchalla, 2005). Esta classificação é baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social (Farias; Buchalla, 2005).

Assim, a Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) (Brasil, 2015), no Capítulo Primeiro, Artigo 2º, inciso 1º, também declara que a avaliação da deficiência será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e deverá considerar impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; a restrição de participação. Ou seja, serão observados outros aspectos relacionados à vida do indivíduo e não apenas ao aspecto físico.

Na maioria das vezes, o conceito de deficiência está vinculado somente ao aspecto biológico do indivíduo buscando compreendê-lo somente em função das explicações fisiológicas e anatômicas. No entanto, Resende e Neri (2009) explicam que, no aspecto social, a deficiência

pode ser compreendida como resultado da falta de equilíbrio entre as condições do indivíduo que é acometido por uma limitação funcional, suas expectativas em relação ao desempenho nas atividades de vida diária e a carência ou a inadequação de condições instrumentais e sociais que lhe proporcionem funcionar adequadamente, mantendo a autonomia e a autoestima.

A partir dos anos 1970, nos Estados Unidos e no Reino Unido, ocorreu uma revolução nos estudos sobre a deficiência, quando ela passou a ser percebida não apenas no aspecto biomédico, psicológico e de reabilitação, mas, também, como um campo das humanidades (Diniz, 2007). O conceito de deficiência reconhece o corpo com lesão, tal como denuncia a estrutura social que oprime a pessoa com deficiência. Os estudos sobre a deficiência pautados em diferentes saberes desafiaram a hegemonia biomédica sobre o assunto, o que gerou um debate sobre como descrever a deficiência em termos políticos e não mais estritamente diagnósticos.

Estudos foram realizados apresentando variações relacionadas ao conceito de deficiência tanto do modelo médico como do modelo social que, geralmente, são apresentados separados. No entanto, a deficiência não deve ser vista como algo somente médico, nem somente social, sendo necessária uma abordagem mais equilibrada que dê a devida importância aos diferentes aspectos que envolvem esse fenômeno.

A deficiência é complexa, dinâmica, multidimensional e vista como objeto de questionamentos. Nas últimas décadas, o movimento das pessoas com deficiência, juntamente com inúmeros pesquisadores das ciências sociais e da saúde têm identificado o papel das barreiras físicas e sociais para a deficiência. A transição de uma perspectiva individual e médica para uma estrutural e social foi descrita como a mudança de um “modelo médico” para um “modelo social”, no qual as pessoas são vistas como deficientes pela sociedade e não devido a seus corpos (Oliver, 1990; WHO, 2012).

O modelo médico e o modelo social costumam ser apresentados como separados, mas a deficiência não deve ser vista como algo puramente médico, ou mesmo como algo puramente social: pessoas com deficiência frequentemente podem apresentar problemas decorrentes de seu estado físico. Segundo o Relatório Mundial Sobre a Deficiência (WHO, 2012), é necessário fazer uma abordagem mais equilibrada que dê o devido peso aos diferentes aspectos da deficiência.

A CIF, adotada como modelo conceitual para este Relatório Mundial Sobre a Deficiência (WHO, 2012), compreende funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais. Promovido como um “modelo biológico-psíquico-social”, o relatório representa um compromisso viável entre os modelos médico e social. A incapacidade é um termo abrangente para deficiências, limitações para realizar e restrições para participar de certas atividades da vida diária e laboral (WHO, 2012).

O modelo médico considera a deficiência como um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõe relação de causalidade entre a lesão ou a doença, bem como a experiência da deficiência. A deficiência, nesse modelo, é a expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente (Bampi; Guilhem; Alves, 2010). Observa-se uma descontextualização da deficiência, enfocando-a como um incidente isolado. O modelo médico tem relação com a homogeneidade porque trata a deficiência como um problema do indivíduo (e, no máximo, de sua família) que deve se esforçar para se “normalizar” perante os olhos da sociedade.

Já o modelo social da deficiência, valoriza a diversidade e traz a ideia de que a maior parte das dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência é resultado da forma como a sociedade

lida com as limitações de cada indivíduo. Neste contexto, o modelo social da deficiência sugere que a deficiência não pode ser percebida e entendida apenas como uma questão individual, mas da vida em sociedade, transferindo a responsabilidade pelas desvantagens das limitações corporais do indivíduo para a incapacidade da sociedade em prever e se ajustar à diversidade (Oliver, 1990).

Pode-se dizer que, no modelo social, a deficiência é a soma de duas condições inseparáveis, ou seja, as sequelas existentes no corpo somando-as às barreiras físicas, econômicas e sociais impostas pelo ambiente ao indivíduo com deficiência. A esse respeito, Camarano (2004, p. 108) escreve que: “o ponto de partida teórico do modelo social é de que a deficiência é uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive”, no entanto, a organização social se mostra pouco sensível à diversidade corporal.

A diferença entre o modelo social e o modelo médico está na lógica de causalidade da deficiência. Para o modelo social, a sua causa está na estrutura social. Para o modelo médico, no indivíduo. No modelo social, a deficiência deixa de ser um problema trágico, que afeta o indivíduo de forma isolada, para os quais a única resposta social apropriada é o tratamento médico (modelo médico), para ser percebida como uma situação de discriminação coletiva e de opressão social para a qual a única resposta apropriada é a ação política (Oliver; Barnes, 1998). Assim, a deficiência é entendida como uma construção coletiva entre indivíduos e sociedade. No entanto, a visão social da deficiência não anula a importância dos avanços biomédicos para o tratamento ou melhoria do bem-estar corporal dos deficientes. Ao contrário, novas técnicas de tratamento proporcionadas pelos avanços biomédicos foram e são bem-vindas.

Os estudos sobre a temática deficiência física ainda representa um campo pouco explorado no Brasil, uma vez que ainda estão muito relacionados com o campo biomédico, dado que são poucos os cientistas sociais que se dedicam ao tema, sobretudo porque a deficiência ainda é vista como uma tragédia pessoal e não como uma questão de justiça social, visão presente na memória coletiva (Diniz, 2007).

De acordo com Gaio e Porto (2006), é necessária uma nova forma de perceber a pessoa com deficiência física, com isso, valorizar o potencial humano presente em todos os seres humanos. Logo, é necessário conhecermos os fatos históricos para conseguirmos romper velhos paradigmas, e olharmos para a pessoa com deficiência física para além do corpo com uma diferença, dessa forma, proporcionar a elas o espaço e o tempo necessários para serem valorizadas e integradas à sociedade.

Ser pessoa idosa e deficiente físico: duplo estigma

O envelhecimento é descrito por Sousa e Cerqueira (2006) como algo negativo, pois se apresenta como um processo que envolve fragilidade, incapacidade, doença, dependência e improdutividade. O indivíduo pessoa idosa passa a representar um papel secundário na sociedade. Essa visão provém da forma estigmatizada de conceber a velhice, decorrente do processo sociocultural que expressa um sentimento de declínio e de menos valia em relação aos papéis sociais, econômicos e culturais da pessoa idosa dentro da sociedade em que vive (Arcuri; Oliveira; Ramos, 2004; Goldman, 2008).

A esse respeito, Bosi (2012) salienta a intolerância em relação à figura da pessoa idosa fazendo uma crítica à sociedade moderna que oprime essa parcela da população utilizando-se de mecanismos institucionais visíveis (a burocracia da aposentadoria e das Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas), de mecanismos psicológicos sutis (recusa do diálogo e da reciprocidade que forçam a pessoa idosa a comportamentos repetitivos e monótonos, a tolerância de má-fé que, na realidade, é discriminação) e de mecanismos técnicos e mecanismos científicos (as “pesquisas” que demonstram a incapacidade e a incompetência da pessoa idosa).

Da mesma forma, o termo “deficiente” carrega consigo uma conotação negativa que pode afetar não só o indivíduo em si, que se identifica como diferente dos demais por apresentar alguma alteração de natureza física, visual, mental entre outras, mas também pode afetar a sua conduta, seus pensamentos e sua identidade. Em diferentes épocas e culturas, o tratamento dado aos deficientes tem variado. Diaz (1995) aponta que sempre existiu uma constante histórica sobre a deficiência que foi a marginalização. Termos como doentes, coitados, idiotas, imbecis, dementes, excepcionais, deformados, incapazes são utilizados para conceituar a pessoa com deficiência ao longo da história da humanidade. Na contemporaneidade, as pessoas com deficiência ainda são designadas por muitos desses termos e são também rejeitadas pela sociedade, legitimando-se a marginalização, a segregação, a desigualdade e o preconceito.

No preâmbulo dos *Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Física* (Brasil, 2014) está registrado que a deficiência é “um conceito em evolução”, assim, realça, também, que “a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária”. Definir a deficiência como uma interação significa que a “deficiência” não é um atributo da pessoa, mas está relacionado com o coletivo, com a sociedade a qual ele pertence como qualquer outro cidadão.

Quando esses dois aspectos – velhice e deficiência – estão presentes em conjunto no mesmo indivíduo, a mente humana e a sociedade podem formular pré-conceitos e tabus, tais como o mito da dependência e da improdutividade e a tendência de achar que as dificuldades e limitações para realização das atividades da vida diária serão ainda maiores. Esta visão – que na opinião de Resende (2001) é estigmatizada, discriminatória e limitada – vem sendo perpetuada ao longo dos anos em relação às capacidades e potencialidades dessa parcela da população.

A visão ou percepção do envelhecimento com deficiência física na contemporaneidade está impregnada de aspectos da memória coletiva herdada do contexto histórico e da história de vida dessa pessoa idosa. Assim, durante o processo histórico, os sentidos atribuídos ao envelhecimento e à deficiência física passaram por várias mudanças de acordo com as ideias e ações da sociedade daquele momento. Ou seja, o indivíduo e a sociedade constroem o sentido para o envelhecimento e a deficiência física em um mecanismo contínuo de resignificação que agrega significados herdados do passado com conceitos vivenciados no presente (Halbwachs, 2012). Para Halbwachs (2004), as lembranças são sempre relacionadas a quadros sociais perante referências de um determinado ambiente coletivo.

Diante desse contexto, um dos grandes desafios para a pessoa idosa com deficiência é vencer os obstáculos sociais e as atitudes que podem segregar mais que as limitações impostas pelos anos vividos ou pela deficiência. Para a sociedade, o desafio é buscar entender como essas pessoas lidam com essa transição em suas vidas, como elas se adaptam às mudanças acarretadas

pela deficiência e envelhecimento, com isso, aplicar este conhecimento em intervenções políticas e sociais efetivas. Muitas vezes, as maiores dificuldades sociais enfrentadas por esses indivíduos são acarretadas pelas deficiências da sociedade atual em entender, atender e aceitar as demandas específicas dessa parcela da população.

Sobre essa questão social, Paiva e Goellner (2008) descrevem que as relações sociais podem modificar-se na medida em que o indivíduo passa por uma alteração do corpo, pois esta mudança pode produzir um novo lugar social e um modo diferente de permanecer no mundo. Assim, a forma de se ver por si e pelos outros, em relação à deficiência e ao envelhecimento, podem definir a dinâmica das interações sociais na vida do indivíduo pessoa idosa com deficiência física.

No aspecto individual, a alteração permanente na aparência física devido à aquisição de uma deficiência física, ou por causa do processo natural do envelhecimento faz com que uma pessoa passe a se ver como objeto de vergonha, pois, adquire uma imagem e incapacidades físicas em relação aos padrões de estética e produtividade estabelecidos na sociedade. Isso pode gerar, nessa pessoa, sentimentos perturbadores como ansiedade, medo, insegurança, depreciação e falta de autoestima que a leva a situações de rejeição de suas formas de expressão e em seu convívio social.

O filósofo Allport (1971), em sua obra *La Naturaleza del Prejuicio*, estabelece uma diferença entre preconceito e estereótipos em face da compreensão da desigualdade entre o processo de categorização e o preconceito. A categoria é a generalização pré-concebida para classificar algo, como, por exemplo, categorias das “pessoas com deficiência física”, como um conceito neutro. Os estereótipos são imagens e juízos atribuídos a esta categoria, como incapazes, inúteis, dependentes. O estereótipo seria uma marca fixa sobre uma categoria, servindo para aceitação ou rejeição de um grupo social. Esse autor definiu o preconceito como uma atitude negativa em relação a uma pessoa, baseada na crença de que ela tem as características negativas atribuídas a um determinado grupo.

De acordo com Goffman (1988), “estigma” pode ser caracterizado como o processo que se dá entre o indivíduo ou o grupo que se diferencia da maioria, sendo por ela “rotulada” em sua diferença. O estigma leva a uma série de discriminações devido à crença de que alguém com determinadas características não é totalmente humano, reduzindo as chances de existência do estigmatizado e anulando suas perspectivas de vida. A compreensão dos estereótipos construídos a respeito da pessoa idosa com deficiência física se mostra fundamental para entender que as generalizações podem trazer consequências graves para esta população como a marginalização e a segregação social (Perez, 2012). Ou seja, o preconceito, muitas vezes visto como natural ou inerente ao ser humano, pode se perpetuar e ter consequências gravíssimas, como descreve Bobbio (1997, p. 54): “quem quer que conheça um pouco de história, sabe que sempre existiram preconceitos nefastos e que, mesmo quando alguns deles chegam a ser superados, outros tantos surgem quase que imediatamente”.

A respeito do preconceito na questão social, Paiva e Goellner (2008) relatam que as relações sociais podem modificar-se na medida em que o indivíduo passa por uma alteração do corpo, pois esta mudança pode produzir um novo lugar social estigmatizado e um modo diferente de permanecer no mundo.

Entretanto, a deficiência e o envelhecimento também podem ser acolhidos como um fator positivo para o desenvolvimento do indivíduo, e serem aceitos gerando estima, confiança

e segurança em si, sendo isso transmitido para os outros. A esse respeito, Resende (2001) afirma que as limitações impostas pela deficiência e pelo envelhecimento são superadas e as pessoas se adaptam às suas condições, pautadas nas circunstâncias de vida e na influência de fatores como a personalidade, as metas de vida, o temperamento do indivíduo e de fatores ambientais. Nesse contexto, com o aumento da população idosa com deficiência, ocorre a discussão em relação às demandas e políticas de atenção a essa população. Ainda de forma incipiente, o mundo contemporâneo busca a integração e inclusão social da pessoa com deficiência (Pereira, 2006) e da pessoa idosa com o vislumbre de uma época de respeito e de reconhecimento dos direitos, tal como do papel social desses indivíduos.

Na contemporaneidade, as pessoas idosas e com deficiência necessitam de recursos pessoais, sociais e políticos para enfrentar os preconceitos e estereótipos existentes na sociedade, pois ainda são alvos de discriminação e preconceito, sendo visualizadas de forma negativa no meio da multidão (Resende; Neri, 2005). O cenário contemporâneo apresenta avanços modestos ao se comparar com a série de desafios a serem enfrentados pelas pessoas idosas com deficiência, como implantação e melhorias nas políticas de educação, remoção de barreiras arquitetônicas, inclusão no mundo do trabalho, acessibilidade nos transportes públicos, entre outras (Diniz; Santos, 2010). Todavia, os avanços não são suficientes para pôr em prática a integração e acabar com a discriminação para proporcionar a participação igualitária das pessoas idosas com deficiência física na sociedade. De acordo com Aranha (2001, p. 20),

A grande diferença de significação entre os termos integração e inclusão reside no fato de que quando no primeiro se procura investir no “aprontamento” do sujeito para a vida em comunidade, no outro, além de se investir no processo de desenvolvimento do indivíduo, busca-se a criação imediata de condições que garantam o acesso e a participação das pessoas na vida comunitária, através da provisão de suportes físicos, psicológicos, sociais e instrumentais.

Para Diniz (2007, p. 9), novos conceitos vêm sendo trabalhados para envolver a sociedade na questão da segregação da população com deficiência física, eles apontam para o fato de que a “deficiência é um conceito complexo em que se reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente”. Ainda de acordo com Diniz (2007), a organização social contemporânea pouco ou nada considera aqueles com lesões físicas, assim, os exclui das principais atividades da vida social. Deste modo, podemos dizer que a sociedade ainda está distante da implementação de ações que garantam o acesso imediato das pessoas idosas com deficiência física aos recursos e direitos a elas direcionados. Esse contexto pode se apresentar ainda nos dias atuais devido à presença e à transmissão da Memória Coletiva que serve como aporte para a formação das Representações Sociais com sentido estigmatizante em relação à pessoa com deficiência física.

Apesar das mudanças em relação à percepção da pessoa idosa e da pessoa com deficiência ao longo da história, fica evidente que a sociedade ainda não sabe lidar com esses fenômenos, persistindo ideias e atitudes que refletem a marginalização, o estigma e o preconceito. Ainda predomina a valorização da juventude e estética corporal em uma cultura de culto à juventude. Estas formas de pensar e agir limitam e impedem a participação deste grupo de pessoas na sociedade, pois é construída uma imagem equivocada da pessoa idosa e deficiente física que não dá o devido valor aos outros tributos que eles possuem.

Esta situação gera estigma que além de afastar a pessoa da sua própria identidade, distancia aqueles com os quais eles se relacionam, assim, há um favorecimento da discriminação e do isolamento social. No entanto, este conceito não condiz com a realidade, uma vez que o envelhecer pode se dar de maneira ativa e independente para muitas pessoas idosas com deficiência, já que essa experiência não pode estar limitada a padrões específicos e pré-determinados. Ao contrário, ela é heterogênea e influenciada por aspectos sociais, culturais, econômicos, ambientais, entre outros.

Faz-se necessário cumprir as leis já existentes e desenvolver novas ações que permitam o conhecimento e acesso a esses direitos adquiridos pelas pessoas idosas com deficiência. O indivíduo, a família, a sociedade e o Estado precisam assumir suas responsabilidades e garantir que o envelhecimento com deficiência física ocorra de maneira justa e igualitária.

Referências

- ALLPORT, G. W. *La Naturaleza del Prejuicio*. 4. ed. Cambridge: Eudeba, 1971.
- ARANHA, M. S. F. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, Brasília: LTR Editora, ano 11, n. 21, p. 160-176, 2001.
- ARCURI, I.; OLIVEIRA, P. P.; RAMOS, V. Momentos do corpo: corpo movimento, corpo emoção. *Kairós-Gerontologia*, São Paulo: PUC, v. 7, n. 1, p. 137-149, 2004.
- BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 816-823, 2010.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Tradução: Martins, M. H. S. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERTOLDO, L. M. *O envelhecimento no contexto atual*. 2010. 84 f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Ciências) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2010.
- BLESSMANN, E. J. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 6, p. 21-39, 2004.
- BOBBIO, N. *O tempo da memória*. De senectute e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BOSI, E. *Memória e sociedade*. Lembranças de velhos. 17. ed. São Paulo: T. A. Queiroz, 2012.
- BRASIL. Política Nacional do Pessoa idosa. Conselho Nacional do Pessoa idosa. *Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Brasília, DF, 1994.
- BRASIL. *Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999*. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. *Estatuto do Pessoa idosa: Lei n. 10741, de 2003*. Brasília, DF: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

- BRASIL. *Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008*. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). *Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Física*. Brasília, DF, 2014. p. 256.
- BRASIL. *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015*. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Estatuto da Pessoa com Deficiência, Brasília, DF, 2015.
- BUBLITZ, M. D. *Pessoas com deficiência e tele trabalho: reflexões à luz do valor social do trabalho (inclusão social e fraternidade)*. 2014. 156 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Porto Alegre, 2014.
- CAMARANO, A. A. *Muito além dos sessenta: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- CAMARANO, A.A. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: UFSC, v. 18, n. 2, p. 1-23, 2018.
- DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. *In*: BARROS, M. M. L. *Velhice ou terceira idade?* Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 49-67.
- DEBERT, G. G. *Velhice e sociedade*. Campinas: Papyrus, 1999.
- DIAZ, A. L. A. *História de las deficiências*. Madri: Escuela Libre Editorial, 1995.
- DINIZ, D. *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- DINIZ, D.; SANTOS, W. *Deficiência e discriminação*. Brasília: Letras Livres, 2010.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras Epidemiol.*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-93, 2005.
- FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Record, 2014.
- GAIO, R.; PORTO, E. Educação Física e pedagogia do movimento: possibilidades do corpo em diálogo com as diferenças. *In*: DE MARCO, A. *Educação Física: cultura e sociedade*. Campinas: Papyrus, 2006.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

- GOLDMAN, C. *Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2008.
- HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2012.
- INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- LOPES, M. J.; MENDES, F. R. P.; SILVA, A. O. *Envelhecimento: estudo e perspectivas*. São Paulo: Martinari, 2014.
- MERCADANTE, E. F. *A construção da identidade e da subjetividade do pessoa idosa*. 1997. 192 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.
- NERI, A. L.; FREIRE, S. A. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus, 2000.
- OLIVER, M. *The Politics of Disablement*. London: MacMillan, 1990.
- OLIVER, M.; BARNES, C. *Disabled People and Social Policy: from exclusion to inclusion*. London: Longman, 1998.
- OLIVEIRA, J. B. *Psicologia do Envelhecimento e do Pessoa idosa*. 4. ed. Porto: Editora Legis, 2010.
- PAIVA, L. L.; GOELLNER, S. V. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 1, p. 485-97, set. 2008.
- PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 2-12.
- PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, pessoa idosa, terceira idade. In: BARROS, M. L. *Velhice ou Terceira Idade?* 4. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006. p. 69-84.
- PEREIRA, R. J. *Anatomia da diferença: uma investigação teórico-descritiva da deficiência à luz do cotidiano*. 2006. 174 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2006.
- PEREZ, V. S. Pessoa com deficiência = pessoa incapaz? Um estudo acerca do estereótipo e do papel da pessoa com deficiência nas organizações. *Cad. EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 883-893, dez. 2012.
- RESENDE, M. C. *Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos com deficiência física*. 2001. 98 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

RESENDE, M. C.; NERI, A. L. Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Rev. Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 767-776, out. 2009.

RESENDE, M. C.; NERI, A. L. Atitudes de adultos com deficiência física frente ao pessoa idosa, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física. *Estudos de Psicologia I*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 123-131, abr. 2005.

REZENDE, C. B. *A Velhice na Família: estratégias de sobrevivência*. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Franca, 2008.

SASSAKI, R. K. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. 7. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2006.

SCALZER, F. R. *O sofrimento dos PNE's (Portadores de Necessidades Especiais) no mercado de trabalho nos âmbitos psicológico, sociológico e antropológico*. 2002. 120 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Faculdade de Administração da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2002.

PESSOTTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: EDUSP, 1984.

POLLAK, M. Memória, Esquecimento, Silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, mar. 1989.

SIGAUD, C. H. S.; REIS, A. O. A. A representação social da mãe acerca da criança com Síndrome de Down. *Rev. Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 148-56, jun. 1999.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, 2008.

SILVA, O. M. *A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e hoje*. São Paulo: CEDAS, 1987.

SOUSA, L.; CERQUEIRA, M. Influência do gênero nas imagens da velhice. *Revista Kairós-Gerontologia*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 69-86, 2006.

TELLES, J. L. Os desafios para a atenção à saúde da população idosa no Brasil. In: LOPES, M.; MENDES, F.; MOREIRA, A. *Saúde, educação e representações sociais*. Coimbra: Formasau, 2009. p. 105-118.

TÓTORA, S. Genealogia da velhice. *Ecopolítica*, São Pulo, n. 6, p. 4-20, maio, 2013.

VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev. Bras. Estud. Popul.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active Ageing. A Policy Framework. *A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging*. Madrid, Spain, April, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Bank. *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: SEDPcD, 2012.

Capítulo 9

Constituição discursiva e memória da política de saúde da pessoa idosa no Brasil

*Jussara Barros Oliveira
Luciana Araújo dos Reis*

Reiterando a relação dialética entre memória e discurso, delineamos o dizer sobre a pessoa idosa, constituído na prática observada dos profissionais de saúde da família no cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária. Entender como a velhice tem sido constituída na sua representação, pela nossa sociedade, permite-nos estabelecer certo lastro com as formações discursivas que incidem no cotidiano dos serviços públicos de saúde e que ganham contornos nas relações sociais de produção do cuidado a esse grupo social.

Logo, pensar a velhice, na perspectiva social, segundo Debert (2004), é buscar compreender como a sociedade projeta na coletividade a experiência cotidiana do viver/envelhecer, nos seus mais diversos aspectos e necessidades, bem como nas transformações e mudanças culturais que se fazem necessárias na maneira de “pensar e gerir” esse processo.

Assim, a construção social da velhice ao longo dos tempos perpassa pela (re) configuração por meio de várias nomenclaturas que marcam a questão da identidade com o discurso dominante de cada época, ora com expressões pejorativas, associada a características negativas, atribuindo um sentido de invalidez/incapacidade para o trabalho nesta etapa da vida; ora, retratando a existência com vigor, participação ativa e inserção social (Rozendo; Justo, 2011; Caldas; Tomaz, 2010).

Essas retratações da velhice como uma etapa da vida com limitação física contribuíram para associá-la a doenças, isolamento social e perda da autonomia, tratando o envelhecimento como uma fase de declínio, quando a imagem de corpo produzida por esse sentido, não é considerada bela por uma sociedade que busca a “eterna juventude” e nega suas marcas estéticas (Caldas; Tomaz, 2010).

No entanto, observa-se que as denominações a esse grupo social vão apresentando deslizamentos de sentidos, que variam desde as terminologias como “velhos”, “velhotes” para distinções mais atualizadas a partir da década de 90 como “velhice”; “melhor idade”; “terceira idade”; “pessoas idosas”. As denominações são reflexos das mudanças sociais e culturais. Então, o que produz outro(s) efeitos(s) de sentido(s) são os dois aspectos articulados: linguagem e história (Rozendo; Justo, 2011).

Além disso, o aumento desta parcela da população passa a despertar interesse econômico de mercado, o que desencadeia a discriminação social dentro do próprio seguimento, já que alguns deles ainda detêm um potencial produtivo e de consumo (Rozendo; Justo, 2011). Outro aspecto que Peixoto (2004) *apud* Rozendo e Justo (2011) afirmam é que a nomenclatura “terceira idade” surgiu junto com a normatização de medidas de promoção do envelhecimento ativo, difundido pelas instituições geriátricas, prescrevendo ações como vigilância alimentar, atividades físicas, necessidades sociais, culturais e psicológicas no “tratamento da velhice” (Rozendo; Justo, 2011).

Essas terminologias e as mais atuais como “futuridade”, “senilidade”, “melhor idade”, “nova juventude”, “quarta idade”, marcam o dizer sobre a velhice, assim, os enunciados que circulam na sociedade denotam formas de existência singulares do processo de viver/envelhecer (Rozendo; Justo, 2011). Os diferentes termos para se referir ao envelhecimento revelam também que ele não é um processo homogêneo, pois ele continua ligado a fatores intrínsecos (genética, etnia, gênero) e extrínsecos (econômicos, culturais, sociais e de saúde) que caracterizam a interação do biológico com o social (Minayo; Coimbra Junior, 2002).

Para Rozendo e Justo (2011), a construção social da velhice perpassa por estereótipos que se relacionam com o modo como ela é vivida pelos diferentes seguimentos etários dentro da própria faixa etária, nos espaços cotidianos da sociedade, ou seja, sua capacidade de mobilidade e ritmo de vida são determinadas “por um suposto saber sobre ela”, o da gerontologia e do saber técnico dos profissionais de saúde, e que, aliadas às políticas públicas, passam a “ditar” sua vivência.

As variações terminológicas nos remetem à necessidade de compreendermos como as práticas sociais constituem domínios de saber que, por seu turno, estariam vinculados a certas condições de possibilidade e existência. Tais práticas contribuem para evasão de novos discursos e posições de sujeito, em funcionamento nos enunciados sobre o envelhecimento, que estão materializados na organização da atenção à saúde a esse grupo etário. Para tanto, tomaremos como referência a tessitura delineada pelo papel demarcador da memória, “como espaço de existência histórica do dizível, no qual práticas de diferentes ordens são atualizadas, ressignificadas, deslocadas” (Rasia, 2015, p. 101-116).

Para Foucault (2008) e Pêcheux (1995), a memória, na perspectiva da Análise do Discurso (AD), reveste-se de sua função social que atravessa as materialidades discursivas e os sentidos que passam a ser tomados pelo sujeito-enunciador, o qual ocupa “a posição sujeito” em determinado momento histórico, sendo este o ponto de conexão entre esses autores. Essa noção de posição sujeito, cunhada pelos autores, é entendida como “lugar que o dizer passa ocupar nos discursos mediante certas condições de possibilidade ou de existência”, não possuindo uma origem no sujeito pragmático ou autoria. Como não se trata de focarmos a autoria, investimos nosso olhar de interesse sobre “o discurso” da velhice enquanto uma prática social, ressaltando os significantes/significados que vão se constituindo nas práticas dos serviços de saúde da Atenção Primária. Esse entendimento na AD, trazida por Foucault (2008), afirma que:

Examinando o enunciado, o que se descobriu foi uma função que se apoia em conjunto de signos, que não se identifica nem com “aceitabilidade” gramatical, nem com a correção lógica, e que requer, para se realizar, um referencial (que não é exatamente um fato, um estado de coisas, nem mesmo um objeto, mas um princípio de diferenciação); **um sujeito** (não a consciência que fala, não o autor da formulação, *mas uma posição que pode ser ocupada sob certas condições*, por indivíduos diferentes); um campo associado (que não é o contexto real da formulação, a situação na qual foi articulada, mas um domínio de coexistência para outros enunciados) [...] (Foucault, 2008, p. 130, grifo nosso).

O trajeto teórico leva-nos a mobilizar outro conceito operacional que será importante para caminharmos com firmeza no encaixo da análise do nosso objeto, percebendo suas nuances ao abordá-lo neste capítulo. Trata-se da noção “de acontecimentos discursivos”. Mais uma vez, buscamos em Foucault (2008), na sua obra *Arqueologia do saber*, a referência para o conceito de “acontecimentos discursivos”, segundo a qual o discurso não é determinado apenas pelas regras internas, ligadas a padrões estabelecidos institucionalmente que permitem a irrupção de uma nova regularidade.

Como vimos, a irrupção de acontecimentos discursivos, na perspectiva foucaultiana, considera a tensão presente no jogo de suas instâncias, que permite a repetição, o apagamento/silenciamento e a transformação de determinados enunciados sobre um dado objeto, determinando um dizer e não outro em seu lugar, instaurando na dispersão temporal uma “vontade de verdade”¹ (Fonseca-Silva, 2007). Trata-se de reconstituir uma verdade, por meio da historicidade, identificando como certas coerções discursivas se apresentam na sociedade, ou seja, o tipo de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiro (Fonseca-Silva, 2007). A respeito disto, diz Revel (2005, p. 86-87):

As análises de Foucault procuraram, em particular, trazer à luz as características de *nosso próprio regime de verdade*. Esse regime possui efetivamente, várias especificidades: a verdade está centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem; ela é permanentemente utilizada tanto pela produção econômica quanto pelo poder político [...]. O tema dos “jogos de verdade” é onipresente em Foucault, a partir do momento em que a análise das condições de possibilidade da constituição dos objetos de conhecimento e análise dos modos de subjetivação são dadas como indissociáveis... (grifo nosso).

Tomando os aspectos das práticas de saúde na atenção primária voltada à pessoa idosa, levamos em consideração a publicação de uma ampla legislação, o enfoque das agendas internacionais, o envelhecimento ativo, a autonomia e a participação social que, até então, não possuía muita visibilidade nos discursos instaurados, especialmente no campo das políticas de saúde.

Todo o esforço empreendido neste tópico nos leva a uma mudança de olhar para o real constituído na relação entre o que está irremediavelmente equivocado e o que está logicamente estabilizado em função da marca do inconsciente e da construção discursiva social, levando-nos ao encontro com o real e suas redes de memória (Pêcheux, 1995).

Neste sentido, coadunamos com Caldas e Tomaz (2011p. 80) ao afirmarem “[...] que a formação da identidade² e subjetividade³ da pessoa idosa não é algo que diz respeito somente a ele, mas aos demais agentes sociais, que também vão interferir e contribuir para o conceito

¹ Vontade de verdade é um termo cunhado por Foucault (2008), o qual afirma que a “escuta de um discurso” sobre os domínios de um objeto é atravessada por sua historicidade, que se apoia em como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, repartido e, de certa forma, atribuído, numa espécie de jogo de tensões.

² Identidade, conforme Caldas e Tomaz (2011), diante do conceito de identidade cunhado por Campedelli (2009), constitui-se por meio da relação indivíduo/categoria/identidade, ou seja, suas raízes estariam nessas relações, portanto, sendo produzidas pelo grupo a que pertencemos ao longo de nossa existência, permitindo, assim, nos reconhecermos e sermos reconhecidos pelos outros. A autora reforça o caráter mutável dessa formação identitária já que, na sociedade, estamos sempre em um movimento contínuo, adquirindo novas ideias e comportamentos pelo intercambiamento com outros indivíduos.

³ O termo subjetividade foi tratado pelos autores para referir a subjetividade da pessoa idosa na sociedade como a forma de expressar os modos de ser e de se colocar no mundo, refletindo uma identidade social, muitas vezes, limitadora de uma concepção de “categoria genérica do velho” (Mercadante, 1997). As autoras reconhecem que na relação paradoxal da sociedade na produção da imagem do velho generalizada e do velho particularizado que se produz essa subjetividade da pessoa idosa. No pensamento de Foucault (1970), essa constituição histórica da subjetividade, além de relacionar-se a certos saberes sobre o sujeito, também estão relacionadas às práticas de dominação e às estratégias de governo as quais se pode submeter os indivíduos (Revel, 2005).

de envelhecimento que possuímos”. Para demonstrar a determinação social da velhice, esses autores realizaram um estudo com a análise de três dissertações de vertente sociocultural, que verificaram como os jovens lidam com o envelhecimento. Os resultados, dentre outros achados, demonstraram o papel social na determinação da imagem das pessoas idosas, em que sua individualidade e potencial é subjugada às características de generalização do processo de envelhecimento, na maioria das vezes, relacionadas às limitações físicas e biológicas. Ao nos referimos a esse estudo, exemplificamos como os enunciados circulam na sociedade e vão se constituindo em “redes de memória”.

Se tomarmos o entendimento e a noção de “memória discursiva”, já discutidos nos parágrafos precedentes, para analisarmos como circulam as representações da velhice no cuidado à pessoa idosa, veremos que essas construções sociais sedimentam os modos de pensar/agir dos gestores e profissionais de saúde, cujos enunciados estabilizam certa forma de construção discursiva.

Cabe, então, ressaltar o contexto socio-histórico da atenção à pessoa idosa no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS). Ao propor essa inversão da lógica da linearidade, o jogo do implícito (não dito) e explícito (dito) dos acontecimentos adquire uma nova nuance, um novo significado, dessa forma, concordando com Orlandi (2009).

Logo, nos atentaremos para a constituição discursiva das narrativas jurídicas da legislação de proteção ao envelhecimento, buscando emergir por meio das pistas deixadas no explícito, aquilo que está implícito, ou seja, sobre o que está dito e sua associação (ou não) com o que é vivenciado no cotidiano da atenção primária em saúde à pessoa idosa, o que será evidenciado nas narrativas jurídicas. Com isso, saber como tais práticas ocupam posições no discurso oficial e definem concepções que operam o ser/fazer do cuidado à pessoa idosa.

O dizer sobre o envelhecimento nas narrativas jurídicas no contexto brasileiro

Consideramos como ponto de partida para delinear as condições de possibilidade, os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que versam sobre o direito à saúde de todo brasileiro. Entende-se que o direito não discrimina faixa etária, portanto, inclui a pessoa idosa, o que fica evidente no texto constitucional:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes [...].

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada [...].

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei [...] (Brasil, 1988).

Como vimos, o direito à saúde é descrito na Constituição Federal em quatro artigos, com a declaração de que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. O que está implícito

nesta afirmação é que independente de faixa etária, condição social ou qualquer outro critério de discriminação, o direito à saúde é garantido a todo brasileiro. Como desdobramento deste direito, em relação às pessoas idosas, houve a necessidade de afirmação pelo Estado – por meio de políticas protetivas específicas voltadas a essa população – a proposição de condições dignas de uma velhice com autotomia e independência (Martins *et al.*, 2007).

Assim, tendo como elemento catalisador, a Constituição Federal e a I Assembleia Mundial sobre envelhecimento em Viena (1982), o Brasil, como todos os países, em especial os desenvolvidos, norteados pelo paradigma da independência e inserção social da pessoa idosa, implementaram mudanças no arcabouço jurídico mediante formulação de políticas sociais protetivas ao seguimento envelhecido da população. Vale ressaltar que, nos países desenvolvidos, essas mudanças ocorreram num cenário socioeconômico favorável, com a organização de uma rede de proteção social mais efetiva que passou a amparar o viver-envelhecer com respeito e dignidade (Camarano; Pasinato, 2004; Fernandes; Soares, 2012).

Nessa perspectiva, dado o seu caráter conjuntural e de contexto, a formulação de políticas de proteção ao envelhecimento no Brasil também teve influência das deliberações da Assembleia Geral das Nações Unidas (1991) que focava cinco eixos fundamentais em relação à população idosa: “independência, participação, cuidados, auto realização e dignidade” (Camarano; Pasinato, 2004).

Ao longo da década de 90, esses eixos geraram debates e reflexões, definindo aspectos conceituais sobre o envelhecimento, ampliando o olhar para esse processo, englobando dimensões sobre convívio multigeracional, aumento do potencial individual e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social na construção de “uma sociedade para todas as idades”, afirmação documentada pela Organização das Nações Unidas, em 1992 (Camarano; Pasinato, 2004).

O Estado, entendido como responsável pela implementação desse direito no território nacional, compreenderia então as secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde. Tais instâncias do poder legislativo e executivo devem propor, excetuar e avaliar políticas de saúde que atendam às necessidades apresentadas pela população. Essas ações, no entanto, devem ser acompanhadas pela sociedade, por meio do exercício da participação e controle social nos espaços instituídos, posteriormente, pela Lei nº 8.142/1990, como os conselhos de saúde, de caráter fiscalizatório e deliberativo, ligado aos órgãos executivos.

Diante desse entendimento, consideramos que as leis infraconstitucionais detalham os direitos sociais descritos na Carta Magna em nosso país nos âmbitos municipal, estadual e federal. Dentre esses dispositivos, buscamos elencar leis/portarias que orientam a organização da atenção à saúde da pessoa idosa no território nacional, dispostas na seguinte ordem: Lei nº 8.842/1994, que define a Política Nacional do Idoso; Portaria nº 1.395/GM – Política Nacional de Saúde do Idoso, 1999; Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, incentivando a participação e o convívio social da pessoa idosa; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que trata da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e ressalta o envelhecimento ativo e saudável; Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ancorados pela visão foucaultiana, continuaremos não traçando uma linearidade desses acontecimentos históricos, mas, buscando o ponto de encontro entre a memória e a atualidade, considerando as condições de produção dos discursos colocadas no recorte temporal deste capítulo. Assim, por meio de um trabalho minucioso e sistematizado, buscamos fazer emergir das formulações discursivas a posição idosa, enunciado de diferentes lugares de saber e de poder.

Ademais, a análise enunciativa que trataremos, neste capítulo, não tem como foco o sujeito pragmático, daí não nos atermos a autoria dos documentos, no caso, ministros ou Presidente da República, mas aos discursos heterogêneos engendrados nas alíneas e parágrafos, que circulavam na sociedade naquele dado período, tomando a enunciação como “um correlato da posição sócio-histórica na qual os enunciadores se revelam substituíveis” (Maingueneau, 2004, p. 14).

Nesse ponto, nos remetemos à questão da dramatização do discurso político, que é encenado nos bastidores do Congresso e do Senado Federal. No Brasil, o Poder Legislativo é organizado na modalidade “bicameral”, ou seja, formado por duas câmaras, a de deputados e do Senado Federal, juntas, elas compõem o Congresso Federal com funções específicas, definidas na Constituição Federal. Atualmente, o congresso é formado por 513 deputados (conforme critério de proporcionalidade em relação ao número de habitantes por estado) e 81 senadores (três para cada estado). Possuem como atribuição primordial zelar pela democracia em nosso país, debater e aprovar leis de interesse da nação e dos brasileiros. Há situações, a exemplo de pautas como a alteração da constituição, em que se faz necessária a reunião das duas casas, instituindo, então, uma sessão do Congresso Nacional. Existe diferença no tempo de mandato, o dos senadores tem duração de oito anos, já dos deputados federais de quatro anos (Brasil, 2016). Ademais, com um olhar mais atento, percebemos o posicionamento do enunciador e o lugar de onde ele fala. No caso, da formulação de legislação, ele fala de um lugar de poder legitimado pelo voto do cidadão, manifesto no processo de eleição eleitoral.

Vale ressaltar que os trabalhos de ambas as casas, iniciam-se em função de um projeto que deve ser de autoria de um deputado, senador, presidente da república ou, em certos casos, por iniciativa popular e do judiciário. Esses projetos tramitam pelas comissões técnicas para emissão de parecer, propostas de emenda e, em seguida, apreciação em plenário. Todos passam pela Comissão de Constituição e Justiça, para avaliar a constitucionalidade (Brasil, 2016).

O que pode influenciar no trâmite do Projeto de Lei (PL)? O ritmo de movimentação de um Projeto de Lei pode estar atrelado à pressão da sociedade, interesse das bancadas e força política da base que possui maioria. Temos observado nos meios midiáticos essa movimentação e espetacularização todos os dias, acompanhando a transmissão das sessões da TV Câmara e Senado Federal durante o período do estudo.

Entendemos que essa breve descrição facilita a compreensão do funcionamento sobre o discurso da velhice nas narrativas jurídicas, por isso, iniciamos com a análise dos efeitos de sentido dos enunciados, cuja materialidade discursiva é a Lei nº 8.842/1994, que define a Política Nacional do Idoso (PNI), assim, ela demarca o ponto de partida do recorte temporal das narrativas jurídicas de proteção à pessoa idosa, adotado para este estudo.

Ao analisarmos as sequências discursivas da Lei nº 8.842/1994, procedemos, primeiramente, à descrição da referida Lei, formato linguístico, observando como a linguagem funciona como fio condutor dos efeitos de sentido que circulam em nossa sociedade. Então, para essa leitura, utilizamos as concepções teórico-metodológicas de Dominique Maingueneau (2004), para quem

refletir sobre um texto é considerar o sujeito que fala (enunciador) e como uma sequência de enunciados adota sentidos, ou seja, nos ateremos às expressões referenciais definidas no estilo do gênero selecionado para análise, indo além da interpretação literal.

Na lógica e dinâmica de leitura do texto, pautada na ótica de Maingueneau (2015, p. 66), os tipos do discurso observado, neste caso as narrativas jurídicas, revelam o posicionamento de um grupo ou sociedade. Assim, num dos gêneros que elegemos para este estudo – narrativas jurídicas – o ponto de vista pode ser delimitado pela: esfera de atividade (narrativas jurídicas), campo discursivo (discurso político) e lugar de atividade de funcionamento (legislativo), divisão que possibilita uma melhor compreensão do leitor.

A Lei nº 8.842/1994, assim como as demais elencadas, em parágrafo precedente, é um documento oficial, que apresenta inicialmente o conteúdo principal a que se dispõe, seguido do enunciado do presidente da República que, no uso de suas atribuições previstas na Constituição Federal, definidas no art. 84, inciso IV e VI, sanciona a lei e decreta sua vigência a partir da data de publicação, tornando-se, assim, o conjunto de elementos textuais comuns.

No que tange às especificidades, observa-se na Lei nº 8.842/1994, no capítulo sobre finalidade, o qual define a política nacional da pessoa idosa como um componente dos direitos sociais que devem ser assegurados à pessoa idosa, inclusive determinando o critério de idade, para o *status* de pessoa idosa a todo brasileiro acima de 60 anos. Além disso, ela define princípios, diretrizes e descreve, de forma concisa, as ações governamentais nas políticas de assistência social, saúde, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, cultura, esporte e lazer. Como ressaltamos no excerto da materialidade jurídica adiante:

[...] Art. 1º A política nacional da pessoa idosa tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 2º Considera-se *pessoa idosa*, para os efeitos desta lei, a *pessoa maior de sessenta anos de idade*.

SEÇÃO I

Dos Princípios

Art. 3º A política nacional do Idoso rege-se-á pelos seguintes princípios [...]

SEÇÃO II

Das Diretrizes

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do Idoso [...]

CAPÍTULO III

Da Organização e Gestão

Art. 5º Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a coordenação geral da política nacional do Idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do Idoso [...]

CAPÍTULO IV

Das Ações Governamentais

Art. 10. Na implementação da política nacional do Idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos

No entanto, o decreto. Nº 1948/1996, que *regulamentou a citada lei, esclarece algumas lacunas quanto às competências dos órgãos e entidades públicas ligadas diretamente com a sua execução*, daí o caráter interministerial que esta lei possui. Como podemos observar no excerto abaixo:

Art. 1º Na implementação da Política Nacional do Idoso, as competências dos órgãos e entidades públicas são as estabelecidas neste Decreto [...] (Brasil, 1994, grifos nossos).

Ainda destacamos o percurso de tramitação de aprovação da Lei nº 8.842/1994, que iniciou como projeto de Lei nº 5.710/1990, como pauta de uma comissão no Senado Federal, denominada Comissão de Assuntos Sociais, que na sua ementa fixava diretrizes para a Política Nacional de Assistência do Idoso, com outras providências. Nas informações de tramitação, obtidas no *site* da câmara, essa apresentação ocorreu dia 12 de setembro de 1990, quando foi despachado para diversas comissões, a saber: Comissão de Justiça e de Cidadania, Comissão de Seguridade Social e Família, até 30 de junho de 1993. Depois de vistas dos pareceres dessas comissões, foram anexados vários substitutivos sugeridos pelas comissões e os PL 323/1991; PL1925/1991; PL2946/1992 e PL 3289/1992.

Seguindo-se a tramitação, um parlamentar solicitou, em 06 de julho de 1993, que a referida Lei fosse votada em caráter de urgência, mas tal solicitação foi rejeitada, com isso, houve o adiamento por dez sessões, ocorrendo finalmente sua aprovação em turno único, com vetos, em 4 de janeiro de 1994, pela mesa diretora do Congresso Nacional. Essa saga foi então finalizada quando a Lei nº 8.842/1994 foi sancionada pelo Presidente da República, no mesmo dia, com a manutenção dos vetos. Ao realizar a busca eletrônica dos vetos no *site* da câmara, observamos que a justificativa do Ministério da Fazenda se pronunciou favorável aos vetos, dado que a redação anterior concentrava a responsabilidade do financiamento dos programas à União, sendo contraditório ao discurso de descentralização governamental. Também, foi solicitado o veto do capítulo V alegando conflitos de interesse público e inconstitucionalidade ao criar um órgão permanente, que seria o Conselho Nacional da Pessoa Idosa, o que deveria ser de competência da Presidência da República. Conforme atesta o excerto do veto selecionado:

Razões do veto

[...]. Entretanto, no art. 8º, inciso IV, e art. 9º, do projeto, *fica a impressão de que o financiamento de tal programa só seria de responsabilidade da União, cabendo às outras unidades políticas apenas a execução/supervisão*. Se isto for verdade, tal posicionamento conflitaria com o discurso governamental de que a descentralização desses gastos deva ser realizada em todos as suas dimensões.

Como tal interpretação pode prevalecer, *o risco envolvido torna contrários ao interesse público esses dispositivos* (Brasil, 1994, grifos nossos).

Desse modo, fica perceptível que o tema, apesar de ter sido considerado pauta do Congresso, não teve a devida prioridade para aprovação nas sessões ordinárias. No entanto, a insistência de alguns parlamentares e a conjuntura política nacional e internacional instigou o debate deste tema, marcando o dizer sobre a velhice.

A questão da velhice, na Lei nº 8.842/1994, é abordada por meio de alguns argumentos apresentados no plano da materialidade jurídica. Essa lei traz como finalidade: assegurar os direitos sociais da pessoa idosa (aqui implícito o da saúde, grifo nosso); criação de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

[...] CAPÍTULO I

Da Finalidade

Art. 1º A política nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para *promover sua autonomia, integração e participação efetiva* na sociedade [...] (Brasil, 1992, grifo nosso).

Neste ponto, cabe destacar o enunciado “promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” o que aponta para a ausência de tais condições para esse expressivo seguimento populacional que, já na década de 90, contabilizava 10,7 milhões de pessoas (Brasil, 2013). Mesmo assim, apesar da Constituição Federal garantir, no capítulo II, artigo 6º, os direitos sociais a todo brasileiro, esse seguimento ainda não dispunha de um dispositivo específico que direcionasse sua legitimação efetiva, algo que não está explícito no texto.

Ainda no ano de 1994, o Presidente da República sancionou a lei nº 8.926 que tornava obrigatória a inclusão, nas bulas dos medicamentos, advertências e recomendações sobre seu uso pelas pessoas acima de 65 anos. Essa publicação, mesmo de caráter pontual, repercutiu até os dias atuais como um ganho positivo para a prevenção de iatrogenias no tratamento de doenças nesse grupo populacional, praticadas por profissionais de saúde, visto que, muitas vezes, essas pessoas idosas convivem com múltiplas doenças crônicas nessa fase da vida. Vale ainda ressaltar o caráter educativo para a promoção do autocuidado com a pessoa idosa, na gestão do cuidado em saúde.

Em 7 de abril de 1999, após a publicação da PNI, o Ministro da Saúde, publica a Portaria nº 280, que torna obrigatória aos serviços de saúde da rede SUS, contratados e conveniados, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante para pessoas idosas (acima de 60 anos) em internação hospitalar.

[...]. Considerando que idosos com quadro de agravos à saúde que necessitam de cuidados terapêuticos em nível hospitalar, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de familiar, resolve:

Art. 1º - Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados (Brasil, 1999, grifos nossos).

No dia 8 abril de 1999, o Ministério da Saúde, por meio do uso das atribuições do ministro da pasta, após considerar a necessidade de uma política específica do setor saúde para esta população e contar com a participação de diferentes atores sociais dos segmentos envolvidos direta e indiretamente com a temática, além do debate da proposta na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, publicou a Portaria nº 1.395/1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). O que aparece na estrutura textual difere da Lei nº 8.142/1994, publicada anteriormente, pois seu conteúdo normativo consta em três artigos, sendo complementado por um anexo que descreve o processo de transição demográfica no país.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso; a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação (Brasil, 2011).

No anexo desta portaria, observa-se certa preocupação com as projeções demográficas, apontando também o aumento da expectativa de vida e outros indicadores de saúde, como número de atendimentos hospitalares na faixa etária de 60 anos ou mais, além do tempo maior de permanência hospitalar, quando comparado ao grupo de 0-14 anos e a relação da velhice com as doenças crônicas. Outro aspecto trabalhado nesta portaria é o enfoque ao envelhecimento ativo e saudável, tal como da manutenção, ao máximo, da capacidade funcional, encerrando a introdução do tema, com o aumento do ônus para o Estado gerado pela dependência da pessoa idosa e o comprometimento familiar no cuidado integral e contínuo. Essa nova realidade, possivelmente, demandará um atendimento interdisciplinar e multiprofissional considerando as múltiplas dimensões do processo de envelhecimento com fragilidades, por isso, definida como “problemática multifacetada da pessoa idosa” (Brasil, 1999a).

Ao darmos continuidade ao exame das sequências discursivas no anexo da portaria nº 1.395/1999, observamos, na definição do propósito, a ênfase dada à capacidade funcional, reformulando o discurso visto na Lei nº 8.842/1994, que inicia a definição de sua finalidade, colocando em primeiro lugar, promover condições que assegurem a autonomia. Este entrecruzamento entre as materialidades nos permite observar certa estabilidade na produção do sentido sobre envelhecimento.

A organização do texto desta portaria ainda apresenta diretrizes, responsabilidades institucionais de cada ente federativo, avaliação e acompanhamento dos planos, programas e projetos que operacionalizem a política. A portaria ainda apresenta a necessidade de uma colaboração solidária, com um amplo envolvimento dos gestores do SUS. Esse envolvimento compreende uma articulação intersetorial como ministérios afins: educação, previdência e assistência social, trabalho, emprego e renda, justiça, ciência e tecnologia, dentre outros. No último item, é apresentado um glossário com terminologias relacionadas ao campo da geriatria, utilizadas no desenvolvimento do corpo textual da portaria. O recorte da materialidade das formulações do anexo da portaria nº 1.395/1999 dispõe:

[...] Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, *processos de articulação permanente, visando o estabelecimento de parcerias e a integração institucional* que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscado, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política [...] (Brasil, 1999).

A próxima materialidade discursiva analisa a Lei 10.741 de 2003. O período de publicação do Estatuto foi particularmente um momento de grande mobilização social que revelou, assim, que toda prática discursiva está inscrita com as marcas da historicidade. Esse dispositivo jurídico revelou-se de grande importância por elencar os direitos sociais alcançando as pessoas idosas de maneira ampla.

O enunciador fala de um lugar revestido de autoridade máxima no país, a presidência da república. Ao analisarmos a estrutura textual, observamos, de início, a posição de sujeito idoso funcionando em função da concepção cronológica, definida no título das disposições preliminares, estabelecendo a idade de 60 anos como precursora da condição dos direitos definidos no Estatuto (Brasil, 2003). No entanto, apesar da relevância deste dispositivo legal, a discriminação dos direitos sociais contidas nele, são garantias constitucionais a todos os brasileiros, ou seja, possui caráter universal e não discriminatório por seguimento etário.

Mesmo assim, as especificidades trazidas para a promoção do bem-estar da população idosa, constituem instrumento de orientação à implementação das políticas públicas, “dando forma” à lei no cotidiano dos serviços públicos, além de prever como crime à sua infração. O caráter constitucional de uma Lei torna obrigatório o fazer ou deixar de fazer, sendo esse o princípio da legalidade, previsto na Constituição Federal, artigo 5º:

[...] DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Art. 5º *Todos são iguais perante a lei*, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - *Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações*, nos termos desta Constituição;

II - *Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei* [...] (Brasil, 1988, grifos nossos).

Outro aspecto reiterado pelo Estatuto é o caráter intersetorial da materialização dos direitos sociais para as pessoas idosas. O documento apresenta 10 capítulos, o título II, dos direitos fundamentais, abrange direitos: à vida; à liberdade, ao respeito e à dignidade; a alimentos; à saúde; à educação, à cultura, ao esporte e lazer; à profissionalização e ao trabalho; à previdência social; à assistência social; à habitação e ao transporte.

Ao nos debruçarmos no capítulo IV, do Estatuto do Idoso, sobre a saúde, os princípios do SUS são citados para garantir esse direito, destacando a integralidade, a universalidade e a igualdade visando à prevenção, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, em especial, aos agravos mais comuns nessa faixa etária, podendo ser citadas as doenças crônicas não transmissíveis. Na formulação desse capítulo, a efetivação da prevenção e manutenção da saúde da pessoa idosa assenta-se em cinco ações: o cadastramento da população idosa, o atendimento especializado em ambulatórios, as unidades geriátricas de referência, o atendimento e a internação domiciliar, além da reabilitação para redução de sequelas:

[...] CAPÍTULO IV

Do Direito à Saúde

Art. 15. É assegurada a *atenção integral* à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, *garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde*, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde da pessoa idosa serão efetivadas por meio de:

I – Cadastramento da população idosa em base territorial;

II – Atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – Unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social [...] (Brasil, 2003, grifos nossos).

Finalmente, os artigos referentes à saúde trazem situações relacionadas ao direito ao acompanhamento, incentivo à autonomia da pessoa idosa na escolha pelo tratamento de saúde, quando apto mentalmente para fazê-lo, tal como à notificação compulsória de suspeita ou confirmação de violência praticada contra a pessoa idosa:

[...] Art. 16. A pessoa idosa internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento da pessoa idosa ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. *A pessoa idosa que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.*

[...] Art. 19. *Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra pessoas idosas serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos [...]* (Brasil, 2003, grifos nossos).

Nos artigos do documento fica implícito o não dito, que o poder público é o provedor desse direito por meio dos serviços de saúde, que devem atender a **critérios mínimos** para o atendimento das necessidades das pessoas idosas, com a promoção da qualificação dos profissionais de saúde, cuidadores familiares e de autoajuda:

[...] Art. 18. *As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades da pessoa idosa, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda* (Brasil, 2003, grifo nosso).

Tal formulação, mesmo diante das especificidades elencadas, ao nivelar o atendimento por **critérios mínimos**, ressalta um tom restritivo, o que pode implicar diretamente no desenho da política de saúde, distanciando-se de uma efetiva e integral atenção à saúde a esse seguimento.

Seguindo na descrição das materialidades das narrativas jurídicas de proteção ao envelhecimento no país, em 2006, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 648, que trata da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Esse documento se caracteriza como marco na mudança de paradigma proposta pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação do modelo assistencial e consolidação do SUS. Tratou-se da revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, com direcionamento ao PSF e Programa de Agentes Comunitários (PACs), definindo como áreas estratégicas, dentre outras, a saúde da pessoa idosa. Essa prioridade surgiu da pactuação tripartite dos gestores do SUS, pela saúde, denominada Pacto pela Saúde, que estabelecia como prioridade para planejamento das ações, a saúde da pessoa idosa, com a implantação da política e da caderneta de acompanhamento da saúde pelos estados e municípios.

A portaria é dividida em três capítulos: Da Atenção Básica; Das especificidades da Estratégia Saúde da Família e do Financiamento da Atenção Básica. O capítulo da Atenção Básica traz a concepção sanitarista no direcionamento das ações que compreende uma atuação individual e coletiva nos problemas de saúde identificados na população de um determinado território, para tanto, ressalta a capacidade resolutiva e a relação de vínculo estabelecida, por ser

o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, devendo ser orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, integralidade, humanização, responsabilização, equidade e participação popular:

CAPÍTULO I – Da Atenção Básica 1 – DOS PRINCÍPIOS GERAIS

Formulação 1 - A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de *ações de saúde, no âmbito individual e coletivo*, que abrangem a *promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde*. É desenvolvida por meio do exercício de *práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe*, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância *em seu território*.

Formulação 2 - É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se *pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social*. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável [...] (Brasil, 2006a, grifos nossos).

Já no capítulo das especificidades da Estratégia de Saúde da Família, observa-se a retomada do discurso da **família**, como espaço privilegiado das práticas de saúde, incorporando-a na própria denominação da Estratégia. Tal fato revela-se como um sinalizador de que as práticas devem ser direcionadas às famílias com a (co)responsabilização na gestão do cuidado, aparentemente adornado pelo novo, mas já dito em outras narrativas jurídicas (Constituição Federal, Estatuto do Idoso) em outro lugar de saber/poder.

No enunciado ora destacado, na formulação 1, percebemos uma mudança de paradigma sobre as práticas de saúde, como elas devem ser produzidas, agregando a importância do trabalho em equipe, na perspectiva inter e multidisciplinar, para que se possa atingir um modo de viver saudável. O trabalho em equipe prevê a cogestão do cuidado da população adscrita no seu território, pelos profissionais que compõem a equipe mínima (médico, enfermeiro, dentista, agente comunitário, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário) e pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (psicólogo, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e outros).

Outro aspecto que se destaca nesta portaria, diz respeito à relação entre lembrança e esquecimento acerca do fenômeno demográfico do envelhecimento, na perspectiva trazida pelas outras materialidades publicadas anteriormente que enfatiza a participação ativa, o envelhecimento ativo e saudável. Nesta portaria, o envelhecimento surge no elenco das áreas estratégicas de atuação da Atenção Básica em todo território nacional, como um direcionamento para o atendimento de saúde a um seguimento populacional específico. Significa dizer que, mesmo considerando a Estratégia Saúde da Família como um mecanismo indutor e o conhecimento acumulado sobre o impacto do fenômeno do envelhecimento nas políticas públicas, o assunto sofreu certo apagamento, retomado, posteriormente, na atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Tal apagamento também é observado no anexo do documento, nas atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família, que cita a assistência integral em todos os ciclos de vida, direciona o atendimento pelo médico e enfermeiro, dá pouca visibilidade dessa demanda aos demais membros da equipe de saúde, com isso, generaliza atendimentos individuais e coletivos de todas as famílias, indivíduos e grupos específicos. Além disto, o aspecto multidimensional e as especificidades na abordagem da pessoa que envelhece são sentidas como uma ausência, pois reiteram o papel da Atenção Básica por meio de indicadores e que terão seu desempenho avaliado com definição de metas aos municípios pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Ao descrevermos os enunciados, experimentamos em todo o percurso que, mais do que nos atermos à estrutura do texto, vislumbramos as sinuosidades do “ato simbólico” em que se produz o sentido, num movimento cíclico de ler, descrever e interpretar (Orlandi, 2009). Tal como afirma a autora, o apagamento induz um complexo efeito e retorno misturando diversas posições (Orlandi, 2009). Observa-se que nos enunciados a posição sujeito/participação ativa e saudável da pessoa idosa desliza para o sentido da participação passiva. Tal deslizamento é percebido quando observamos as visibilidades das formulações já que a questão do envelhecimento tem suas demandas específicas diluídas na quase interminável lista de fundamentos da Atenção Básica e atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família:

[...] A Atenção Básica tem como fundamentos: [...] VI - estimular a participação popular e o controle social. Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a *eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas* serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs (Brasil, 2006a, grifo nosso).

[...] ANEXO I

AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS: I - *participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe*, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - *realizar o cuidado em saúde da população adscrita*, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; III - *realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local*, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local [...] (Brasil, 2006a, grifos nossos).

A materialidade jurídica da Portaria nº 2528, de outubro de 2006, publicada pelo Ministério da Saúde, que trata da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), retoma a posição de participação ativa e saudável da pessoa idosa. O documento é pautado por considerações teóricas e conceituais sobre o fenômeno do envelhecimento, por isso, é definido como uma prioridade na agenda do Ministério da Saúde com os gestores do SUS, por meio da pactuação de indicadores do pacto pela saúde, que amplia a resposta do Estado para as necessidades da população idosa. Essa política assume como principal problema para a pessoa idosa a perda da

capacidade funcional. Toda sua formulação evidencia como aspecto primordial a autonomia e a independência das pessoas idosas (Brasil, 2006b).

Essa demarcação retoma uma vontade de verdade, constituída por certa regularidade de formação discursiva, que reaparece nas narrativas em momentos próprios e materializa o modo de pensar que circula na sociedade. Essa vontade de verdade, lembra e retoma o discurso Internacional da II Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, ocorrida em Madri, assumida como compromisso por vários países no mundo, incluindo o Brasil. Essa Assembleia reitera os princípios para a formulação pelos governos de políticas para as pessoas idosas, em nível nacional e internacional, com ênfase aos países em desenvolvimento: 1) *Participação ativa no desenvolvimento, na sociedade, na força de trabalho e na erradicação da pobreza*; 2) *promoção da saúde e bem-estar da velhice*; 3) *criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento* (Camarano; Pasinato, 2004; Fernandes; Soares, 2012).

Interessante observar que, mesmo considerando a heterogeneidade intrínseca ao processo de envelhecimento humano (biológicas, psicológicas, culturais e sociais), com o desenvolvimento de situação de fragilidade, por algumas pessoas idosas, a condição funcional é uma questão crucial para se atingir as metas estabelecidas pelos planos internacionais e diretrizes. A perda da capacidade funcional é sinalizada como um importante marcador, porém, na prática dos serviços, sua identificação, estratificação e prevenção ainda é um desafio às políticas para as pessoas idosas que já apresentam alta dependência, revelando um modelo de assistência médica individual que, muitas vezes, restringe-se às complicações advindas das doenças crônicas (Brasil, 2006b).

Outra questão trazida nos enunciados dessa portaria chama a atenção para o envelhecimento como um processo evolutivo da existência humana, isto é, apesar de se utilizar o critério cronológico para definir a pessoa em condições de usufruir os direitos sociais, a pessoa não envelhece aos 60 anos. Logo, a abordagem dos profissionais de saúde a esse fenômeno deve permear as ações desde o pré-natal, pois a promoção da saúde não começa quando se “torna pessoa idosa”. Para tanto, a mudança de paradigma coloca-se como algo preponderante para a desconstrução do preconceito e da negação sobre a velhice. Essa concepção circula na sociedade, arraigada na nossa cultura e caracteriza-se como um obstáculo para pensar políticas específicas para esse grupo (Brasil, 2006b).

[...] DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações [...] (Brasil, 2006b, grifos nossos).

Tal entendimento, como vimos acima, é referido na introdução do tópico sobre as diretrizes, revelando-se como paradoxo no encadeamento discursivo que permeia a temática, e que, a nosso ver, pode se prolongar na prática dos profissionais de Saúde da Família, visto que ainda há um discurso sobre a velhice, que compara a relação com as ações na infância a investimento e que, na velhice, contabilizam-se gastos onerosos. Paradoxalmente, quando a velhice é vista como um êxito e o aproveitamento da experiência e competência dos grupos mais velhos é

vivenciado com naturalidade, tem-se um bônus que poderá redundar no desenvolvimento das sociedades (Brasil, 2006b).

Além disso, quando analisamos mais detalhadamente as condições históricas da produção de sentido simbólico/político das enunciações, percebemos um funcionamento operando no modo de dizer idoso, que passa a ser designado de “**pessoa idosa**”. A Política Nacional de Saúde, então designada à **pessoa idosa**, passa a gravitar em torno da questão da cidadania, da valorização e do respeito a esse seguimento populacional, retomando de outro lugar de saber/poder, o discurso da **participação ativa**. Esse mecanismo projeta um lugar pré-construído, por meio das memórias discursivas constituídas sobre a velhice na sociedade, desta forma, ancorando o dizer.

No dicionário, o significado da palavra **pessoa**, é aplicado a: ser humano em seus aspectos biológico, social e espiritual; no campo jurídico, ser é a quem se atribui direitos e obrigações (Ferreira, 2008). De pronto, encontramos duas possibilidades de sentido, uma referindo-se aos aspectos multidimensionais na abordagem do ser que envelhece e o outro suscitando a questão de dispositivo político que obriga a uma tomada de posição frente ao direito à saúde para esse seguimento populacional.

A questão multidimensional é retomada, de maneira implícita, na Portaria Ministerial nº 154, de 2008, que cria os Núcleos de Saúde da Família (NASF) reconhecendo que a multiplicidade de demandas oriundas da produção do cuidado, quer seja ele individual ou coletivo, necessita de uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas. A atuação acontece de maneira compartilhada com os profissionais das equipes de saúde da família, ampliando, desta forma, o elenco das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade e articulação com a rede local de saúde em todos os níveis de atenção. O NASF deve trabalhar na perspectiva do cuidado integral aos usuários do SUS em território adscrito a uma unidade de saúde da família (Brasil, 2008).

Mesmo após a publicação das portarias da Política Nacional da Atenção Básica e da Pessoa Idosa, acreditando-se na potencialidade desse apoio matricial, a questão do envelhecimento, não é dita. A ênfase está na atenção em saúde mental, quando orientada a composição dos núcleos pelos municípios, justificada pela magnitude epidemiológica dos transtornos psíquicos. Devido ao apagamento da questão do envelhecimento nesta materialidade jurídica, o sentido é deslocado para o aspecto prescritivo/normativo, utilizado para definir critérios de implantação e repasse de recursos financeiros federais para os municípios e, em seus anexos, as descrições das ações comuns a todos os integrantes do NASF, além de blocos de ações com ênfase em atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; prevenção de deficiências e necessidade de reabilitação; alimentação e nutrição em todas as fases do ciclo de vida; saúde mental; assistência farmacêutica; saúde da mulher e saúde da criança (Brasil, 2008).

Todo esse rigor de leitura/descrição/interpretação buscou dissecar a materialidade do dado, o que foi necessário para se estabelecer a ligação sócio-histórica de identificação que constitui as redes de memória e trajetórias sociais, fundamentais para a compreensão dos deslocamentos que possibilitam a irrupção de uma sequência de enunciados enquanto acontecimento (Pêcheux, 1995).

As tramas tecidas pelas narrativas jurídicas das leis protetivas do envelhecimento em nosso país analisadas, revelam a concepção da velhice ao longo das últimas décadas, não apenas como um fenômeno biológico, mas com ênfase no caráter social imputado pelos diversos grupos. A

luz incidida pela ótica de Halbwachs (2004), reitera que o comportamento, os sentimentos e os valores de uma sociedade revelam seu nível de integração com contextura das relações sociais que estabelece. Esta perspectiva social nos faz considerar o aspecto dialético da política com os valores constituídos nas relações sociais, o que permite compreender a política de saúde para esse seguimento, para além da visão dos órgãos oficiais e materializados nas normatizações expedidas por eles, como leis, decretos e portarias.

Assim, podemos vislumbrar no horizonte, o viver/envelhecer com qualidade de vida e com uma política que seja de fato efetivada em nosso país, com dignidade e cidadania para esse grupo populacional que tem sido cada vez mais numeroso. Além disso, tais perspectivas permitem conceber o funcionamento, das políticas de saúde voltadas para a população idosa, em face da “microanálise” dos sentidos conferidos pelo “dito” por diferentes atores sociais, o que aflora as memórias coletivas constituídas, implícitas nos documentos oficiais. Dessa forma, (re)configurar o desenho da atenção à saúde à pessoa idosa, de modo que ele seja materializado no cotidiano das práticas de cuidado na Atenção Primária, com isso, estabelecer condições de possibilidade para efetivação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, vigente em nosso país.

Portanto, a marca da sociedade sobre a concepção da velhice na publicação das narrativas jurídicas traz à tona a necessidade permanente de mobilização de todos os atores envolvidos: pessoas idosas, gestores, trabalhadores de saúde e academia, todos imbuídos da defesa do direito da pessoa idosa. Por conseguinte, teremos a consolidação de um cuidado humanizado, integral, com articulação de uma rede de apoio que fortaleça a intersetorialidade na promoção do viver/envelhecer com dignidade em nosso país.

Referências

- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 de setembro de 1990a.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.
- BRASIL. Lei nº 12528. Cria a comissão da verdade no âmbito da Casa Civil da Presidência da República. 190º da Independência e 123º da República. *Diário oficial da União*, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 5 jan. 1994.

- BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 237-E, p. 20-24, seção 1, 13 dez. 1999.
- BRASIL. Estatuto do idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Diário Oficial da União*, 3 out. 2003a.
- BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política nacional de saúde da pessoa idosa. *Diário Oficial da União*, 19 out. 2006a.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº 4639, de 2016*. Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2078864>. Acesso em: 28 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 22 fev. 2006b.
- BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2.029, de 9 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n. 237-E, p. 20-24, seção 1, 13 dez. 2011.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da República. *Dados sobre o envelhecimento no Brasil*. Brasília, DF, 2013.
- CALDAS, C. P.; THOMAZ, A. F. A velhice no olhar do outro: uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho. *Revista Kairós-Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 75-89, 2010.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.
- CAMPEDELLI, M. A. *The identity of the oldman in the contemporary world*. 2009. 238 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 2004.
- FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3.ed. rev. e atual. São Paulo: Fundação Dorina Nowill para Cegos, 2008.
- FONSECA-SILVA, M. C. *Poder-saber-ética nos discursos do cuidado de si e da sexualidade*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2007.

- FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. Petrópolis: Vozes; Lisboa: Centro do Livro Brasileiro, 2008.
- HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. Tradução de Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Relatório de dados demográficos*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- MAINGUENEAU, D. *Análise de textos de comunicação*. Tradução de Cecília P. de Souza-e-Silva; Décio Rocha. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- MAINGUENEAU, D. *Discurso e Análise do Discurso*. Tradução de Sírio Possenti. São Paulo: Parábola Editorial, 2015.
- MARTINS, J. J.; SCHIER, J.; ERDMANN, L. A.; DE ALBUQUERQUE, G. L. Políticas de atenção á saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-387, 2007.
- MERCADANTE, E. F. *A construção da identidade e da subjetividade do idoso*. 1997. 217 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.
- MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- ORLANDI, E. P. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.
- PÊCHEUX, M. *Semântica e discurso – uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Unicamp, 1995.
- PEIXOTO, C. E. (org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- RASIA, G. S. A relação entre a memória e o acontecimento desde uma perspectiva materialista do sentido. *Organon*, Porto Alegre, v. 30, n. 59, p. 101-116, jul./dez. 2015.
- REVEL, J. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. Trad. Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005.
- ROZENDO, A. S.; JUSTO, J. S. Velhice e terceira idade: tempo, espaço e subjetividade. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 14, n. 2, p. 143-159, 2011.
- SANTOS, M. S. *Memória coletiva e teoria social*. São Paulo: Annablume, 2012.
- ZOBOLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 158-162, 2007.

Capítulo 10

O cuidado na velhice: questões de gênero

*Edméia Campos Meira,
Rita Radl Philipp
Luciana Araújo dos Reis*

No desenvolvimento de uma abordagem conceitual sobre o cuidado, em uma perspectiva etimológica, Rossi (1991) afirma que o termo cuidar advém do latim *cogitare*, que significa cogitar, imaginar, pensar, meditar, julgar, aplicar a atenção, o pensamento. Cuidar é relacionar-se e implica em respeitar o semelhante com suas limitações, preocupar-se com ele, ocupar-se, envolver-se, responsabilizar-se. Assim, podemos afirmar que o cuidado humano é polifuncional, polivalente e que tem por essência a relação pessoa-pessoa.

Collière (1999) parte de uma compreensão histórica sobre o cuidado e afirma que o sentido original do cuidado e o papel desempenhado nas práticas das mulheres em prestação de cuidados foram traduzidos por diferentes modos de identificação, à medida de sua evolução. Dentre estes, a identificação do cuidado com a figura da mulher, desde os primórdios da história da humanidade até a Idade Média na sociedade ocidental. Tais práticas têm o seu papel desde a fecundidade, modelados pela herança cultural do cuidado que requer ajuda, o qual deverá ser oferecido pela mulher. Essas práticas, ao longo do tempo, modificaram as suas concepções em torno da fecundidade e do corpo e habitação do espírito em sociedades sob o poder eclesiástico.

As condições específicas da aprendizagem dos papéis de gênero em contexto da socialização primária, em qualquer sistema de estrutura social, podem explicar as concepções dos papéis de gênero masculino e feminino na sua totalidade. A compreensão do gênero em face das suas identificações, seus elementos de valores e relações sociais explica a complexidade das relações culturais, sociais e políticas, bem como sua relação com os mecanismos reais do poder, que estão presentes em determinado momento histórico da sociedade moderna (Radl-Philipp, 2011; Fávero, 2010).

Assim, cabe discutir a compreensão de gênero, numa perspectiva sociológica, visto que as teorias sociais abordam funções e valores específicos com diferenciações básicas para o gênero masculino e feminino e sua identidade pessoal. Deste modo, é atribuído à mãe um papel expressivo e para o pai um papel instrumental na estrutura familiar burguesa, o que influencia a aprendizagem de papéis na socialização primária e faz emergir uma divisão social

de trabalho em função do gênero. Com isso, tem-se como resultado uma aprendizagem de gênero acompanhada de transformações racionais nas atitudes e comportamentos, conforme corrobora Radl-Phillip (2011).

Os comportamentos que consideram essa diferenciação do gênero influenciam os papéis a serem desempenhados pelo feminino e masculino, sejam eles adultos e/ou pessoas idosas, por conseguinte, passam a haver repercussões sociais na feminização do cuidado referente à velhice e, em geral, no campo do cuidado na família. A família, por ser a instituição mais afetada na sociedade atual, também evidencia que as pessoas, na velhice, assumem definições novas em relação à identidade de gênero, sobretudo as mulheres, as quais assumem cada vez mais valores de autorrealização, independência e autonomia pessoal nas relações familiares, o que permite transformações nos papéis de gênero nesse período da vida. A vivência da mulher na velhice serve, de fato, para “compensar las carencias vividas em las experiencias humanas y sociales por las personas mayores en etapas anteriores de su vida” (Radl-Phillip, 2003, p. 2).

Deste modo, a importância do valor das transformações nas relações de gênero no âmbito familiar, dada a realidade demográfica da longevidade, permite a compensação de carências vivenciadas durante o envelhecimento humano na experiência de cuidado, em função do gênero. Assim, o envelhecimento populacional com expectativa de vida ampliada, bem como a necessidade de empreender um estado de bem-estar social, se dá pelo fato de as famílias desenvolverem entre si um contrato geracional nas suas relações, também, por estarem mais próximas das pessoas idosas e das crianças, que requerem certa condição de proteção desempenhada por funções de cuidado. Tal cuidado está configurado nas experiências da socialização humana que, certamente, terá consequências nos papéis femininos e masculinos na velhice (Camarano, 2010).

Ainda nesse pensamento, o cuidado, como uma prática milenar para a espécie humana, constitui-se enquanto garantia direta de continuidade da vida do grupo, em que a mulher tem importante papel na manutenção e no desenvolvimento da vida, com natureza diferente da do homem (Chodorow, 1979). Deste modo, o cuidado tem a sua singularidade, por isso, exerce seu papel baseado, originalmente, na função maternal do cuidado humano, do sustento da vida em torno da fecundidade e, também, de todas as formas simbólicas que são geradas, que vão desde o âmbito doméstico até o profissional (Collière, 1999; Gilligan, 1982; Muraro, 2010).

No contexto histórico do cuidado, as mulheres foram capazes de construir conhecimentos e práticas que possibilitaram ações de prevenção e de detenção do mal, por meio da descoberta das múltiplas possibilidades de utilização das plantas, da organização do saber, da elaboração de rituais, da apropriação da água, assim, desenvolvendo cuidados curativos e assegurando a manutenção da vida. A consciência do valor social da mulher que cuida é compreender o significado simbólico que orientou a prática delas durante milênios, em que “cuidar” é conciliar-se com as forças geradoras de vida, já que o corpo é um lugar de encontro e de expressão. Os cuidados são fonte de prazer, de satisfação e de expressão de uma relação que evita o sofrimento (Collière, 1999). Estas são as imagens que ficam da mulher que cuida.

Segundo Waldow (2001), as expressões “tomar conta”, “confortar”, “tocar”, “proteger”, “ser paciente”, “ficar perto”, “respeitar”, “fazer para/com o outro” são com frequência utilizadas pelo senso comum como sinônimo de cuidar. Ela afirma, ainda, que o cuidado humano “[...] não pode ser prescrito, não segue receitas, é sentido, vivido, exercitado”. Ademais, descreve que “[...]”

o cuidado implica numa relação interpessoal ir repetível, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista as peculiaridades do ser humano de ser único e potencialmente criativo” (Waldow, 2001, p. 111). Por fim, considera que o cuidado deve envolver respeito, compreensão e planejamento com o outro.

O cuidado humano, como uma atitude ética, não é pré-determinado, tampouco padronizado. O cuidado é personalizado, de acordo as necessidades da pessoa em um dado momento e com os recursos – material, físico e pessoal – disponíveis. A ausência do reconhecimento da pessoa idosa, enquanto sujeito de direitos, acontece quando ela não é respeitada no seu relacionamento com as demais pessoas.

Para Waldow (2004), as relações de cuidado humano abrangem o sujeito-*self* e o sujeito-outro. O primeiro compreende o cuidar de si, que inclui o conhecimento de si, de suas potencialidades, necessidades e limitações, favorecendo uma melhor autoestima, confiança em si e na vida. Também abrange o cuidar de si, do espírito, do intelecto, de seu tempo, do lazer e outros. Com a capacidade de expressar o verdadeiro *self*, o cuidado passa a ser existencial, ser sentido, vivido, com isso, projeta no meio ambiente um bem-estar relacional, visto que as pessoas são reconhecidas e aceitas na sua singularidade.

Ainda em diálogo com a compreensão filosófica do cuidado humano, Leonardo Boff (2002, p. 46), quando faz alusão à fábula-mito sobre o cuidado, considera o cuidado como a essência do ser humano, diz: “certo dia ao atravessar o rio, Cuidado viu um pedaço de barro, e teve uma ideia, pegou um pouco de barro e deu-lhe forma, criando o ser humano, o qual ficaria sobre os seus cuidados enquanto esse viver”. Diante dessa percepção, a humanidade tem o cuidado como modo de sobrevivência, preservação da vida, já que a relação de cuidado com o outro é permeada de atenção, responsabilidade, zelo, desvelo e afeto.

Desta forma, encontramos uma compreensão humana que também tem um modo de pensar de Boff (2006, p. 35): “o ser humano é um ser de participação, um ator social, um sujeito histórico pessoal e coletivo de construção de relações sociais mais igualitárias, justas, livres, possíveis dentro de determinadas condições histórico-sociais”. O ser humano, enquanto sujeito dotado de direitos, emerge a sua sacralidade, porque cumpre direitos e deveres. Diante disso, Boff (2006, p. 36) defende a ideia de que “[...] o ser humano é um ser de cuidado, e sua essência se encontra no cuidado. Aprender o cuidado em tudo o que projeta e faz”. O cuidado tem a representação da unicidade do ser humano, pois promove um viver envelhecer com mais responsabilidade e dignidade entre as pessoas.

Ainda no campo do cuidado, os estudos de Gilligan (1982) apresentam o desenvolvimento moral e suas diferenças entre homens e mulheres, ela indica uma ética de cuidado com a natureza da mulher, que tem o perfil de responsabilidade e de sensibilidade, com possibilidade de adaptação também para o homem. Ainda expressa uma ética de justiça, que se desenvolve no homem, podendo estar presente também na mulher nas suas relações cotidianas.

Entendemos, assim, que o espírito feminino se desvela em razão de uma percepção adulta de moralidade, com espontaneidade de ser possuidora de uma ética natural. Esta se desenvolve para os relacionamentos nos quais a mulher se comporta com fidelidade consigo mesma e com os outros, priorizando os seus sentimentos e pensamentos, de modo a não esconder de si e de quem lhe é mais íntimo, pois “a distinção entre ajudar e agradar isenta a atividade de tomar cuidado do desejo de aprovação por outros, a ética da responsabilidade

pode tornar-se uma âncora escolhida por vontade própria da integridade pessoal e da força” (Gilligan, 1982, p. 183).

Para Giligan (1982, p. 33), “o ilusório e mistério do desenvolvimento das mulheres residem no seu reconhecimento da permanente importância do apego na vida humana. O lugar da mulher na vida do homem é proteger esse reconhecimento”. Desse modo, o cuidado confere à mulher uma atitude feminina, com segurança de si mesma perante os que estão em relacionamento com ela, o que reflete em um sentimento de satisfação, com trocas verdadeiras e justas. Isso favorece a um modo diferente de o homem ver e aceitar a mulher, quando esta fornece experiências, como uma chave para compreender verdades centrais da vida adulta. Permite, também, ao homem desenvolver uma possibilidade de revisão do seu comportamento, de modo que sejam pensados novos conceitos e valores que se estabelecem na relação entre homens e mulheres (Muraro, 2010).

Ainda no contexto de interação humana, Carol Gilligan (1982) argumenta que a ética do cuidado, empiricamente vinculada à identidade feminina, tende a fragilizar atitudes de austeridade e de falsa moral masculina, quando prega o que não faz – universalidade da justiça. Contudo, a mulher tem a possibilidade, frente aos homens, de semear o cuidado nas relações, com atitudes de responsabilidade e de afeto, promovendo a bondade pelas pessoas, por ter em si certo nível de sensibilidade, proporcionando emoções diferentes da masculina. Vale ressaltar que “a sensibilidade às necessidades dos outros e a presunção de responsabilidade por cuidar leva as mulheres a atender outras vozes que não as suas e a incluir em seu julgamento outros pontos de vista” (Gilligan, 1982, p. 27).

Deste modo, o cuidado ético, constituído de identidade feminina, estabelece “vínculos entre relacionamentos e responsabilidades”, favorecendo a libertação de sentimentos naturais de cuidado em defesa de comportamentos justos. Para isto, a ação masculina, com atitude de justiça, tem um olhar de totalidade para as relações diárias, com construção de vínculos com predominância da individualidade, com características de interesses superficiais e descartáveis. A mulher tem a possibilidade de proporcionar ao ser humano a libertação construída por ele mesmo, deixando prevalecer o cuidado com o agir justo para todos em sociedade. De modo contrário, o cuidado ético se propõe à construção de trocas, auxílios, “[...] para observar o potencial na conexão humana para cuidado como [também] para a opressão” (Gilligan, 1982, p. 180).

O cuidado e a ética apresentam uma relação intrínseca, ambos são responsáveis pelos valores e pelo caráter do homem. Além disso, acreditamos que os dois podem influenciar o perfil da identidade humana, portanto, são capazes de caracterizar uma pessoa como individualista ou egoísta, o que pode ser construído de modo inconsciente durante a vida; ou também de modo consciente, mediante práticas de irresponsabilidade, conflitos, configurando assim uma atitude de descuido que atinge tanto o próprio indivíduo como aqueles que o cerca nas relações interpessoais, dada a interação em torno de símbolos significantes. “O eu, somente se constitui, mediante diálogos com o tu. O tu, possui uma anterioridade sobre o eu. O tu, é parceiro do eu” (Boff, 2006, p. 139).

Assim, percebemos a importância do processo de construção de identidades em consonância com a atitude ética tanto na vida, como no desempenho do cuidado humano que, segundo Boff (2006), produz compaixão, solidariedade e respeito para com o outro. Esta construção se desenvolve durante o ciclo vital, no processo de desenvolvimento da personalidade, aliado

às experiências vivenciadas em relações socioculturais, as quais condicionam aptidões para as condições de governabilidade e respostas aos aspectos éticos que promovem a vida humana. Isto se dá, na visão de Boff (2006), pela capacidade de escuta de si mesmo e da natureza. Assim, a luta por um viver mais justo, com a garantia de dignidade, move o pensamento humano na busca de mudanças, o que poderá ser desenvolvido por meio de movimentos sociais, mobilizados por protestos e resistências, cuja intenção é a mudança na história da humanidade (Boff, 2006, p. 141).

O desenvolvimento de uma consciência ética permite ao ser humano ter melhores condições de reagir a atitudes de violência, além da possibilidade de compreender a subjetividade das interações interpessoais, bem como suas capacidades de adaptações. Portanto, é fundamental reconhecer até onde somos capazes de garantir a vida com dignidade, por isso, precisamos do outro para viver e compartilhar atitudes solidárias com o cuidado humano, com a ética e com a justiça para todos que nos cercam na convivência entre homens e mulheres.

Destarte, no cotidiano do trabalho, muitas mulheres estão em atitude objetiva, racional, contrária ao homem, enfrentando o sistema de produção do mercado de trabalho, de consumo, distanciando-se, deste modo, da sua identidade feminina mais próxima do cuidado, da sensibilidade, da intuição e da proximidade para a compreensão humana. Diante disso, deparamo-nos com o encaramujamento do ser humano sobre seu próprio horizonte que, ao negar a essência de seu ser-cuidado, torna-se cruel consigo mesmo. O resultado é um processo de desumanização e de embrutecimento das relações (Boff, 2006).

Com base nos pressupostos de Boff (2006), a dimensão do feminino, existente no homem e na mulher, promove o crescimento do cuidado essencial, contudo, se esta dimensão se fragilizar na própria mulher, poderá ter repercussões também no homem. “Importa colocar cuidado em tudo [...] significando conceder direito de cidadania à nossa capacidade de sentir o outro, de obedecer mais à lógica do coração do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas” (Boff, 2006, p. 102). Além disso, os estudos de Gilligan apontam que a ética do cuidado proporciona vida às aspirações de ambos os sexos, portanto, ela é justa e fiel nos relacionamentos humanos e identifica a importância do valor das pessoas e da interdependência presente em interações significativas. Assim, permite o acolhimento, dada a convivência com a vontade de cuidar e de ser cuidado de modo natural no viver/envelhecer humano.

Ademais, constatamos o cuidado humano como questão fundamental na vida humana, o qual oferece características relevantes em função do gênero e é um aspecto fundamental para a vida. Contudo, o cuidado está vinculado a avaliações de inferioridade – tanto no plano teórico como no prático – em face da identidade histórico-coletiva e do contexto social das mulheres, como também na memória coletiva, referente à sua feminilidade (Halbwachs, 2006). A fragilidade humana, presente na vida desde a infância, tanto em razão da enfermidade como da velhice, aponta a importância central do cuidado e suas implicações em função do gênero.

Em relações familiares de cuidado com a mulher idosa dependente, é vivenciada a dependência e a convivência com uma gama de sinais e sintomas provenientes do quadro de pluripatologias, tais sintomas produzem mudanças na qualidade de vida da pessoa idosa e na sua família, pois elas dificultam gradativamente a execução de atividades pessoais básicas para manter uma vida independente. A doença exige um tratamento permanente e, com sua evolução, surgem limitações e incapacidades na vida diária da pessoa idosa, as quais demandam a presença de um cuidador(a) (Chernicharo; Ferreira, 2015; Carvalho *et al.*, 2015).

É de suma relevância trazer o conceito de dependência enquanto uma condição enfrentada por um indivíduo que passa, então, a requerer o auxílio de outras pessoas ou de equipamentos especiais para realização de Atividades da Vida Diária (AVD) (ANVISA, 2005). Apreendemos, assim, que a falta da capacidade de exercer as AVD resulta em perda da autonomia, o que, muitas vezes, desperta o sentimento de inutilidade na pessoa idosa e requer certa sutileza da pessoa cuidadora para compreender e auxiliá-los nesse momento.

A dependência humana requer a presença do cuidador/a, de modo que existem quatro fatores que aparecem como designadores dos cuidadores (as) da pessoa idosa incapacitada: parentesco (cônjuges), gênero (mulheres), proximidade física (mora junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos). Estudos apontam as mulheres como cuidadoras tradicionais, conservando diferenças culturais, que as fazem assumir esta responsabilidade nas relações familiares (Chernicharo; Ferreira, 2015; Carvalho *et al.*, 2015). Neste sentido, surge outra preocupação, que são as esposas idosas como cuidadoras, essas podem conviver com doenças crônicas e incapacitantes e com a capacidade funcional em risco, cuidando de seus esposos/as pessoas idosas/as dependentes (Novais *et al.*, 2013; Tomomitsu; Perracini; Neri, 2014).

O ambiente doméstico da família é o espaço onde as pessoas desenvolvem atividades, criam laços de amor e ódio, interagem entre si, têm seus momentos de lazer e, de acordo com as circunstâncias de saúde/doença, tornam-se cuidadores (as) de seus familiares quando estes necessitam de ajuda. Aponta-se o domicílio familiar como o local mais apropriado para que pessoas idosas, portadoras ou não de doenças crônicas, possam viver com certa qualidade de vida e estabilidade da doença. Também, as políticas voltadas à pessoa idosa reafirmam que ela deve permanecer junto à sua família, o que constitui a possibilidade de preservar a identidade, a dignidade e a autonomia.

O padrão de cuidado estruturado coloca a família no centro do cuidado a todos os que possuem algum tipo de dependência ou limitação, assim, a responsabiliza por esses entes. Ao longo da história, em quase todas as sociedades, a responsabilidade pelo cuidado às gerações mais velhas é imputada aos descendentes. Esse cuidado foi especificamente designado às mulheres, por questões culturais ao longo da história. Desde a pré-história – período em que a sociedade era matriarcal – a mulher se responsabiliza por tal atividade, e essa foi sendo atribuída por normas sociais e familiares, fortalecendo a ideia de que o papel de cuidar é uma especificidade feminina (Neri; Jorge, 2006).

Em face desse modelo histórico de cuidado advém a compreensão de que o lugar mais adequado para a pessoa idosa é junto da sua família, desconsiderando que ela se constitui como uma instituição idealizada. O seio familiar é palco de disputa de poder entre gêneros e gerações, além de atravessar inúmeras transformações (Camarano, 2010). Além disso, o cuidado familiar é marcado por apoio e orientação insuficiente do Estado, em decorrência da baixa implementação das políticas e dos programas voltados ao cuidado formal domiciliar.

Nesse contexto de cuidado, as condições que se relacionam com o gênero, com a convivência e com o parentesco são determinantes para predizer qual pessoa do núcleo familiar será o cuidador principal. Majoritariamente, as mulheres assumem esse papel, acumulando também a responsabilidade pelas tarefas domésticas e cuidado dos filhos (García-Cavalcante; Mateo-Rodríguez; Maroto-Navarro, 2016; Radl-Phillip, 2010b).

A vivência de cuidar da pessoa idosa doente e/ou fragilizada em domicílio familiar proporciona um aprendizado e um desafio constante, perante as necessidades multidimensionais

advindas da dependência da pessoa idosa. Torna-se, então, uma tarefa árdua para a mulher cuidadora, à medida que se torna permanente e se potencializa em função das alterações na capacidade funcional, nas Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, que vão desde atividades mais simples, como apoio ao andar na rua, ajuda ao vestir-se, na alimentação, até as mais complexas para a sobrevivência humana (Ferreira *et al.*, 2012; Carvalho, 2015).

A respeito das tarefas de cuidado desempenhadas pela mulher cuidadora familiar junto à pessoa idosa dependente, estudos evidenciam uma condição de sobrecarga, a qual favorece manifestações de cansaço físico e emocional, estresse, perda progressiva de energia, fadiga, tal como potencialização de sintomas de doenças osteomusculares, por conseguinte, o cuidador acaba adoecendo, com alterações nas condições da qualidade de vida (Almeida; Jardim; Franco, 2014; Carvalho, 2015).

É relevante abordarmos, ainda, que a relação de cuidado entre a mulher cuidadora familiar e a pessoa idosa portadora de uma doença crônico-degenerativa encontra-se suscetível ao desgaste, acontecimento que pode repercutir negativamente no dia a dia daquele que oferece o cuidado. Isso gera uma série de consequências no processo de cuidar, a exemplo de maus tratos (Meira; Gonçalves; Xavier, 2007; Rabelo; Neri, 2014).

A mulher cuidadora assume o cuidado familiar sem capacitação técnico-científica, cuja base é o senso comum e a solidariedade, assim, assume uma carga de obrigações árduas, na qual, muitas vezes, a cuidadora ou o cuidador nega a si mesmo, deixando sua vida social para cuidar do outro. Isso promove a perda de sua autonomia, independência e participação social.

É neste contexto que percebemos o valor da mulher-familiar cuidadora de pessoas idosas. Diante disso, faz-se importante ressaltar que, aqueles que geralmente assumem o cuidado e auxiliam na realização de suas atividades diárias são membros da família, os quais por questões culturais carregam essa responsabilidade (Cattani; Girardon-Perlini, 2004). Tal responsabilidade se manifesta na orientação do cuidado da mulher, que se pauta em uma construção de desenvolvimento moral e em suas relações de cuidado ético, em diálogo dialético com o cuidado de justiça (Gilligan, 1982).

Diante disso, ver-se a necessidade de se discutir como o cuidado à pessoa idosa dependente é estabelecido, bem como as limitações encontradas pelas pessoas familiares cuidadoras representadas pela mulher. Tais discussões permitem desvelar a realidade vivenciada por ela, a carga de desvalorização, a ausência de respeito à sua sobrevivência, os jogos de poder presentes no grupo familiar, desta forma, como esta mulher está buscando formas de resolução, para o seu viver/envelhecer com qualidade de vida. Assim, aprofundamos as características da identidade de gênero feminina presente no cuidado de pessoas idosas dependentes no contexto familiar, tal como mencionamos.

Frente a estas considerações, percebemos que o processo de cuidar da pessoa idosa instala-se no momento em que a sua autonomia encontra-se abalada por alguma causa, seja esta momentânea ou definitiva, cuja prática exige certa dedicação daquele que o faz. Ao passo que a mulher passa a ser a cuidadora familiar, ela deve estar ciente da importância e necessidade do seu papel na manutenção de uma qualidade de vida para quem recebe o cuidado, bem como em estar preparada para fazê-lo sem se esquecer das suas necessidades básicas, como pessoa humana com direito a viver com dignidade.

Sentidos da memória de mulheres cuidadoras

A memória, ao ser apropriada como objeto de estudo não somente das ciências cognitivas, neurociências, informática, mas também da sociedade, da história e da literatura, é constituída também na intimidade da vida/do envelhecimento. Esta ciência se aliou ao campo das ciências humanas, em contexto multidisciplinar, multifacetada, por isso, apresenta-se como um desafio o estudo no contexto do envelhecimento humano, permeado de experiências, históricas de vida, constituindo saberes, costumes, mitos, ritos, desse modo, produzindo conhecimento.

O entendimento do envelhecimento como um fenômeno, constitui-se como área do conhecimento científico, tem o mesmo campo de ação da disciplina de gerontologia – ciência que estuda o processo de envelhecimento e suas alterações normais ao longo da vida humana que são biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. É um processo que tem início desde a vida embrionária, evoluindo gradualmente em contexto multidimensional, com diversas repercussões na função do organismo, favorecendo a redução da capacidade funcional, em quadro de dependência física, cognitiva e comportamental o qual requer ajuda de outras pessoas (Papaléo Netto, 2006).

Assim, no curso do envelhecimento, a velhice representa uma etapa apreendida em função de uma ontologia histórica de nós mesmos em relação a um campo do saber e do poder que nos constitui como sujeitos, desta forma, prescinde de um olhar dos modos que fomos tratados ao longo da vida (Santos; Lago, 2013). Podemos então inferir a memória enquanto um atributo do viver/envelhecer, “cresce a nitidez e o número das imagens de outrora e esta faculdade de relembra exige um espírito desperto, a capacidade de não confundir a vida atual com a que passou [...], uma lembrança é diamante bruto que precisa ser lapidado pelo espírito” (Bosi, 1994, p. 81).

A palavra memória, de origem grega, significa ação de lembrar, lembrar dele mesmo, ou seja, também aquilo que permanece no espírito (Silva, 2003). Assim, podemos entender a memória como condição de refletir, meditar, inventar, criar, renovar, atualizar e até o sentido de cuidar, no contexto das relações de cuidado familiar entre a mulher cuidadora e a pessoa idosa dependente.

Os sentidos de memória vivenciados pela mulher em relações de cuidado familiar da pessoa idosa dependente, traz o pressuposto de que a ação de cuidado, desempenhado pela mulher, é determinado pela memória em coexistência entre o tempo passado e presente, tal como a representação da vida interior, enquanto “[...] uma consciência que desejaria apenas vê-la sem medi-la, que agarrasse sem imobilizá-la, que tomaria a si mesma por objeto” (Bérgson, 1993, p. 4).

Desse modo, identificamos uma aproximação da teoria da memória de Henri Bérgson (1859-1941), filósofo francês, na busca da compreensão do tempo enquanto duração, o qual possibilita a coexistência entre o passado, presente e futuro, e sua relação do tempo com a memória e o corpo. A temática do tempo é fundamental para este autor, o qual o entende enquanto um tecido do real, isto é, sucessão, continuidade, memória e criação, e estão presentes nos acontecimentos, sejam eles físico ou psíquicos (Bérgson, 1972).

O sentido da memória de mulheres cuidadoras familiares de pessoa idosa dependente, dada a sua construção de identidade de gênero e orientação para o cuidado, sedimenta-se em uma memória pessoal, que também é coletiva em um quadro de referência nas relações familiares, em que a identidade de gênero se constrói no desenvolvimento humano, desde a infância. As

peçoas, em convivência grupal, são influenciadas por relações intrínsecas influenciadas por crenças, valores e comportamentos que produzem símbolos, significados e caracterizam uma ação social. Esta compreensão pode ser mais bem relatada por meio dos conceitos de *self*, mente, sociedade, interação social e símbolo, ainda neste capítulo.

Diante do exposto cabe questionar como seria possível estabelecer a compreensão do tempo real, explicitado segundo Bérqson (1999), como sucessão, continuidade, mudança, memória e criação? Como compreender a lembrança pura, ontológica da memória, que sobrevive ao passado e traz um sentido e orientação para o cuidado desempenhado por mulheres em relações familiares de pessoas idosas dependentes? Na perspectiva de gênero, como pensar a condição de atualização em memória virtual nas relações familiares de cuidado em solidariedade humana? Como se desenha o método intuitivo e sua relação com a teoria da duração? Como se estabelecem essas lembranças nos quadros de memória familiar, como instituição social que determina papéis, a identidade e a orientação para o cuidado?

A filosofia do tempo, com duração na perspectiva do tempo real, segundo Bérqson (1999), está nos acontecimentos, sejam eles objetivos ou subjetivos, relacionados entre si, constituindo-se de sucessão, continuidade, memória e criação. Assim, a noção de virtualidade, numa compreensão abstrata, pode ser definida como multiplicidade heterogênea e relacionada com os nossos estados de consciência. Neste sentido, é o virtual que se atualiza, o qual é inseparável do movimento de sua atualização (Deleuze, 1999). Assim, a compreensão do cuidado desenvolvido pela mulher com a pessoa idosa dependente como virtualidade do tempo se atualiza identificando e capacitando o sentido da memória para o cuidado na unidade familiar (Fuchs, 1996; Coelho, 2004).

No tempo como duração, constituindo-se como sucessão, as vivências interiores ocorrem uma após outra, em tempo que é passado, presente e futuro, contínuo, não permite separações. Esse tempo, por também ser continuidade, como afirma Bérqson (1999, p. 219), “indivisa de mudança heterogênea”. Assim sendo, a duração como sucessão contínua de mudança heterogênea é a memória: “A duração interior é a vida contínua de uma memória que prolonga o passado no presente [...] mais ainda, porque testemunha a carga sempre mais pesada que arrastamos atrás de nós a medida que envelhecemos” (Bérqson, 1993, p. 202).

Nessa perspectiva, podemos inferir que o envelhecimento vivenciado pela mulher cuidadora de pessoas idosas dependentes traz a marca dos acontecimentos do tempo, que permite a construção social da identidade de gênero, apreendido nas relações simbólicas das interações familiares. Esse envelhecimento afeta a condição da mulher no presente, visto que, estar cuidando de outro indivíduo permanentemente reque uma experiência de afeto que permita a sua liberdade como pessoa humana.

A memória surge do encontro entre a subjetividade do espírito e a exterioridade da matéria. Deste modo, ela possibilita apreender imediatamente o tempo por meio da visão de temporalidade do homem, na perspectiva da vida em movimento (Bérqson, 1999). A memória evoca a relação do homem com a natureza e o espírito. O tempo constitui-se da “duração”. Bérqson (1999) aponta a intuição como um método, o qual se constitui de uma apreensão imediata do tempo, por meio da visão, ou seja, o ser desenvolve uma intuição, que é uma duração também. O propósito é fazer da intuição um meio de verificação do tempo, pois, pela intuição me aproximo do tempo real, isto é, da duração. A intuição é um ato do espírito, apreende a si mesmo como subjetividade e se constitui da concepção de ideias, pensamentos e emoção, estando entre a inteligência e a sensibilidade (Bérqson, 1999).

Bérgson (1999) também entende que a vida é movimento, animada, sendo evolutiva, qualitativa e translativa. A duração enquanto “tempo” é contínua e heterogênea, no que diz respeito a um fluxo inteiro, como exemplo do processo de envelhecimento humano o qual: 1. Utiliza a intuição para pensar a formulação e criação dos problemas; 2. Tem a intuição com método diferencial; 3. A intuição como método temporalizante que se constitui da apreensão do tempo imediato e do tempo real da duração. A intuição leva ao homem a compreender o tempo e o seu próprio tempo atemporal (não tem marco, data). Segundo Bérgson (1999), tempo é invenção/criação, ou seja, é intuição criadora, experiência.

Ainda segundo o autor, a concepção de matéria e memória traz a emergência da compreensão da subjetividade e da memória como lembrança em contração do presente vivo. A matéria e memória se constituem em pensar uma identidade entre matéria e imagem, que é sinônimo de tudo que aparece e que se aproxima do fenômeno. O plano físico é imagem que se constitui dos corpos. A matéria é um conjunto de imagens em movimento, como luzes que se difundem, com a consciência e que recebe a luz (imagem) e que também a reflete. Assim, a matéria está em movimento, como a luz está para a imagem. A matéria tem as características de uma ação entre si mesmo e em todas as direções, exemplo: o cinema.

A imagem percebida reflete uma ação possível e responde por uma ação real. Esta imagem recebida se constitui pelo afeto. Um afeto, uma sensação que mobiliza para o advir, assim, essa consciência seletiva se caracteriza também por um ato de resistência para alcançar a liberdade. Esta consciência tem fundamento na subjetividade. A imagem e a memória, ainda segundo Bérgson (1999), têm como fundamento duas formas de “reconhecimento” pelo homem: o modo automático e o reconhecer reagindo.

A imagem percebida entra em conexão com a memória. Não reconhece o automático e permite o retorno ao passado, por meio de um olhar com atenção. Essa atenção pode ser atual ou virtual, se caracterizando pela subjetividade/lembrança. Então, a consciência se constitui da percepção que se estabelece no passado com reconhecimento. Também, a ação se volta para o futuro, com expectativas. Tudo isso, no campo da consciência seletiva, constitui a memória, de modo que se pode, então, dizer, que “consciência é tempo”.

Neste contexto, há o reconhecimento atento de onde vem a lembrança, que quando reconhecida se estabelece por hábitos ou consciência. As lembranças puras se conservam no tempo, estão no campo da subjetividade e não são imagens, mas inconscientes, que se conserva no passado e neste se atualiza, tornando-se virtual. Essas lembranças, quando o passado não atualiza, se conservam no passado, não alcançando o presente, então, para Bérgson (1999), “tempo” é o que se conserva, acumulando um passado, constituindo-se de memória, resgatada pela evocação. O presente é seletivo, só se rememora se houver interesse, já o presente cresce à medida que avança para o futuro.

Entender essa concepção de tempo requer uma lembrança pura virtual, em que o passado é o presente em coexistência com uma realidade experimentada por mulheres em processo de cuidar do seu familiar, que espera dela o compromisso de uma ação, diante da fragilidade ocasionada pela dependência. Esse indivíduo que recebe esse cuidado, espera que ele seja a resposta de um aprendizado ritualizado que se constituiu durante a vida e determina sentimentos, atitudes, comportamentos diante de uma necessidade real de vida em sobrevivência humana. Como respostas, há a natureza de um cuidado que foi apreendido, conscientizado de sua

materialidade por meio de uma identificação no viver/envelhecer da mulher durante a sua vida em movimento e que se construiu desde a infância por meio dos papéis sociais apreendidos, desta forma, a produção de uma memória que se subjetiva em uma relação de coexistência.

A família como marco social de memória

O cuidado, como um fenômeno complexo em âmbito familiar de modo contínuo e duradouro, é permeado por uma tradição cultural, o qual, na maioria das vezes, é desenvolvido por um sistema informal, que inclui família, vizinhos e membros da comunidade. Esse espaço familiar tem princípios advindos de uma tradição, cumprindo normas sociais ou culturais, em que, via de regra, o cuidado com a pessoa idosa dependente fica sob a responsabilidade de um membro da família (Almeida; Jardim; Franco, 2014; Chernicharo; Ferreira, 2015).

A responsabilidade pelo cuidado desta pessoa idosa, que vivencia uma situação de cronicidade com evolutiva dependência, recai sobre a família. Esse cuidado é exercido, habitualmente, por uma pessoa da família, que o assume e responsabiliza-se pela pessoa idosa doente, sozinha, a quem denominamos cuidador principal. Esse, geralmente, é a mulher e, apesar de o cuidado ser informal, a eleição deste cuidador (a) obedece a uma série de regras como: parentesco, com frequência maior para os cônjuges, antecedendo a presença de algum filho; proximidade física, considerando quem vive com a pessoa e a proximidade afetiva, especialmente, a relação entre pais e filhos (Anjos *et al.*, 2015; Chernicharo *et al.*, 2015).

A compreensão do cuidado, na perspectiva de Boff (2002), é assumida em dois sentidos fundamentais que estão intimamente interligados: como atitude de solicitude, de atenção e de dedicação pelo outro e de preocupação e inquietação por ele. A pessoa que cuida sempre se sente afetada e afetivamente ligada ao outro de quem cuida. Por isso, o cuidador (a) trata-se de alguém que desenvolveu pela pessoa cuidada um sentimento de estima e, por isso, dedica-se a cuidar dele (a).

É na família, portanto, que a pessoa idosa encontra meio de sustentação e pertencimento, o cuidado em saúde e a afetividade são necessários e pertinentes (Gonçalves *et al.*, 2011; Anjos; Boery; Pereira, 2014). Os fatos básicos da vida orientam as relações, por sua via, os laços consanguíneos com os filhos, os irmãos, os descendentes, os filhos, ou até aqueles decorrentes da afinidade como o casamento formam uma sociedade, portanto, pelas combinações dessas relações e estabelecimento de compromissos éticos que são motivadas as histórias de vida.

A família é o lugar no qual as pessoas desenvolvem atividades, criam laços de amor e ódio, interagem entre si (Mota, 2010). Nessa relação, a pessoa tem seus momentos de lazer e, de acordo com as circunstâncias, tornam-se cuidadores (as) de seus familiares quando estes necessitam de ajuda. Aponta-se esse espaço como o local mais apropriado para que pessoas idosas portadoras ou não de doenças crônicas possam viver com certa qualidade de vida e estabilidade da doença. As políticas voltadas à pessoa idosa reafirmam que esse deve permanecer junto à sua família, o que constitui a possibilidade de preservar a identidade, a dignidade e a autonomia.

A família, por ser marco social da memória, é um grupo de referência em relações sociais, no espaço e no tempo, com lembranças passadas e presentes, além de atualizar os quadros sociais e interagir de modo dinâmico e construtivo. O quadro de referência em questão se estabelece na família enquanto marco de memória, aqui representado pela mulher cuidadora familiar, cujo suporte teórico advém do pensamento de Halbwachs (2006).

A família, marco social da memória, segundo Halbwachs (2004), faz o indivíduo, na sua recordação individual, encontrar-se com o passado, que constitui marco histórico de uma tradição sociocultural dependente de uma sociedade. Assim, é natural que considerássemos o mesmo tempo e lugar de recordar uma memória de família, do mesmo modo que qualquer outro conjunto coletivo. As recordações de família se desenvolvem para dizer uma verdade nas diversas consciências dos membros do grupo doméstico. Desse modo, juntos ou separados, cada qual se recorda de um tempo e um lugar do passado no contexto que lhes é comum.

As nossas atitudes e sentimentos são ensinados por uma ordem familiar que se estabeleceu entre cônjuges. Na antiguidade, a jovem grega e romana deveria aceitar o culto e as tradições da sua nova família. Em nossa sociedade, é com o matrimônio que se estabelece uma situação de enquadramento, ordem de ideias e de sentimentos, em função da formação de uma nova família. Os sentimentos que proporcionam a união entre as pessoas de uma família, e que se desenvolvem desde criança, são constituídos em função do parentesco que é explicado por essa união. Os vínculos e sentimentos não se regulam em conformidade com as relações de parentesco, a exemplo do matrimônio que se transforma em parentesco (Halbwachs, 2004).

Em igual sentido, nas sociedades mais tradicionais atualmente, cada família tem os seus próprios costumes, ritos, hábitos e religião, por isso, tem as suas recordações com exclusividade para as comemorações e segredos que não revelam, senão a seus membros. Assim, as recordações não são apenas imagens do passado, mas, ao mesmo tempo, modelos, exemplos a serem seguidos, nisto, está a expressão geral do grupo que não reproduz somente a história, mas sua qualidade, natureza e também suas debilidades. A título de exemplo, em nossas famílias se vive longo tempo, orgulhosos ou infelizes. A conduta de cada uma está em uma propriedade física ou moral que é inerente ao grupo e que passa para os seus membros. Ainda neste contexto, os diversos elementos que constituem essas famílias têm sido mantidos do passado e a memória familiar compõe um marco que tende a se conservar intacto e que constitui, de algum modo, o “Armazém” tradicional da família (Halbwachs, 2004).

O marco participa da natureza das noções, dos juízos e das opiniões coletivas, que não estão em nenhum lugar ou momento definido, mas que parece dominar o transcurso do tempo. O lugar da memória pode ocupar vários lugares, os quais podem se encontrar em contextos semelhantes. Uma cena determinada que se desenvolva em nossa casa com nossos pais, avós, que foram os personagens e que marcaram nossa memória não reaparece como um quadro de um dia, tal como vivíamos. Nossa nova composição é feita, a partir do ponto de referência daquele fato e a do quadro recordado. A representação da família e do parentesco sofre a marca do tempo, em que cada etapa de vida passa por configurações diferentes (Barros, 1989).

O marco da memória familiar são rostos, faces e fatos que se instalam como ponto de referência; para cada ponto de referência, representado por rostos, neles há a expressão de uma personalidade de cada fato que resume um período de vida do grupo. Todas as nossas reflexões se dirigem para eles: tudo pode suceder, sem dúvida, como se houvéssimos tomado contexto com o passado. Assim, pelos marcos, nós somos capazes de reconstruir a imagem de pessoas e fatos (Halbwachs, 2004).

Esse capítulo refletiu acerca do cuidado na velhice, especialmente no que diz respeito às questões de gênero, para isso, considerou as possibilidades conceituais da memória, no que tange à compreensão da memória coletiva – postulada por Halbwachs. Nessa memória, a família

atua como marco de memória; memória no sentido do tempo em coexistência com o presente, de acordo Bérghson, decorrente das experiências vivenciadas e constituídas ao longo da vida.

As reflexões em torno da velhice nas relações de cuidado à pessoa idosa dependente evidenciam a necessidade de redirecionar um olhar de gênero em relação ao contexto do cuidado às mulheres que estão na família, junto de pessoas idosas dependentes, diante de sua inserção no âmbito social, histórico e cultural, tal como da construção social de sua identidade. Nesses contextos estão implícitos os papéis sociais de gênero que determinam as relações desiguais e os estereótipos, os quais se relacionam com a sobrecarga e o adoecimento delas, bem como a desvalorização diante da competência do cuidar, pela família e a sociedade.

A vivência de mulheres no cuidado do outro na velhice e nos estágios iniciais da vida está permeada de construções biopsicossociais oriundas das relações familiares de cuidado, da coexistência de um sentido de memória em um significativo desenvolvimento de aprendizagem social de gênero. Tal perspectiva decorre da educação para o cuidado, enquanto efeito de uma formação que considera questões de gênero, portanto, o contexto de socialização primária e o processo de aculturação o que contribuindo para a construção social de identidade de gênero com orientação para o cuidado executado especificamente por mulheres.

A mulher cuidadora em relação de cuidado familiar com a pessoa idosa dependente, em convívio multigeracional e com desigualdades de papéis sociais de gênero, vivencia o envelhecimento humano, aliado à condição de sobrecarga ou atenuação da complexidade do cuidado. Isso potencializa o processo de fragilização e de adoecimento que contribuem para o desenvolvimento de conflitos, com risco para os maus tratos na relação binomial de cuidados entre a mulher que cuida – muitas vezes, vivenciando a velhice – e a pessoa idosa dependente de cuidado, realidade ainda subnotificada nas políticas públicas de saúde.

O cuidado familiar com a pessoa idosa dependente, caracterizado como “jeito de mulher”, usa como justificativa a falsa ideia de que são mesmo as mulheres que devem assumir a responsabilidade do cuidado, por possuírem atributos essenciais, como sentimentos virtuosos capazes de propiciarem o cuidado humanizado, construído também em coexistência de memória com a pessoa idosa sob cuidados. Em contrapartida, os homens, de modo geral, são vistos com indivíduos que não possuem vocações para tarefas e papéis tidas como do espaço doméstico privado, demarcando, então, uma ação específica está relacionada ao papel de gênero feminino, o que se opõe aos princípios da igualdade e a dignidade de viver com melhores condições humanas.

Assim, podemos afirmar que o cuidado familiar exercido pela mulher ainda se constitui como um fazer desvalorizado socialmente, enquanto trabalho profissional, todavia, valorizado apenas pelas qualidades ligadas aos sentimentos da vocação de cuidar, por ser considerado atribuição feminina. Esta visão mantém a mulher subjugada às relações familiares de cuidado no espaço doméstico privado, com repercussões nas suas condições de vida. Tal situação produz a invisibilidade do trabalho feminino no processo de cuidar, muitas vezes, até impossibilitando a participação do homem por falta de competência. Isso aponta para a direção da associação do cuidado ao feminino, legitimando as mulheres no espaço sociocultural das relações familiares.

O cuidado familiar pode ser exercido por todos os membros da família, enquanto uma ética que priorize os valores de equidade na convivência humana, por isso, deve promover a liberdade, o respeito, a tolerância de seres humanos que vivenciam o envelhecimento humano e desejam viver mais e melhor. Deste modo, uma ética para o cuidado, na perspectiva do gênero, mas não só para a identidade de gênero feminino, também para a identidade de gênero masculino, com

princípios de solidariedade que permitam a superação da desigualdade, do preconceito, tal como possibilitem a vivência das mulheres nas relações de cuidado com respeito às suas diferenças, a sua autonomia e independência, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida.

O cuidado humano estabelecido entre a mulher cuidadora e a pessoa idosa dependente, enquanto uma ética que se desenvolve na história da sua vida como mulher, está atravessado por um modelo social androcêntrico que favorece a desigualdade nos papéis sociais de gênero nas famílias.

Diante disso, apontamos a necessidade de democratização do cuidado com novos papéis de gênero para homens e mulheres de forma igualitária com respeito às diferenças existentes. Para tanto, são importantes as desconstruções das funções pautadas em gênero no âmbito doméstico, bem como de estereótipos, de modo que haja o compartilhamento das tarefas com os homens, em que se desenvolva uma orientação centrada na importância do cuidado humano.

Deste modo, ressaltamos a família como instituição importante para o enfrentamento das desigualdades e estereótipos de gênero, sobretudo porque as mulheres possuem um envolvimento significativo nas relações familiares de cuidado. Tal orientação requer transformações nas estruturas androcêntricas estabelecidas por um determinado processo de socialização e educação do ser humano.

Diante do exposto, identificamos a necessidade de um novo olhar para o cuidado em saúde, considerando que é preciso analisar as necessidades da saúde das mulheres de maneira integral, mediante a inserção dessas no seu grupo familiar de pertença. Para isso, é indispensável uma análise crítica e reflexiva sobre a vivência das relações de cuidado na perspectiva do gênero, sob uma ótica epistemológica feminista, pois quando propiciamos espaço para a escuta, é possível evitar as repercussões advindas da sobrecarga do processo de cuidar.

Portanto, essa relação de cuidado, face às transformações que operam na sociedade, poderá e deverá ser continuamente repensada com base na aproximação e na flexibilização da redefinição das identidades de gênero por meio do reconhecimento do outro, do diferente e das mudanças societárias em processo de compreensão e deciframento.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Resolução da Diretoria Colegiada. RDC, nº 283 de 26 de setembro de 2005*. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?> Acesso em: 20 out. 2012.

ALMEIDA, L. G. R. S.; JARDIM, M. G.; FRANCO, E. C. D. O cuidar de Alzheimer: sentimentos e experiências vivenciados por seus cuidadores. *Revista Enfermagem UFSM*, v. 4, n. 2, p. 303-312, 2014.

ANJOS, K. F.; BOERY, R. N. S. O.; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 3, p. 600-608, 2014.

ANJOS, K. F. *et al.* Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1321-1330, 2015.

- BARROS, M. M. L. Memória e Família. *Estudos Históricos*, v. 2, n. 3, p. 29-42, 1989.
- BÉRGSON, H. *Matéria e memória*. Trad. Paulo Neves. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- BÉRGSON, H. *Mélanges*. Paris: PUF, 1972.
- BÉRGSON, H. *La pensée et le mouvant*. Paris: PUF, 1993.
- BOFF, L. Cuidar da vida e da criação. In: BEOZZO, J. O. (org.). *Saúde: cuidar da vida e da integridade da criação*. São Paulo: CESEP, 2002. p. 89-108.
- BOFF, L. *Virtudes para um outro mundo possível*. Petrópolis: Vozes, 2006. v. 2.
- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- CAMARANO, A.A. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? In: CAMARANO, A. A.; KANSO, S. *Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados*. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.
- CAMARANO, A. A. (org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- CAMINO, L. *et al.* Psicologia social: temas e teoria. 2. ed. revista e ampliada. Brasília, DF: Technopolitik, 2013.
- CARVALHO, D. P. *et al.* Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. *Texto Contexto Enferm.*, v. 24, n. 2, p. 450-458, 2015.
- CATTANI, R. B.; GIRADON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, 2004.
- CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Meanings of care for the hospitalized elderly from the perspective of caregivers. *Esc Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 80-85, 2015.
- COELHO, E. M. Gestão do conhecimento como sistema de gestão para o setor público. *Revista do Serviço Público*, v. 55, n. 1-2, p. 89-115, 2004.
- COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude, aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- CHODOROW, N. Estrutura familiar e personalidade feminina. In: ZIMBALIST, R.; LAMPHERE, L. (org.). *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1979. p. 65-94.
- DELEUZE, G. *Bergsonismo*. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- FÁVERO, M. H. *Psicologia do gênero: psicobiografia, sociocultura e transformações*. Curitiba: Ed. Da UFPR, 2010.

FERREIRA, H. P. *et al.* O impacto da doença crônica no cuidador. *Revista Brasileira Clínica Medicina*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 278-84, 2012.

FREUD, S. *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, tomos V y VII. 1972 y 1974.

GARCÍA-CALVENTE, M. M.; MATEO-RODRÍGUEZ, I.; MAROTO-NAVARRO, G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 18, p. 83-92, 2004. Disponível em: www.scielo.org/scielo. Acesso em: 12 maio 2016.

GILLIGAN, C. *Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GONÇALVES, L. H. T. *et al.* O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. *Rev. Ciência, Cuidado Saúde*, v. 10, n. 4, p. 746-754, 2011.

HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. Tradução de Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2006.

MEAD, G. H. *Espíritu, persona, y sociedad: desde el punto de vista del conductivismo social*. 4. ed. Madrid (SPA): Paidós, 2010.

MEIRA, E. C.; GONÇALVES, L. H. T.; XAVIER, A. O. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. *Rev. Ciência Cuidado e Saúde*, v. 6, n. 2, p. 171-180, 2007.

MOTA, A. B. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre envelhecimento. *Soc. Estado*, v. 25, n. 2, 2010.

MURARO, L. La verdade de las mujeres. *DUODA: Estudios de la Diferencia Sexual*, 2010.

NERI, A. L.; JORGE, M. D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de Psicologia*, v. 23, n. 2, p. 127-137, 2006.

NOVAIS, N. N. *et al.* Qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos longevos: interferências intrafamiliares. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 27, n. 1, p. 64-75, 2013.

PAPALÉO NETO, M. Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental do idoso. *Pensando Famílias*, v. 18, n. 1, 2014.

RADL-PHILIPP, R. M. Diferencias de género, empleo de las Mujeres y el nuevo rol de género femenino. In: RADL PHILIPP, R. (ed.). *Investigaciones Actuales de las Mujeres y del Género*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela, 2010b. p. 91-107.

- RADL-PHILIPP, R. M. Feminismo y conocimiento. Implicaciones epistemológicas para los estudios de las mujeres y del género. In: MARÍN, J. G.; VAZQUEZ, M. B. G. *Diálogos en la cultura de la paridad*. Reflexiones sobre feminismo, socialización y poder. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, 2012.
- RADL-PHILIPP, R. M. Feminismo y conocimiento de las mujeres y del género: rememorando su historia particular. In: LOMBARDI, J. C.; BITTENCOURT, A. P.; MAGALHÃES, L. D. R. (org.). *História, memória e educação*. Campinas: Alínea, 2011.
- RADL-PHILIPP, R. M. Gênero e direitos humanos. *Cadernos CEDES*, n. 81, v. 30, 2010a.
- RADL-PHILIPP, R. M. La socialización y educación en función del género en las sociedades modernas. En: TOBIO SOLER, C. (ed.). *Una nueva Sociedad: mujeres y hombres a partes iguales*. Comunidad de Madrid, Madrid. 2003. p. 189-207.
- ROSSI, M. J. S. O curar e o cuidar. A história de uma relação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 44, n. 1, p. 16-21, 1991.
- SANTOS, D. K.; LAGO, M. C. S. Estilísticas e estéticas do homoerotismo na velhice: narrativas de si. *Sexualidade, Saúde e Sociedade*, v. 15, p. 113-147, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000300006>. Acesso em: 12 maio 2016.
- SCHWARZER, R.; FUCHS, R. Autoeficácia e comportamentos de saúde. In: CONNER, M.; NORMAN, P. (ed.). *Preveno o comportamento de saúde: pesquisa e prática com modelos de cognição social*. Imprensa da Universidade Aberta, 1996. p. 163-196.
- SILVA, A. R. *Elementos para uma comunicação pós-midiática*. São Paulo: Unisinos, 2003.
- TOMOMITSU, M. R. S. V.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3429-3440, 2014.
- WALDOW, V. R. As relações de cuidado: o cuidado com o meio que nos cerca. In: WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.
- WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Capítulo 11

Significado do cuidado por quem necessita: representações sociais de idosos com dependência funcional

*Elaine dos Santos Santana
Renato Novaes Chaves
Ricardo Filipe de Moura Loureiro
Rosa Carla Gomes da Silva
Luciana Araújo dos Reis*

O fenômeno do envelhecimento populacional é uma realidade que avança em âmbito mundial e que, no cenário brasileiro, constitui-se enquanto um processo heterogêneo de velhice, já que ocorreu de maneira acelerada, sem que houvesse tempo hábil para o planejamento e a operacionalização das respostas sociais necessárias a este novo quantitativo expressivo de pessoas com mais idade (Camarano; Barbosa, 2016; Ferreira; Leeson; Melhado, 2019).

Vê-se que, como um reflexo da transição demográfica e dos melhores indicadores sociais e econômicos do país, o número de idosos que necessita de respostas dos sistemas de saúde público e privado também sofreu alterações, dada a demanda crescente por assistência (Veras, 2020). Segundo Lebrão (2007), o que se observou no Brasil foi um processo de iniciação tardia desta transição, ao contrário do que foi verificado nos países europeus, por exemplo, e que, de acordo com a autora, “primeiro ficaram ricos e depois envelheceram; já os países da América Latina e Caribe estão ficando velhos antes de serem ricos” (Lebrão, 2007, p. 137).

Diante do crescimento acentuado e da maior longevidade vivenciada nas últimas décadas, diversos temas, dilemas e também desafios fomentaram discussões e abordagens de investigação nas múltiplas áreas do conhecimento (Ferreira; Leeson; Melhado, 2019).

No que se refere ao processo fisiológico e às condições associadas ao envelhecer, nota-se que a maior longevidade, tal como as consequências dos hábitos de vida, que nem sempre prezaram pelo envelhecimento ativo e saudável, acarretam, na pessoa idosa, problemas crônicos de saúde e níveis acentuados de dependência (Santos *et al.*, 2021; Szerwieski, 2016; Lima *et al.*, 2018). O que faz surgir neste contexto a funcionalidade como um importante marcador do bem-estar e da saúde dos idosos.

A funcionalidade consiste na capacidade de a pessoa idosa desempenhar as suas atividades de vida diária, tais como realizar sua higiene, alimentar-se, controlar as finanças, usar transporte coletivo, bem como tomar as medicações (Ikegami *et al.*, 2020).

Diante de situações que levam ao comprometimento funcional, impedindo ou dificultando a realização de tais tarefas, a pessoa idosa passa a depender de terceiros para auxiliá-la nos cuidados ou prestar os cuidados por si. Na prática, este processo ocorre repentinamente e sem oportunidade de grande planejamento, o que acaba por acarretar questões complexas e subjetivas, de ordem prática, social, moral, financeira e afetiva (Manso *et al.*, 2019; Mendonça *et al.*, 2021; Minayo *et al.*, 2021; Veras; Oliveira, 2018).

Destaca-se que os autores deste trabalho não consideram a velhice e o envelhecer como sinônimos de doença, porém, é inevitável não questionarmos as circunstâncias que caracterizam o cenário atual do país. Deparamo-nos com um elevado nível de comprometimento funcional das pessoas idosas, com escassez nas respostas dos serviços de saúde, o que leva grande parte das famílias a optarem por uma reorganização familiar, no intuito de garantir o suporte e os cuidados necessários aos seus entes. Porém, as implicações desta nova configuração familiar associadas a condições de estresse, sobrecarga e falta de suporte financeiro tendem a resultar em lares desajustados e cada vez mais episódios de violência contra a pessoa idosa (Lima; Valença; Reis, 2017; Oliveira *et al.*, 2021; Santana *et al.*, 2021; Rangel *et al.*, 2019; Santana *et al.*, 2022).

Em busca de dar resposta às questões subjetivas que cercam este processo multifacetado, recorre-se à Teoria das Representações Sociais como aporte teórico-metodológico para auxiliar a compreensão dos fenômenos em torno do cuidado ao idoso em condição de dependência funcional. A Teoria das Representações Sociais constitui uma forma de conhecimento prático, socialmente construído para dar sentido à realidade da vida cotidiana, portanto, representa uma forma particular de adquirir saberes e comunicar o conhecimento adquirido, tornando-o mais ordenado, em face das percepções que produzem o mundo (Moscovici, 2007).

De acordo com Moscovici (2007), conhecer as representações sociais é algo importante, pois elas possuem um papel na condução de comportamentos e na justificação de expressões dos indivíduos. Além disso, todas as representações sociais possuem a função de tornar familiar algo que não é, isto é, elas permitem a comunicação entre os membros de uma determinada comunidade, na medida em que fornecem um código para nomear e classificar os elementos da história e de seus mundos sociais e individuais.

Diante da compreensão de que as necessidades advindas da dependência funcional possuem grande impacto na vida da pessoa, este estudo tem por objetivo desvelar as representações sociais de idosos com dependência funcional sobre o cuidado.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais enquanto aporte teórico metodológico (Moscovici, 2007). Ele foi desenvolvido com 21 idosos cadastrados no Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação (PAMDIL) em Vitória da Conquista, Bahia, e integrou o projeto intitulado “Qualificação dos cuidadores e aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos dependentes na atenção primária e terciária: proposição, implementação e avaliação de protocolo”, desenvolvido na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil.

O PAMDIL está inscrito na terceira maior cidade do estado da Bahia, com cerca de 306.866 habitantes (IBGE, 2010), e consiste em um programa de atendimento domiciliar voltado para pessoas com alguma condição incapacitante, que não tenham a possibilidade de deslocamento até a unidade de saúde. O atendimento proposto pelo PAMDIL prevê a realização de visitas domiciliares quinzenais pela equipe de saúde, que é composta por dois médicos, dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro.

Para a seleção da amostra, inicialmente, foi identificado um banco de dados com 781 endereços. Contudo, considerando que o PAMDIL esteve inativo por três anos, foram selecionados 251 endereços de quatro Unidades Básicas de Saúde atendidas pelo programa. Após esta seleção inicial, e com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, os pesquisadores realizaram 176 visitas domiciliares.

Dos 176 endereços visitados, restaram 101 domicílios efetivos, pois 23 foram excluídos devido ao falecimento do idoso, já outros 52 também tiveram exclusão por motivo de recusa ou pelo fato de o idoso já não residir no local. Assim, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra deste estudo foi composta por 21 idosos.

Como critérios de inclusão para participação no estudo foi estabelecido que os idosos necessitavam: (i) possuir cognição preservada, avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental (Bertolucci *et al.*, 1994; Folstein, M. F.; Folstein, S. E., Mchugh, 1975); (ii) apresentar grau de dependência funcional, em qualquer grau, avaliada pela aplicação das escalas de Barthel (Mahoney; Barthel, 1965; Yamashita; Amendola; Oliveira, 2008) e a escala de Lawton e Brody (1969; Santos; Virtuoso Júnior, 2008); e (iv) residir com familiares. Já como critérios de exclusão, considerou os idosos que: (i) residam sozinhos; (ii) eram independentes funcionalmente; e (iii) apresentassem algum nível de deficit cognitivo.

Para coleta dos dados, foram utilizados como instrumentos um questionário de dados sociodemográficos e um roteiro de entrevista semiestruturada com questões norteadoras relacionadas à temática, ao exemplo de: “O que o você entende por cuidado?”.

Na análise dos dados recorreu-se à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) com auxílio do *software* Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ). Este *software*, desenvolvido sob a lógica do *open source*, ancora-se no ambiente estatístico do *software* R e possibilita diferentes tipos de análise de dados. Compreende-se que a utilização de *softwares* para auxílio no processo de análise representa uma estratégia positiva, visto que tais recursos permitem contribuir na eficiência e na agilidade do processo de codificação (Souza *et al.*, 2018). Porém, a sua utilização constitui-se apenas uma ferramenta de suporte à análise de dados, já que é por meio da análise dos investigadores que ocorre a interpretação e a contextualização teórica em torno dos vocabulários.

Mediante a organização da distribuição dos vocabulários e das semelhanças entre os elementos, o *software* favorece a compreensão dos segmentos textuais que se relacionam com o objeto de estudo (Camargo; Justo, 2013; Ratinaud, 2014). O *corpus* textual obtido por intermédio da entrevista com os idosos foi submetido à Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e à Análise de Similitude (Camargo; Justo, 2013; Salviati, 2017).

Na AFC é possível identificar a associação do texto em um plano cartesiano, isto é, o *software* utiliza o cruzamento entre a frequência com que são evocadas as palavras e as classes geradas, o que permite gerar no plano cartesiano, ou seja, uma representação gráfica das oposições entre palavras e classes.

Já a Análise de Similitude (coocorrências), baseia-se na teoria dos grafos, um ramo da matemática que analisa as relações entre os elementos em um conjunto. Assim, os elementos do *corpus* são organizados em estruturas nomeadas de grafos $G(V, E)$, em que “V” constitui os vértices, um conjunto não vazio de objetos, e “E” compreende um conjunto de pares não ordenados de V, denominados de arestas. Nesta representação, as palavras equivalem aos vértices,

enquanto as arestas demonstram as relações entre elas. Deste modo, torna-se possível identificar as ocorrências entre as palavras e, também, a sua conexidade, podendo ser neste caso, de menor ou maior grau, dependendo da espessura das arestas que fazem a sua ligação (Salviati, 2017).

Este estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido e aprovado pela Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o parecer de número 1.875.418.

As representações sociais de idosos com dependência funcional sobre o cuidado

Os 21 idosos que compuseram a amostra do estudo foram, em sua maioria, do sexo feminino (80,95%), com idade igual ou superior a 80 anos (52,38%), viúvos (47,62%), alfabetizados (76,19%) e com renda familiar de um a dois salários mínimos (85,71%), conforme pode ser verificado na Tabela 1.

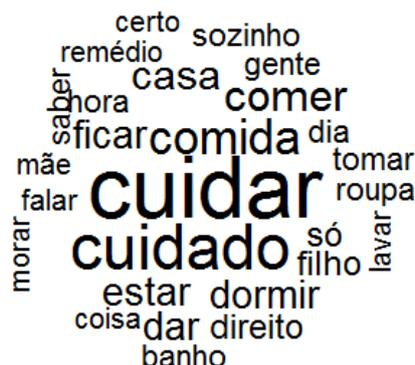
Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de idosos dependentes.
Vitória da Conquista, 2022

	N	%
Sexo		
Feminino	17	80,95
Masculino	4	19,05
Faixa etária		
60 e 79 anos	10	47,62
80 ou mais anos	11	52,38
Estado civil		
Viúvos	10	47,62
Casados	7	33,33
Solteiros	4	19,05
Escolaridade		
Idosos alfabetizados	16	76,19
Não frequentaram a escola/não foram alfabetizados	5	23,81
Renda		
De um a dois ordenados mínimos	18	85,71
Superior a três ordenados mínimos	3	14,29

Fonte: Dados do estudo. Elaboração dos autores.

No que se refere às Representações Sociais dos idosos sobre o cuidado, a análise do *corpus* textual revela que os idosos possuem uma percepção do fenômeno centrada na essencialidade e no bem-estar, isto é, diante da necessidade de auxílio para o desempenho das atividades de vida diária, o cuidado é retratado pelas ações que cercam a assistência prestada no cotidiano.

Na Figura 1, são apresentadas as palavras que obtiveram maior evocação por parte dos idosos, quando questionados sobre o que compreendiam por cuidado.

Figura 1 – Nuvem de palavras: Representações Sociais de idosos sobre o cuidado

Fonte: Dados da pesquisa.

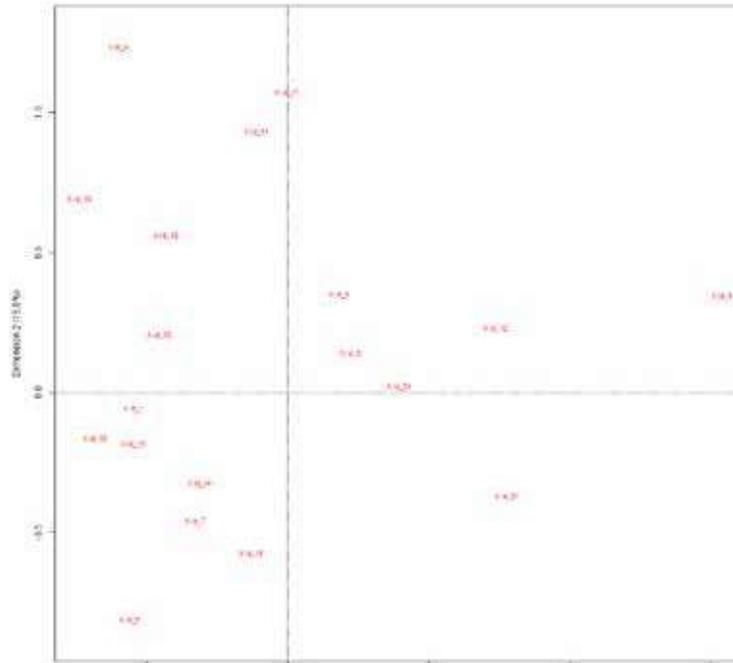
Nesta figura, ora apresentada, podem ser verificados, em maior destaque, termos como “comida”, “comer”, “dormir”, “banho”, “dar” e “direito”. Tais termos caracterizam a percepção dos participantes sobre o cuidado, aproximando-se das ações que os idosos recebem diariamente, o que é reforçado pelos excertos a seguir:

O cuidado que ela tem comigo é muito bem. Dá remédio, dá comida. Tudo, tudo que eu preciso ela faz. Id_5
É não deixar sozinha, dar comida na hora certa, dormir comigo. Meu neto dorme comigo, sabe disso? Id_7
Cuidar bem. cuidar, dar o banho, dar a comida. Id_8
Cuidado é cuidar da pessoa, é tomar banho, vestir a roupa, a comida, esquentar a comida, fazer o curativo. Id_18

Na Figura 2, apresenta-se o plano cartesiano em que fica evidenciada uma visão bidimensional do comportamento e de distribuição dos vocábulos evocados pelos idosos. Por meio deste plano é possível verificar o que foi evocado pelos participantes, conforme a proximidade e a localização que ocupa no plano.

Diante desta análise, é possível interpretar que quanto mais distantes estiverem dispostos no plano, menor é a relação entre o que foi dito, isto é, quanto mais distantes, menos “evocaram” as mesmas representações (Ratinaud, 2014; Salviati, 2017). Assim, na Figura 2, verifica-se a representação fatorial fornecida pelo *software*, apresentando o eixo X com 25,1% de distribuição no *corpus* textual (eixo X positivo) e o eixo Y com 15,8% de distribuição no *corpus* textual.

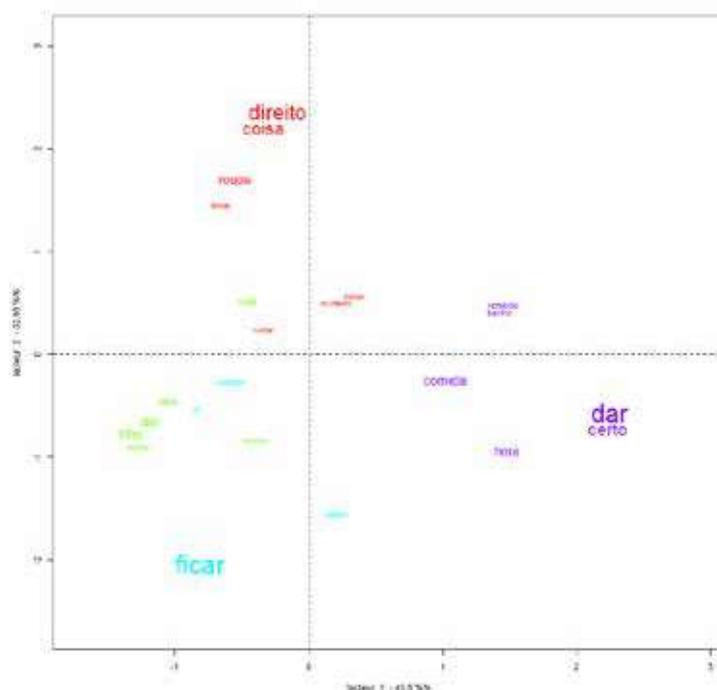
Figura 2 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC) da Representação Social dos idosos sobre o cuidado



Fonte: Dados do estudo.

Na Figura 3, adiante, pode ser verificado como se comportam, no plano cartesiano, os principais termos evocados pelos idosos. Nesta representação gráfica, e à semelhança da Figura 2, é possível observar a relação das palavras evocadas pelos idosos, além de identificar que as representações sociais destes participantes se aproximam de dois sentidos: o cuidado como essencial e não estar sozinho.

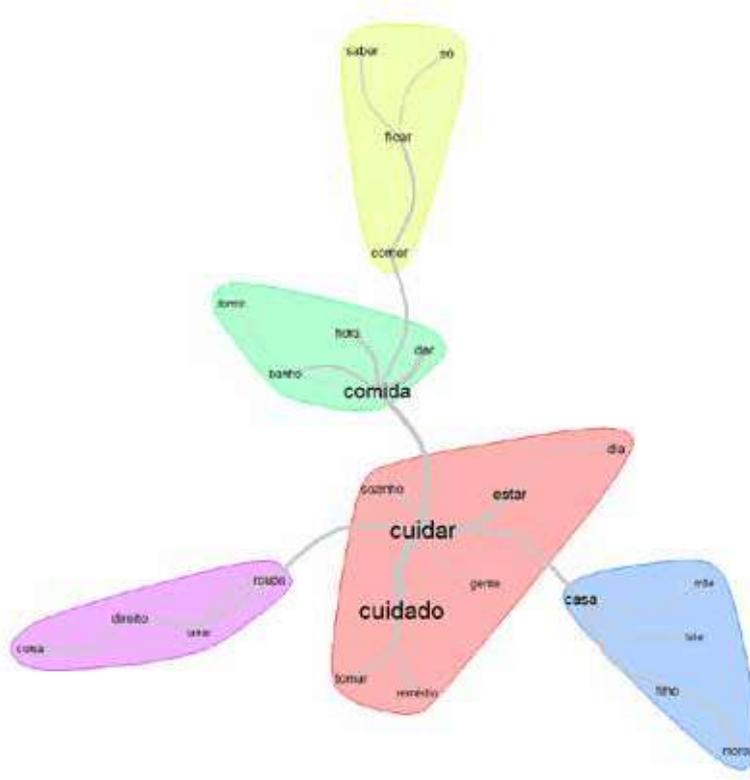
Figura 3 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC) da Representação Social dos idosos sobre o cuidado



Fonte: Dados do estudo.

O que se demonstra na Figura 4, a seguir, pela apresentação de Fruchterman-Reingold, confirma a relação anteriormente identificada nas demais análises. Assim, com a Análise de similitude é possível constatar a forte ligação entre os elementos que caracterizam o cuidado: “casa”, “estar”, “roupa”, “direito” e “comida”. A força desta ligação é verificada na espessura da aresta, que é interpretada na lógica de quanto mais espessa, mais forte é a relação entre os elementos.

Figura 4 – Análise de Similitude das evocações de idosos dependentes sobre o cuidado



Fonte: Dados do estudo.

Nota-se que existe um núcleo principal (cor rosa), que está no centro da relação com os demais núcleos. Este núcleo liga-se fortemente à ramificação que traduz a referência do lar e do não se sentir sozinho (azul), mas, também, com outros dois núcleos que revelam o cuidado pelas necessidades básicas (lilás e verde). Há, ainda, uma ramificação do núcleo verde, que apesar de representar uma ligação de menor força, contempla as evocações verificadas nos núcleos anteriores.

Segundo os preceitos defendidos por Moscovici (2007), as Representações Sociais traduzem um conhecimento elaborado coletivamente que norteia as convenções e os hábitos. Neste capítulo, foi possível identificar que, para os idosos com dependência funcional, o significado do cuidado pode ser traduzido em função de uma compreensão prática e objetiva.

Diante do que os idosos referem em suas falas, e também do que é evidenciado pelas análises realizadas com o *software* IRAMUTEQ, compreende-se que as representações sociais sobre o cuidado assumem a caracterização de algo que está presente no seu cotidiano, e que pode ser traduzido nas ações práticas que integram a suas atividades básicas diárias. Ao referirem

ações como ser alimentado na hora certa, ter a sua higiene mantida satisfatoriamente e ter a medicação necessária administrada de forma adequada, os idosos endossam que o cuidar faz-se diariamente em pequenos gestos.

Esta premissa é defendida por Waldow (2009), quando argumenta que o cuidado pode ter uma origem filosófica, mas, também, assumir uma atitude prática, em que os atores envolvidos no processo visam ao bem-estar, à saúde ou mesmo a algum alívio.

Para Collière (1999, p. 29):

Manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. [...] As diferentes possibilidades de respostas a estas necessidades vitais fazem nascer e instaurarem hábitos de vida próprios de cada grupo. [...] Velar, cuidar, tomar conta representa um conjunto de atos que tem por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objetivo de perpetuar a vida do grupo.

As representações reveladas pelas falas dos idosos demonstram que o cuidado está centrado na realização de tarefas que são essenciais para a sua vida e que, de alguma maneira, já não possuem condições para realizá-las sozinhos, o que justifica o reconhecimento de tais atos como algo essencial. Estudos realizados neste mesmo âmbito, igualmente, verificaram representações semelhantes (Hedler *et al.*, 2016; Santana *et al.*, 2021; São José, 2012; Brito *et al.*, 2017; Pasklan *et al.*, 2017).

Brito *et al.* (2021) constataram, por meio de seu estudo com 80 participantes (40 pessoas idosas e 40 membros da rede social dos respectivos idosos), que entre a população idosa foi predominante a ideia de cuidado enquanto satisfação das necessidades básicas, exemplificada pela administração de medicamentos em horário adequado, pelo preparo de alimento e auxílio na higiene, incluindo neste campo contextual, o banho, as trocas de roupas, pessoais e de cama, e até mesmo da fralda.

Na pesquisa de Hedler *et al.* (2016), os idosos também exprimiram as práticas diárias como: banho, medicação e alimentação, como condições positivas para a manutenção da vida, que podem ser traduzidas como cuidado. Já na pesquisa de Silva *et al.* (2018), em que foram investigadas as percepções de pessoas em situação de rua de diversas idades, as principais evocações que compuseram o Núcleo central foram alimentação e médico, além do elemento higiene como um dos principais elementos periféricos. Um núcleo central semelhante também foi identificado no estudo de Brito *et al.* (2017).

Pasklan *et al.* (2017) analisaram as representações sociais de idosos diabéticos, tais autores constaram que as palavras que formam o núcleo central das representações sociais foram: companhia, consulta médica, família, medicação, preocupação, destacando-se o elemento de contraste, solidão. Este é um achado que se confirma nas representações sociais dos idosos que compuseram a amostra deste estudo.

O entendimento do cuidado como não abandono também é evocado nas falas analisadas, e caracteriza-se pelos termos como “só”, “morar”, “casa”, que traduz a sensibilização do idoso quanto à presença de alguém que lhe possa oferecer os cuidados que necessita. Este não é um achado isolado, já que outros estudos desenvolvidos nesta área apontam para um ponto de vista semelhante, em que situações de abandono e de negligência são identificadas como um tipo de violência contra a pessoa idosa (Santana *et al.*, 2022; Yon *et al.*, 2017; Gil *et al.*, 2015; Lopes *et al.*, 2018).

Segundo afirma Boff (2000, p. 33), “cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Contudo, os resultados encontrados pela presente pesquisa chamam a atenção para o fato de serem atribuídos, ao cuidado, muito mais sentidos pragmáticos do que aspectos subjetivos/afetivos.

Representações sociais semelhantes também são reveladas por Brito *et al.* (2021) e Brito (2014), elas nos permitem refletir sobre quão importante passa a ser este tipo de compreensão do fenômeno, na medida em que as visões mais pragmáticas podem exercer influência no modo como é estabelecido e realizado este processo de cuidado (Brito *et al.*, 2021). Ora, se “não temos cuidado. Somos cuidados, isto significa que o cuidado possui dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano [...] sem cuidado deixamos de ser humanos” (Boff, 2000, p. 89).

Compreende-se que o cuidado implica responsabilidade, solidariedade, tal como afeto e sentimentos de retribuição, por esta razão, exige que sejam considerados elementos subjetivos e características particulares que visem a dar resposta aos aspectos biopsicossociais que fazem parte do ser humano (Couto; De Castro; Caldas, 2016; Souza; Giacomini; Firmo, 2020).

Conhecer as representações sociais dos idosos sobre um fenômeno que atravessa o seu cotidiano constitui uma questão fundamental, pois, nota-se que estas representações além de caracterizarem o cuidado, refletem um comportamento e um modo de pensar que é coletivo.

Acreditamos que os resultados deste estudo suscitam a importância da exploração do tema, na medida em que é desvelado pelo próprio idoso um sentido do cuidado centrado na satisfação das necessidades básicas e no bem-estar. Diante da eventualidade e das condições de saúde que resultaram numa condição de dependência funcional, o que os idosos revelam em seu discurso pode ainda ser interpretado como uma espécie de denúncia ao modo como são tratados pela sociedade.

Chama atenção o fato de nenhuma das pessoas idosas entrevistadas mencionarem palavras de afeto ou carinho associadas às suas representações sociais sobre o cuidado, principalmente por se tratarem de idosos que possuem como cuidadores principais os seus familiares. Além disso, a garantia de direito à vida, à saúde, à alimentação e à dignidade são condições estabelecidas pela legislação, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e no próprio Estatuto do Idoso.

Em termos de limitações do nosso estudo, destacamos o tamanho da amostra, e consideramos como relevante, no futuro, ampliar esta abordagem para profissionais de saúde e decisores políticos, para que, de alguma maneira, a reflexão e a exploração desta temática possa trazer respostas que apoiem ou sustentem em alguma medida a formulação de políticas voltadas para a população idosa.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradutores: L. A. Reto e A. Pinheiro. 3ª reimp., 1. ed. Coimbra (Portugal): Edições 70, 2016.

BERTOLUCCI, P. H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: Influence of literacy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BRITO, A. M. M. *O cuidado do idoso: representações e práticas sociais*. 2014. 248 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, 2014.
- BRITO, A. M. M. *et al.* Representações sociais do cuidado do idoso. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 13, n. 1, p. 159-178, 2021.
- BRITO, M. *et al.* Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social. *Liberabit*, v. 23, n. 1, p. 9-22, 2017.
- CAMARANO, A.A.; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A. GIACOMIN, K. C. (org.). *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol.*, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
- COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida*. Da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de Maria Leonor B. Abecacis. Lisboa: Lidel-Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- COUTO, A. M.; DE CASTRO, E. A. B.; CALDAS, C. P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 17, n. 1, p. 76-85, 2016.
- FERREIRA, J. P.; LEESON, G.; MELHADO, V. R. Cartografias do envelhecimento em contexto rural: notas sobre raça/etnia, gênero, classe e escolaridade. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 17, n. 1, 2019.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.
- GIL, A. P.; SANTOS, A. J.; KISLAYA, I.; SANTOS, C.; MASCOLI, L.; FERREIRA, A. I.; VIEIRA, D. N. A sociography of elderly victims of family violence in Portugal. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, p. 1234-1246, 2015.
- HEDLER, H. C. *et al.* Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katálysis*, v. 19, p. 143-153, 2016.
- IKEGAMI, É. M. *et al.* Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1083-1090, 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese das informações*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/emq>. Acesso em: 21 maio 2019.
- LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, v. 4, n. 17, 2007.

- LIMA, F. F. O. *et al.* Perfil sociodemográfico e nível de dependência funcional de idosos com risco de quedas. *Revista de Psicologia*, v. 12, n. 39, p. 164-178, 2018.
- LIMA, P. V.; VALENÇA, T. D. C.; REIS, L. A. Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v. 17, n. 2, 2017.
- LOPES, E. D. D. S.; FERREIRA, G.; PIRES, C. G.; DE MORAES, M. C. S.; D'ELBOUX, M. J. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 21, p. 628-638, 2018.
- LAWTON, F. I.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activity of daily living. *Gerontologist*, v. 9, p. 179-186, 1969.
- MANSO, M. E. G. *et al.* Capacidade funcional no idoso longevo: revisão integrativa. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 22, n. 1, p. 563-574, 2019.
- MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the barthel index. *Maryland State Medical Journal*, v. 14, p. 61-65, 1965.
- MENDONÇA, J. M. B. *et al.* O sentido do envelhecer para o idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 57-65, 2021.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 137-146, 2021.
- MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. *In: MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social.* Petrópolis: Vozes, 2007.
- OLIVEIRA, A. S. *et al.* Representações sociais sobre o autocuidado nas fases da vida do idoso cuidador. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 24, n. 2, p. 367-382, 2021.
- PASKLAN, A. N. P. *et al.* O cuidado familiar ao idoso: uma abordagem estrutural das representações sociais. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 20, p. 67-79, 2017.
- RANGEL, R. L. *et al.* Avaliação da sobrecarga do cuidador familiar de idosos com dependência funcional. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 17, n. 60, 2019.
- RATINAUD, P. *IRAMUTEQ*: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires-0.7 alpha 2. 2014. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>. Acesso em: 21 maio 2019.
- SALVIATI, M. E. *Manual do aplicativo Iramuteq*. Planaltina, 2017. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-mariaelisabeth-salviati>. Acesso em: 21 maio 2019.
- SANTANA, E. *et al.* Representações Sociais de cuidadores de idosos brasileiros e portugueses sobre o cuidar. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 26, n. 1, 2021.
- SANTANA, E. *et al.* Social Representations of Violence among Brazilian Older People with Functional Dependence. *Journal of Ageing and Longevity*, v. 2, n. 3, p. 228-239, 2022.

- SANTOS, L. S. *et al.* Caracterização dos idosos dependentes quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde. *Saúde (Santa Maria)*, Santa Maria, RS: UFSM, v. 47, n. 1, 2021.
- SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.
- SÃO JOSÉ, J. Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. *Sociologia – Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Número Temático: “Envelhecimento demográfico”, p. 123-150, 2012.
- SILVA, I. C. N. *et al.* Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, 2018.
- SOUZA, G. A.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. O cuidado com as pessoas idosas frágeis na comunidade: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, 2020.
- SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, 2018.
- SZERWIESKI, L. L. D. Doenças crônicas não transmissíveis e a polifarmácia em idosos. *Revista Uningá*, v. 27, n. 2, p. 36-41, 2016.
- VERAS, R. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, 2020.
- VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1929-1936, 2018.
- WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- YAMASHITA, C. H.; AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C. *Validation of the “Barthel Index” for the Brazilian context*. Ribeirão Preto: USP, 2008. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001706049>. Acesso em: 21 maio 2019.
- YON, Y.; MIKTON, C. R.; GASSOUMIS, Z. D.; WILBER, K. H. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob. Health*, e147–e156, 2017.