

Anúbes Pereira de Castro

# História de Mulheres Idosas Vítimas de Violência



Abordando e investigando a temática da velhice inicialmente, e posteriormente, a violência na velhice; a produção acadêmica à nível mundial relacionada ao tema; e a construção identitária do idoso, surge a preocupação em revelar dados que demonstrem quão grande está este fenômeno e as características que o determinam.

Este livro apresenta um resgate do que foi feito pela autora no decorrer do mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba com uma discussão teórica embasada nos conhecimentos apreendidos ao longo do desenvolvimento do programa de doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.



---

HISTÓRIAS DE  
MULHERES IDOSAS  
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

---

**ANÚBES PEREIRA DE CASTRO**

---

**HISTÓRIAS DE  
MULHERES IDOSAS  
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

---



**Campina Grande- PB  
2017**

© dos autores e organizadores  
Todos os direitos desta edição reservados à EDUFCG

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA UFCG**

C355h Castro, Anúbes Pereira de.  
Histórias de mulheres idosas vítimas de violência / Anúbes Pereira de Castro. – Campina Grande, 2017.  
110 f.

ISBN 978-85-8001-195-1

Referências.

1. História - Mulheres - Violência. 2. Mulheres Idosas – Vítimas de Violência. I. Título.

CDU 343.97-055.2

**EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - EDUFCG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG**

editora@ufcg.edu.br

Prof. Dr. Vicemário Simões  
**Reitor**

Prof. Dr. Camilo Allyson Simões de Farias  
**Vice-Reitor**

Prof. Dr. José Helder Pinheiro Alves  
**Diretor Administrativo da Editora da UFCG**

Yasmine Lima  
**Diagramação**

Antonio Sandro Pereira de Castro  
**Capa**

**CONSELHO EDITORIAL**

Anúbes Pereira de Castro (CFP)  
Benedito Antônio Luciano (CEEI)  
Consuelo Padilha Vilar (CCBS)  
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)  
Janiro da Costa Rego (CTRN)  
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)  
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)  
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)  
Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)  
Rogério Humberto Zeferino (CH)  
Valéria Andrade (CDSA)

## **DEDICATÓRIA**

E por falar em histórias... dedico esta construção  
àqueles que integram a parte mais importante do  
meu existir - Minha família.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, fonte de energia, paz e perseverança, meu amor incondicional...

A minha família, amor para a vida inteira... Painho (Antonio Castro) in memoriam, Mainha (Alice Castro), Meu esposo (Fábio Figueiredo), Minhas princesinhas (Isadora e Alicinha), Meus irmãos (Sandro Castro, Tony Castro e Aldo Castro, in memoriam), e meus sobrinhos, Amanda Castro e Aldo Castro;

Aos docentes orientadores na minha formação acadêmica... Catarina Antunes Gomes, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Eduardo Sérgio Soares Sousa, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Maria Djair Dias e Willer Baumgarten Marcondes;

À Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro através da concessão de bolsa...

À Editora da Universidade Federal de Campina Grande - EDUFPG, pelo apoio e incentivo nesta publicação...

À Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, Centro de Estudos Sociais/Universidade de Coimbra - CES/UC, por possibilitarem o desenvolvimento desta pesquisa...

À AMEM - Associação Metropolitana da Erradicação da Mendicância por permitir minha inserção em suas instalações...

Às mulheres idosas por suas histórias de vida...

# **SUMÁRIO**

PREFÁCIO

**11**

APRESENTAÇÃO

**15**

INTRODUÇÃO

**17**

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

**19**

PROCURANDO DEFINIR E INTERPRETAR O TERMO VIOLÊNCIA E A  
CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DO IDOSO

**30**

INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA, NOVOS CAMINHOS,  
NOVOS DESAFIOS...

**47**

VIOLÊNCIA REVELADA NAS HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES  
INSTITUCIONALIZADAS

**52**

ESPECIFICANDO OS DIFERENTES TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

**71**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

**86**

REFERÊNCIAS

**89**

## PREFÁCIO

**Fábio Pereira Figueirêdo**

“Muitos se incomodam com a violência das águas dos rios, mas poucos observam as margens que as opri-mem” (Hegel)

Nos tempos sombrios em que vivemos falar sobre os diversos tipos de violência que nos circunda se faz, para além de uma produção acadêmica, um brado de cidadania urgente! Nesse sentido a obra da Professora Dra. Anúbes Pereira de Castro propõe-nos de forma corajosa e inspiradora uma profunda reflexão sobre aqueles que no cotidiano não podem falar, aliás, essa uma das maiores violências impostas ao ser humano em qualquer fase da vida: “O sequestro da palavra”, o “Inaudito” nos termos de Sigmund Freud.

São tantas e tão variadas as formas de violência que enfrentamos que, por vezes, fica difícil nominá-las, como podemos perceber no texto da Professora elas podem se apresentar sob diversas modulações: Simbólica, Verbal, Gestual, Física, Subjetiva, Visual, e por aí segue; o fato é que todas essas variações nada mais representam que sintomas de uma sociedade preconceituosa e doentia, e, portanto violenta.

Essa denúncia foi feita já no início do Século XX pelo criador da psicanálise Sigmund Freud em um dos seus textos mais célebres e visitados nomeado pelo renomado autor de “O Mal Estar na Cultura” (1930), naquela obra fundamental para entendermos os dias atuais Freud aponta que o ser humano não seria apenas composto de sentimentos fraternos, amorosos e criativos, mas também habitaria o

seu íntimo sentimentos arcaicos, primitivos, violentos e destrutivos. Esse conceito ficou conhecido como “pulsão de morte” um desejo de destruição que habitaria o ser humano, e que, segundo o psicanalista vienense empurraria a civilização ocidental para as grandes barbáries, tais como, a 1ª e 2ª Grandes Guerras Mundiais.

Só que antes disso em texto de 1901 intitulado “A Psicopatologia da Vida Quotidiana” Freud já alertava, anteriormente ao conceito de “pulsão de morte”, para as pequenas violências e mesquinhezas nas relações do dia a dia, onde a violência se apresenta de forma branda e velada, onde muitas vezes é despercebida, mas lá está ela marcando indelevelmente a vida das pessoas: Uma palavra mal colocada, um olhar, um gesto, uma atitude de abandono e desamparo pode marcar para sempre os traços do humano.

Nessa pesquisa especificamente a autora se debruça sobre os relatos de mulheres idosas que em algum momento dessa fase da vida foram molestadas na sua dignidade de alguma maneira. E todos sabem como na nossa sociedade de produção e do lucro a fase mais tardia da vida sofre com os diversos tipos de exclusão e abandono, diferentemente do que acontece no mundo oriental, de uma maneira geral, onde a velhice é vista como o corolário de uma trajetória de vida, um repositório de sabedoria, uma dádiva a ser comemorada no mundo ocidental, muitas vezes, o idoso é visto apenas como um “zero econômico” ou como um fardo a ser carregado pelos demais.

Dar voz aos esquecidos, esse para mim é o aspecto mais relevante da obra em questão, pois através das suas narrativas os idosos aqui presentes não somente contam as suas histórias, perenizam os seus testemunhos, mas antes, promovem uma reflexão sobre eles e sobre nós, e assim marcam profundamente a nossa memória.

Em texto de 1927 o filósofo alemão Walter Benjamin toma o escritor russo Nikolai Léskov como paradigma do narrador em artigo intitulado “O Narrador” de 1927; Leskóv, como sabemos, tinha

uma forma muito peculiar de crer na eternidade, para ele, “os mortos permanecem vivos na memória dos que ficam”, tornando-se assim “imortais”, sendo assim, é preciso narrar para continuarmos vivos na experiência em texto contada. Esse é também o caminho percorrido pelo autor irlandês James Joyce em sua obra ficcional “Os Vivos e os Mortos”, onde a memória determina a vida dos que ficam.

Aos futuros leitores dessa obra desejo um mergulho profundo nessas narrativas tão comoventes, que o texto possa vos tocar de forma indelével e que possam sair dessa experiência, assim como eu, mais atentos aos pequenos gestos que traçamos no convívio com o outro.

**Psicanalista e Professor de crítica literária  
da Universidade Estadual da Paraíba.**

## APRESENTAÇÃO

Considerando o novo perfil populacional que apresenta uma pirâmide etária alargada no que concerne a velhice; investigações anteriores à nível de mestrado e doutorado e também em Projeto de Iniciação Científica - PIBIC desenvolvido em 2014, 2015, 2016 e com continuidade em 2017 abordando e investigando a temática da velhice inicialmente, e posteriormente, a violência na velhice; a produção acadêmica à nível mundial relacionada ao tema; e a construção identitária do idoso, surge a preocupação em revelar dados que demonstrem quão grande está este fenômeno e as características que o determinam.

Este livro apresenta um resgate do que foi feito pela autora no decorrer do mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba com uma discussão teórica embasada nos conhecimentos apreendidos ao longo do desenvolvimento do programa de doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Na pesquisa do Mestrado intitulada *Do lar ao asilo: histórias de vida de mulheres idosas*, apresentou através da modalidade de História Oral de Vida, os aspectos que envolveram a vida de mulheres idosas institucionalizadas, encontrando elementos que apontavam a ocorrência de atos de violência incorporados no cotidiano dessas pessoas, que em algumas situações eram assim compreendidas e em outras não, e que naquele momento não constituíam o foco da pesquisa, mas intrigaram a pesquisadora.

No Brasil, o uso da história oral de vida vem sendo utilizado ao longo dos anos e em amplo desenvolvimento, o que coloca o país em posição de destaque nesta forma de abordagem em pesquisa. Os oralistas, estudiosos da história, têm-se preocupado com a humani-

zação das percepções, respeitando e dando sentido social às experiências vividas sob visões diferentes, principalmente em se tratando de segmentos silenciados e pouco registrados da sociedade, assim foi feito neste estudo, deu-se a essas mulheres a oportunidade de se apresentarem em suas próprias existências, percepções e sentidos.

Nessa perspectiva de conhecer a história de vida de mulheres idosas institucionalizadas, o foco voltou-se para idosas moradoras de uma *instituição de longa permanência*. Para tanto, procurou-se conhecer as condições de vida e saúde dessas mulheres nesse ambiente.

Posterior a essa fase, ao longo do desenvolvimento do doutorado, ao discutir a violência contra o idoso, na tese intitulada, *Ecos da violência: significados e repercussões em idosos* nasceu a compreensão de que em alguns casos a prática da violência contra o idoso é estudada e desenvolvida, sem a percepção, seja pela vítima ou agressor, de que a violência está sendo implementada.

Neste contexto se traz no decorrer deste livro, elementos encontrados nestas duas pesquisas que apontam entre mulheres institucionalizadas, a violência vivida em domicílio, e que quando analisadas revelam traços do fenômeno de estigmatização do idoso e a relação entre violência/velhice com a noção de Habitus de Jean Pierre Bourdieu, incorporada ao longo da história da humanidade.

Assim sendo, considerando o novo perfil populacional brasileiro, e toda problemática enfrentada por este grupo etário esta obra segue correlacionando os temas violência na velhice/institucionalização, para que a partir dessa discussão, se possa fortalecer e favorecer ações contrárias à prática da violência contra idosos.

**Anúbes Pereira de Castro**

## INTRODUÇÃO

A população que envelhece no contexto mundial e no Brasil traz inquietude de ordem demográfica, sócio antropológicas e epidemiológica entre os governantes (ALVES, 2007; FREITAS e TEÓFILO, 2010). A violência contra os idosos, antropológica e culturalmente, assim como também é a violência social, é uma questão regulada pela modernidade porque os direitos dos indivíduos, sociais e de segmentos específicos compõem as exigências da cidadania e os códigos legais (BRASIL, 2005).

No Brasil, em 1950 existia um quantitativo de dois milhões de pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos; na atualidade este número está em 20 milhões, com a estimativa de 32 milhões em 2025 (SOUZA e MINAYO, 2010).

Esta transformação no perfil etário vem sendo valorizado expressivamente e pesquisas têm sido desenvolvidas abordando os variados caminhos trilhados pela velhice, abrangendo as características: biológicas, sociais, psicológicas e culturais.

Estas investigações tendem a apresentar a vida dos idosos na sociedade atual, e dados momentos surpreendem, por evidenciar que estes constituem o mercado de trabalho, amparam as famílias, preenchem suas vidas na ampliação do conhecimento em Universidades e cursos, quer seja, são cidadãos que reivindicam direitos.

Na atualidade, em virtude, sobretudo de questões demográficas e econômicas, os velhos iniciam a ocupação de um novo espaço (MACHADO; VELASCO e AMIM, 2006; FREITAS e TEÓFILO, 2010).

Os idosos dizem que viver a velhice hoje é mais prazeroso do que vivê-la em épocas passadas, por haver um probabilidade maior de satisfazer-se e de realização de atividades de lazer. Todavia apresentam ressentimento com a juventude ao evidenciar como fator negativo da velhice atual, o desrespeito deste grupo com eles (SOUZA e CORREIA, 2010; ARAÚJO e LOBO FILHO, 2009).

Dessa prática cultural e social de desrespeito ao idoso, nasce o fenômeno da violência. Complexa e multifacetada, forma parte da condição humana. *“Pode-se observar que em todas as sociedades há sempre um segmento que é marginalizado, que é isolado, que representa o que deve ser deixado de fora para garantir a coesão e a união do grupo”*. (GOLDFARB, 2010, p. 2673).

Associada a violência pode estar o processo de institucionalização quando não discutido junto àquele que será pelos familiares e/ou conviventes institucionalizado.

Por *Instituições de longa permanência* entende-se aquelas organizações governamentais ou não, que absorvem esses grupos populacionais (particularmente idosos), por períodos longos ou definitivos na vida dos indivíduos.

Ressalta-se que a categoria longa permanência não caracteriza apenas a duração, mas o processo social de descaracterização do indivíduo e de sua autonomia, submetendo-o a uma classificação inédita na história de vida pessoal.

Os indivíduos podem ou não “aderir” à institucionalização, com ou sem anuência dos internos. Porém, as motivações para essa anuência podem ser bastante variadas e representar uma estratégia social de escapar ao cotidiano difícil no seio familiar.

A institucionalização em lares de longa permanência são “opções” de moradia para aquele que envelhece, que pode ser positiva ou negativa como qualquer escolha na vida das pessoas, todavia não é a única e precisa ser planejada com a participação, sobretudo, decisão da pessoa que envelhece. A maneira como as decisões e condutas são encaminhadas é que podem desfavorecer/favorecer as escolhas de vida, e a institucionalização por imposição de outros constitui violência.

Para corroborar com a discussão da temática mulher idosa/institucionalização/violência, apresenta-se neste livro a violência contra a mulher idosa a partir de duas concepções: as noções de ha-

bitus (Bourdieu, 1974) e estigma (caracterizada pela relação impessoal com o outro) (Goffman, 1982).

Ao que se refere a noção de habitus, segundo Bourdieu (1974, p. XLI), “O *habitus* completa o movimento de interiorização de estruturas exteriores, ao passo que as práticas dos agentes exteriorizam os sistemas de disposições incorporados”. Isto é, o *habitus* se caracteriza por fundamentar a condição em que o sujeito existe. E sobre a noção de estigma se leva aqui em consideração o que diz Goffman (1982), o indivíduo estigmatizado é aquele que tem uma característica diferente da que a sociedade prevê, frustrando as expectativas de normalidade.

Para se tornar possível tal discussão, as abordagens conceituais constituem gerência sobre os temas envolvidos, e as histórias contadas, são resultado da realidade da violência vivida por idosas brasileiras institucionalizadas, com recorte em um grupo de mulheres institucionalizadas no Município da Paraíba.

Além do mais, é oportuno e relevante investir em estudos sobre idosos e sua vulnerabilidade a situações de violência, para que se possa compreender esse universo de prática vitimizadora e intervir de maneira assistencial no contexto da violência contra o idoso.

## PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Segundo Lello e Lello (1971); Ferreira (2002), envelhecer é tornar-se velho. Porém cabe aqui lembrar que o termo “velho” é uma expressão utilizada para explicar o grau de antiguidade de qualquer objeto ou pessoa. Para Simões (1999); Moura e Sousa (2012), esta é uma conotação utilizada para as pessoas de idade avançada que fazem parte da classe dominada, porque na classe dominante estas são chamadas de idosos. “Esta terminologia é considerada menos grosseira por ser descrita como homem ou mulher que tem muita idade” (LELLO e LELLO, 1971, p. 426).

Discutindo sobre o envelhecer Veras (1997), questiona: uma pessoa é tão velha quanto as suas artérias, seu cérebro, seu coração, seu moral ou situação civil? Ou é a forma pela qual outras pessoas tornam a encarar certas características que classificam os seres humanos como velhos?

Sejam os indivíduos denominados de idosos ou velhos, passam por um processo chamado de velhice, considerada como uma das etapas do ciclo vital, que hoje, devido às mudanças no perfil demográfico da população brasileira, está sendo atingida e desfrutada por muitos cidadãos. Essa etapa é marcada por uma fase de transição na qual ocorrem progressivas mudanças, tanto biológicas quanto psicossociais.

Na compreensão de Veras (1994); Lopes (2012), a velhice compreende o somatório de um conjunto único, porém distinto onde encontram-se uma gama de aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, revelando que esta fase reuni eventos (biológicos, psicológicos e sociais), e não apenas o tempo medido cronologicamente.

## PROCESSO BIOLÓGICO DO ENVELHECER

À medida que se envelhece muitas alterações físicas e funcionais são constatadas. Para justificar essa afirmativa Hayflick (1996, p. 48), comenta que:

Todos reconhecemos uma pessoa idosa quando a vemos, e alguns de nós conseguimos estimar bem a idade cronológica das pessoas. No entanto, determinações subjetivas baseadas na aparência frequentemente são errôneas e, mais importante, a idade cronológica não está diretamente correlacionada à idade biológica.

O organismo humano passa pelas fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade. De acordo com Dantas (1993); Sthal, Wey Berti e Castilho Palhares (2012), estas não se restringem à natureza

humana, englobando os seres unicelulares e pluricelulares, envelhecendo tanto as células quanto os tecidos e órgãos. Nesse processo, a pessoa idosa passa a apresentar-se com uma estrutura orgânica caracterizada por Chaimowicz (1998) como de “fragilidade”, ou seja, em um estado de redução de reserva dos diversos sistemas fisiológicos determinados pelo efeito combinado do envelhecimento biológico, condições crônicas e abusos.

Segundo Caldas (1998), Smeltzer e Bare (1999), Potter e Perry (1997) e Carvalho Filho e Papaléo Netto (1998), Sthal, Wey Berti e Castilho Palhares (2012), Araujo e Martins (2011); WILES (2011), as modificações consideradas comuns dentre os idosos, bem como suas possíveis consequências, ocorrem em diversos sistemas do corpo e estas são consideradas fisiológicas. Contudo, estas alterações podem variar de indivíduo a indivíduo.

No que concerne às unhas, pele e fâneros, devido à redução de líquido intracelular consequente ao déficit de células, a primeira torna-se seca e frágil, além do mais as fibras elásticas da derme formam feixes dispostos segundo direções preferenciais, conforme as linhas de tensão.

A coloração da pele sofre transformação promovida pelos melanócitos que transferem seu pigmento para as células da epiderme, como também pelo sangue dos capilares das papilas dérmicas; com a diminuição dos melanócitos e das alças capilares ocorre a palidez da pele, e caso ocorra alteração em seu funcionamento, fato este que é possível nessa fase da vida, ocorre hiperpigmentação, levando à formação de manchas hiperpigmentadas, marrons, lisas e achatadas. A textura da epiderme apresenta-se de forma mais fina, portanto, existe uma maior probabilidade de ocorrência de manchas e de queratose seborréica. Devido à redução significativa no fluxo sanguíneo e na elasticidade da pele, ocorre a intolerância na variação de temperatura, diminuição da transpiração e a probabilidade de lesões e infecções mais facilmente.

No que diz respeito às glândulas sudoríparas, essas, diminuem sua atividade resultando em pele seca e áspera e com intensa predisposição para o surgimento de infecções e susceptibilidade à variação de temperatura.

Os pelos corporais apresentam redução quantitativa e a coloração passa a ser esbranquiçada conforme a medula se enche de ar e as células do córtex apresentam perda do pigmento. Além do mais, pode haver queda de cabelo devido às células do bulbo ficarem inativas e/ou morrer.

Com o envelhecimento, o sistema circulatório apresenta diminuição do débito cardíaco, e com o suprimento insuficiente de sangue pode haver doença súbita. Além do mais a “bomba” cardíaca desenvolve uma reduzida força de contração. Esse sistema nervoso apresenta inúmeras alterações que, embora pareçam ser mínimas, podem ocasionar danos severos. Este fato é bem descrito quando tomamos ciência de que os neurônios mostram-se em uma perda contínua, especialmente no córtex, e havendo uma diminuição no número de neurônios, percepções sensoriais e condução de estímulo ao cérebro, estes acabam por desencadear déficit de comunicação, de ação e de aprendizagem. Ocorre aumento volumétrico dos ventrículos encefálicos e o peso e volume cerebral diminui com o passar dos anos. No que diz respeito à aorta, esta se dilata e as fibras elásticas que a formam diminuem, ocorrendo uma deposição de cálcio em toda a sua parede. Este processo também acontece com outras artérias, ocasionando um processo arteriosclerótico.

Quanto ao coração, acontece um processo contrário aos demais órgãos, pois este aumenta com o passar dos anos, o que não é ainda cientificamente explicado. O número de fibras musculares permanece constante e o volume das fibras não se altera. No entanto, acontece um processo de infiltração de gordura em nível de nodo sinoatrial.

Em relação ao sistema respiratório há uma redução da expansibilidade pulmonar devido à capacidade da caixa torácica, podendo carrear menos oxigênio, o que pode promover eventos como a dispnéia, colapso, diminuição do reflexo de tosse, entre outros.

Com o envelhecimento, desaparecem as cartilagens sinoviais e ocorre a fusão dos elementos ósseos e cartilagosos. Os alvéolos pulmonares mostram-se com discreta diminuição, os condrócitos por sua vez, degeneram-se e as fibras colágenas se espessam, aumentando o depósito de cálcio. Além do mais pode haver o desaparecimento das fibras cartilagosas havendo união do manúbrio e do corpo do esterno. Nesse momento, a complacência da caixa torácica fica diminuída.

No sistema digestivo ocorre diminuição da produção do ácido clorídrico e de outras enzimas, sendo assim, o idoso passa a não se alimentar eficazmente, pois há evidência de pirose e redução na quantidade de saliva; além do mais, é um período marcado pela perda dos dentes, o que provoca a inabilidade para mastigar. Na parte distal do esôfago o epitélio escamoso estratificado é substituído pelo epitélio colunar, e essa substituição é determinada pelas desnudações epiteliais decorridas do refluxo de ácido gástrico.

No intestino grosso o epitélio do colo se atrofia e a túnica muscular do colo se espessa. Isso origina áreas de alta pressão intraluminal causando a formação de divertículos. No que diz respeito às eliminações fecais, estas por sua vez também podem sofrer alterações devido à lentificação no funcionamento intestinal.

O sistema endócrino apresenta-se com redução no nível de adrenalina, gerando diminuição na capacidade de adaptar-se ao estresse, diminuição na imunidade e secreção de hormônios acarretando na instalação de infecções e doenças crônico-degenerativas. As glândulas suprarrenais apresentam aumento de nódulos corticais com a idade, o que também acontece na hipófise.

A função urinária do idoso é uma atividade das mais afetadas nesta fase da vida, pois devido à redução no tamanho dos rins e de suas células funcionais, além de diminuição ou perda do tônus muscular, pode haver a instalação de diversas alterações, tais como: disúria, nictúria, desequilíbrio ácido-básico, retenção urinária, incontinência, entre outras.

No rim de uma pessoa idosa é perceptível que as arteríolas aferentes não apresentam nenhuma conexão com os glomérulos, o que permite afirmar que ocorre de fato uma diminuição significativa no número de glomérulos e com evidente substituição por tecido fibroso. Além do mais, a próstata aumenta de tamanho independente do surgimento de patologias.

Nas mulheres há diminuição do tamanho dos ovários e o útero se atrofia, além da promoção da “secura” da vagina; esses eventos ocasionam tendência a prolapso, irritação e infecção.

Os ligamentos que mantêm o útero, bexiga e reto em posição tornam-se enfraquecidos com o processo de envelhecimento, promovendo então a queda destes órgãos. No que diz respeito às glândulas mamárias, seus ligamentos perdem robustez, ficando as mamas pendentes, havendo também, perda do tecido gorduroso que é substituído por tecido fibroso.

Quanto ao sexo masculino não existem alterações tão evidentes quanto às mudanças que ocorrem no sexo feminino, porém, as células da parede dos túbulos seminíferos envolvidos na reprodução e nutrição dos gametas masculinos passam a ser menos ativas e o número de espermatozoides cai para a metade.

## PROCESSO SOCIAL

Ao se voltar para o envelhecimento da mulher, revela-se notadamente a relação e influência do meio em que vive. Ao longo da

história, houve modificações importantes no que concerne ao papel da mulher do ponto de vista social, cultural e econômico. Essas mudanças, interagindo com processos demográficos e históricos (práticas culturais, ideologias e movimentos sociais), demandaram oportunidades para que comunidades, classes, famílias e indivíduos adquirissem recursos e controlassem suas próprias vidas (SOIEHIT e MATOS, 1997; WESTERMEYER, 2013).

Do ponto de vista social, a velhice é caracterizada por uma progressiva redefinição de identidade e do papel de cidadão, que pode ser marcada por impactos negativos ocasionados pela má qualidade de vida (CALDAS, 1998; STEPHENS, BREHENY e MANSVELT, 2015).

Tal fato é descrito, quando Carvalho Filho e Papaléo Netto (1998); PERKINSON e SOLIMEO (2013), afirmam que o envelhecimento populacional é algo que tem sido desejado e conseguido, tanto nos países desenvolvidos quanto nos que se encontram em fase de desenvolvimento. É óbvio que isso não é o bastante. Há necessidade de que paralelamente às modificações demográficas que estão sucedendo, haja também transformações socioeconômicas profundas, visando melhor qualidade de vida aos idosos e aqueles que estão em processo de envelhecimento.

A sociedade determina ao ser idoso um papel já decretado de desprezo, incapacidade e inutilidade. Historicamente a cultura grega tem forte influência sobre este estigma, tendo em vista que essa considerava a juventude como a fase digna de se viver, transformando, portanto, a velhice em uma fase sem presente e muito menos futuro, o que não explica a relação violência/velhice nos dias atuais, mas revela as raízes da estigmatização deste grupo etário.

Todavia, viver muitos anos é um desejo de um grande número de pessoas e, para realizar este desejo, a sociedade moderna tenta de diversas maneiras prolongar sua permanência nesse mundo. Entretanto, não aceitam as consequências que esses longos anos de permanência podem acarretar. Para burlar essas consequências, as quais são inevitáveis, procuram de toda forma alcançar o rejuvenescimento.

De acordo com Oliveira e Barros (1997); Marques (2013), para se conseguir o rejuvenescimento e manter a imagem de um ser indestrutível que não sofre ação do tempo e de todos os fatores ambientais, aos quais as pessoas são sujeitas, faz-se de tudo. É desse modo que podemos afirmar que não são todas as pessoas que sabem envelhecer, como também não são todos que sabem aceitar e respeitar os seus idosos.

Na sociedade de consumo em que se vive, onde o valor social prioritário é o poder econômico, o velho é discriminado e excluído por não ser mais “produtivo”, nem se integrar nos padrões de beleza e juventude culturalmente valorizados (CALDAS, 1998).

Na velhice reserva-se uma série de conceitos pré- estabelecidos e tabus que ao serem incorporados e reproduzidos pelos próprios idosos, acentuam as diferenças sociais vivenciadas nessa fase, ou seja, sustenta-se a ideia de que são pessoas que existiram no passado, não têm presente e muito menos futuro, e mais ainda realizaram o seu percurso psicossocial e que esperam o momento considerado fatídico para sair de cena do mundo.

Na atualidade o idoso doente, encontra-se inserido em um contexto, mas não participativo nele e sem projetos que dêem razão às suas vidas, tornando-os meros espectadores de seu próprio existir. Ao se deparar com o mito da incapacidade e inutilidade, é preciso motivá-lo para a vida a partir das potencialidades que ainda tem, pois a vida pode e deve ser envolvida por oportunidades de conviver com outras pessoas, partilhando suas experiências de vida.

Na participação em um grupo é importante que o velho se sinta acolhido, podendo ser estimulado a expressar os fatos de sua história de vida, evitando fortalecer a negatividade referente a esses acontecimentos de sua vida, principalmente do envelhecer que é tão comum no idoso.

Os cidadãos idosos têm direitos, que são determinados pela cidadania, direitos e deveres em um estado, e estes não devem ser perdidos com o tempo, é importante que todos saibam e cobrem da sociedade o respeito e a dignidade que lhes deve ser permitida. É preciso que tenham consciência que não é por apresentarem limitações que o mundo acabou, sejam eles pobres, ricos, com familiares ausentes ou presentes, portadores de afecções crônicas ou não.

O crescente aumento no número de idosos e o tratamento destinado a estes por parte de toda a sociedade, faz com que haja um alto índice de institucionalização dessa população, sendo esse cenário considerado como o último de suas vidas.

A diferença é apenas de status. Se esses idosos têm uma situação financeira estável, são conduzidos a instituições particulares, se não têm vão para instituições públicas, onde muitas vezes têm muita dificuldade de conseguir uma vaga. É preciso destacar que, independente do cenário, a instituição de longa permanência destina-se a prestar uma assistência voltada para o atendimento das necessidades humanas básicas de seus usuários. Porém, muitas instituições se apresentam em precárias condições de funcionamento, com deficiência na estrutura física e pessoal; além do mais são muitos os idosos e familiares que procuram esse serviço, fato este que dificulta ainda mais o atendimento por parte das instituições.

No tocante à mulher idosa, ao se deparar com essa situação se sente capturada, incapacitada e manipulada. E esse sentimento advém da realidade de não haver mais a autonomia e a saúde, que até então existiam. O sexo feminino que sempre exerceu suas atividades em um patamar de domínio, passa a ser dominado pela monotonia institucional. Digo isso porque as mulheres comumente são ativas e não conseguem vivenciar um existir monótono. Quando senhoras do lar, estão acostumadas a determinar os afazeres domésticos, pondo em prática ou ordenando quando deve ser feita determinada ativi-

dade, e quando são profissionalmente ativas, têm a rotina de sair, produzir fora e se relacionar com outras pessoas; e muitas vezes, desenvolver seu papel no lar. Além do mais, independente da característica dessas vidas ou mesmo as que se caracterizam sobre os dois aspectos, fazem parte de todo um contexto social.

Porém a inserção no cotidiano de instituições de longa permanência pode representar um processo de fragmentação, de mortificação e destituição do prazer, ocasionando, portanto, rupturas com o modo como foi construída e vivida a sua história. Além disso, no surgimento de patologias, a vida do idoso sofre agressões de causa interior e exterior. São ditas agressões por se tratar de mudanças bruscas, sem dia nem hora marcadas, que comprometem a continuidade da vida dessas pessoas.

## PROCESSO PSÍQUICO

Quanto ao aspecto psicológico, fruto desse complexo processo biológico e social, é possível que as mulheres idosas desencadeiem um intenso processo psíquico, dependendo obviamente do seu contexto de vida e de suas experiências. E esse fato poderá ocorrer devido a complexidade de acontecimentos durante a velhice, tendo em vista que ao chegar à fase da velhice, à pessoa idosa é imposta uma nova condição social, como também se está sujeito às mudanças relacionadas à idade.

É notório que o envelhecimento não ocorre da mesma maneira com todas as pessoas, ou seja, não é um processo homogêneo, mesmo as pessoas estando inseridas em um mesmo contexto social e sendo anátomo fisiologicamente semelhantes.

Para Bento (1999), o ciclo da vida é constituído do envelhecimento e por isso, é entendido como natural e próprio a todos, mesmo com toda sua peculiaridade e vivencia individualizada.

É preciso pensar o ser idoso como pessoa única, que deve permanecer ativa e participativa na sociedade, respeitando-se suas limitações. O ser humano, em especial o ser idoso vive em constante processo de adaptação e esse processo depende das condições circunstanciais, das interferências e influências do meio no qual a pessoa está inserida.

A pessoa idosa poderá vivenciar uma fase psicologicamente “bem resolvida”, desde que esteja em consonância com o seu contexto de vida, e para que esse fator se torne real, é importante que o idoso saiba lidar com as possíveis mudanças no estado de saúde (redução da acuidade auditiva, visual, déficit de sensibilidade, entre outras). E não só essas alterações, mas todas que fazem parte de seu existir e que na realidade estão muito presentes no envelhecer, tais como perda de familiares e amigos; mudança de moradia devido à viuvez e à necessidade de se adaptarem à vida dos filhos; a impossibilidade de permanecer com os familiares em suas residências; a necessidade de morar em instituições de longa permanência, entre outras causas.

A fase do envelhecimento é comumente marcada pela ausência ou redução de visitas de amigos, sendo a primeira situação ainda mais comum. O contato familiar muitas vezes é modificado, pois ocorre o ciclo de interdições, como também a tomada de decisão sobre as suas próprias vidas foge à sua governabilidade. Não resta dúvida que o impacto de todo esse processo poderá resultar no isolamento, profunda tristeza e, portanto, um grande sentimento de solidão.

O idoso que enfrenta toda essa problemática geralmente não aceita a velhice e desenvolve condutas que o torna isolado dos demais, levando-o muitas vezes à alteração de comportamento, o que pode gerar sintomas relacionados à depressão, ou mesmo, a própria doença, principalmente se carregar consigo algum tipo de mágoa, traumas de rejeições ou mesmo angústia decorridas em sua vida.

Para que todo esse processo psicológico se instale, a idade cronológica do idoso não vai influenciar, tendo em vista que esse fa-

tor não é condicionante para uma velhice prazerosa ou angustiante. De acordo com Rodrigues (2001); Silva e Pinto (2013), a idade varia de indivíduo para indivíduo, ou seja, cada pessoa percebe-se de maneira diferenciada, ainda mais na sociedade brasileira que as pessoas passam da condição de participantes para não-participantes. Portanto, o fator psicológico de cada um, não depende da idade cronológica de cada ser, e sim de como a pessoa idosa se percebe e é percebida no contexto social.

Notadamente somado a todo esse processo não podemos desconsiderar a fisiologia humana, que é característica do envelhecer, momento no qual poderá surgir ou agravar diversas patologias que acabam por transformar o idoso, em especial a mulher idosa, em uma pessoa ainda mais doente por afetar também o estado psíquico, até porque estar doente e precisar de um atendimento especial afeta o bem-estar, transformando uma pessoa alegre, além de isolada, triste. Isso se dá porque a dependência do idoso altera as relações com o ambiente físico, consigo mesmo, com os outros, com o mundo e com as instituições (PAVARINE e NÉRI, 2000).

Na realidade, o ideal seria um envelhecimento psicológico bem sucedido, o qual reflete na capacidade de que a pessoa idosa tem de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais (SMELTZER e BARE, 1999; Castro, 2013).

## PROCURANDO DEFINIR E INTERPRETAR O TERMO VIOLÊNCIA E A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DO IDOSO

Ao discutir a violência em artigo que faz relação com a saúde mental de trabalhadores que lidam com esta no seu cotidiano, Cavedon (2012, p. 257) traz:

Falar em violência, ler sobre tal assunto, ver imagens no jornal ou na televisão, sofrer algum tipo de ação cri-

minosa parece ter sido incorporado ao cotidiano como algo que precisa ser naturalizado sob pena de ficarmos paralisados em face do medo e assim deixarmos de trabalhar, estudar ou mesmo nos divertirmos em passeios com amigos pelos centros urbanos. Mas aspectos cruciais necessitam ser esclarecidos para que alinhemos nosso pensamento em uma noção do que vem a ser a “tão falada violência”

A realidade ora vivida traz a complexidade de um mundo desigual, antagonista e ao mesmo tempo tecnológico e industrializado. Essa realidade é percebida através de fenômenos, a exemplo entre outros, da violência e também afirmação de identidades e pertença social (MARTINS, 2012).

Nesse desenho social de acontecimentos enfáticos, a violência embora sempre presente progrediu drasticamente e se tornou premente alvo de definição, discussão e busca incessante por solução minimizadora do fenômeno.

Nas grandes cidades do mundo e em alguns países, como é o caso do Brasil, os dados epidemiológicos têm mostrado aumento na morbidade e mortalidade por causas externas. Estimativas para o ano de 2000 destacam que morreram 1,6 milhão de pessoas no mundo inteiro como resultado da violência, 25% por acidentes de trânsito, 16% suicídios, 10% devido à violência interpessoal, entre outras. No panorama brasileiro, constitui o segundo gerador de mortes, representando um percentual de 28,6% dos anos potenciais de vida perdidos (LIRA, 2004).

Nos Estados Unidos, estimativas referem que 1,5 milhão de idosos sofrem maus-tratos anualmente; e no Canadá, 125 mil idosos, ou seja, 4% da população, são vítimas de abusos e negligência (BRASIL, 2017).

Na população brasileira, com 60 anos ou mais, em 2007, foram 16,3% das mortes por causas externas do total de 141.227 mortes em idosos constituindo uma representação proporcional elevada

em termos de violência já que os idosos representam 10,6% da população geral (IBGE, 2010).

Procurando clarificar a noção, concepção e debate do conceito de violência e suas categorias, ambiciona-se aqui, debruçar-se sobre uma criteriosa discussão referente à definição e interpretação dessa temática.

Em 1968 ao falar da tão discutida violência Dom Hélder Câmara, então arcebispo de Olinda, explanou que o fenômeno violência compreendia um fato onipresente com muitas formas, pois podia ser visto em todo e qualquer lugar, além do mais, nas palavras do próprio Dom Hélder “...*brutal, aberta, insidiosa, escondida, racionalizada, científica, condensada, solidificada, anônima, abstrata, irresponsável*” (NUNES, 2007, p. 1154).

Ao discutir a temática violência, na obra Representações da violência, Ribeiro (2013); Castro et al (2013), enfatizam que este diálogo é acalorado, claudicante e fortemente debatido. Isso acontece em virtude da dificuldade de se obter definição precisa, tornando possível discutir conceitos apresentados por autores diversos e que em sua maioria evidenciam origem múltipla e acometimento universal, independente de sua condição existencial, atingindo qualquer grupo étnico, social, religioso, etário (BATISTA et al, 2013).

Batista et al (2013), também traz essa percepção quando afirmam que a violência expressa-se multiplamente e atinge as pessoas sem distinção de qualquer origem. Neste caminho Minayo e Souza (1998, p. 514), ao mencionar a pluralidade da violência, trazem que convém que se utilize o termo violências, e também que se considere que o referido termo “*consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual*”.

É com esta percepção que em análise da obra O Impacto da violência na saúde dos brasileiros, Morgado (2006), define o termo violências como a melhor denominação para o fenômeno por permi-

tir a visualização da dificuldade de compreensão do termo e acrescenta que permite facilitar o direcionamento da saúde pública.

Ao buscar a definição no Ferreira (2010), da palavra propriamente dita encontra-se que violência, é um termo originário do latim *violentia* para designar aquele que atua com força, ímpeto, impetuosidade ou grande impulso, a partir de ação violenta, opressão, tirania, intensidade, veemência, irascibilidade, empregada contra a vontade, liberdade ou resistência de pessoa ou coisa, causando constrangimento, físico ou moral, exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a submeter-se à vontade de outrem; coação. E Em Harper, (2001, on-line, apud Lira, 2004, p 08), tem-se que o termo *violentia* origina-se de *vis* que significa energia em ação, que se traduz por potência exercida sobre outro.

O fato é que o estatuto teórico que dá sustentabilidade ao termo violência é constituído como já fora dito por Nunes (2008), por conhecimentos técnico-científicos de áreas diversas, característica essa que gera e atravessa estudos em variados campos, setores e modalidades. E que esta dificuldade existe porque a violência se constitui pela multiplicidade de sentidos e por sua discutível e variada causalidade.

Esta discussão de acordo com Hayeck (2009), iniciou-se a partir do século XIX não porque a temática surgiu neste período, mas porque seu conceito pode variar em sociedades distintas e mesmo presente na antiguidade, só na atualidade ela passou a ser banalizada, quer seja, fazer parte do cotidiano do homem.

Na certeza dessa existência, ao mergulhar no significado da violência, tem-se em Souza (1993), que a violência está, e sempre esteve presente nas diversas organizações sociais ao longo da existência humana e que por isso envolve características individuais, coletivas, mensuráveis e não mensuráveis da sociedade. Nesta compreensão, surge o entendimento de que o fenômeno violência deve compreender em sua definição, explicações que envolvem a realidade sócio-cultural e política de uma dada sociedade (GUARESCHI et al, 2004).

Trazendo como foco para discussão as relações pessoais, políticas, sociais e culturais que envolvem as pessoas e a complexidade das relações e das construções vividas nas sociedades em que estão inseridas, Minayo e Souza (1999; 2005), ratificam ser difícil a conceituação do fenômeno violência, pondo ainda quão complexo, controverso e ambíguo é tal fenômeno. Estas mesmas autoras (op cit), demonstram tais características a partir do que diz Engels (1981) ao mencionar que a violência é um acelerador do desenvolvimento econômico; Sartre (1961) um universo escasso e necessário; Fanon (1961) como vingança dos deserdados, e, Freud (1980) quando afirma que haveria um instinto do ser humano para a agressividade. E Minayo (1994), traz ainda que dada a complexidade da violência convém associá-la a uma condição biopsicosocial com espaço de criação e desenvolvimento na sociedade.

Nesse desenho social de acontecimentos enfáticos, a violência embora sempre presente tem progredido drasticamente e se tornado premente alvo de definição, discussão e busca incessante por solução minimizadora do fenômeno.

Então considerando estas relações, imperativo se faz destacar o que diz Santos (2010), parafraseando Doise (2001), há um elo de ligação entre as pessoas que é formado no campo das ideias. E são estas, que Santos (2010), define como ponto de partida para os “pactos sociais” estabelecidos implicitamente.

A questão é que a violência se constrói pelo conflito nessas ideias, que estabelece um pacto social transgressor e desigual (FALEIROS, 2004); (ARAÚJO, SÁ e LOBO FILHO, 2012).

Nessa linha de pensamento, Waiselfisz (2010), traz que à medida que há desigualdade na construção do pacto social, há também a utilização de coersão ou força, termo este, que é considerado por alguns autores ao se conceituar a violência. Sobre esta é que Arendt (1970, p. 43), menciona que “a violência constitui o exercício do poder, por coação do detentor da autoridade.”

O fato é que a violência existe, de acordo com Michaud, 1989 apud Waiselfisz (2007); Bruno e Frota (2007), quando se denigre, em qualquer aspecto a existência do outro, o que pode acontecer individualmente ou em uma coletividade. Além do mais, a violência pode se traduzir em duas modalidades, quais sejam, por ação, mas também pode acontecer por omissão (BARRERA, ESPITIA e GAITÁN, tradução nossa, 2012).

Nesta abordagem Minayo e Souza (1998), cruzam a violência com a relação humana pautando-se na pluralidade do fato, e explicam-na a partir de ações geradoras de desigualdades que constroem sacrifícios, e que de acordo com elas, precisam ter suas especificidades esclarecidas.

Considerando tais elementos para a definição da violência, a OMS - Organização Mundial da Saúde define violência como “o uso intencional da força física ou do poder contra si mesmo, contra outra pessoa, grupo ou comunidades, que resulta ou aumenta as chances de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos e privação» (DAHLBERG e KRUG, 2007; OMS, 2002).

Sobre essa definição Schriber, Oliveira e Couto (2006, p. 114), trazem:

Destaca a intencionalidade do ato violento, excluindo os incidentes não intencionais. Inclui o uso do poder, exemplificado por ameaças de agressões ou intimidações e por negligências e omissões.

No entanto as autoras trazem que não há definição de poder, ao contrário há uma correlação inquietante com este conceito, esclarecendo a seguir:

Reitera-se inadvertidamente, desse modo, a inevitabilidade da violência que se quer recusar. Outra confusão possível é, ao revés, inviabilizar a concepção de poder como relações não violentas, obscurecendo igualmente

o papel da responsabilidade social intrínseca a essas ações de poder (SCHRAIBER et al, 2005 apud op cit).

Sobre o poder na definição da violência, Santos (2002) diz que define a violência como um dispositivo de poder, composto por diversas linhas de realização, que realiza uma relação específica com outro, utilizando para isso, a força e a coerção, produzindo-se assim, um prejuízo social. Por outro lado, Arendt (2003) mostra a violência como algo oposto ao poder, pois seria a desintegração do poder que possibilitaria o surgimento da violência (HAYECK, 2009).

Por omissão ou ação, oposto ou acionado pelo poder, ao definir violência, vem à mente, que por inúmeras possibilidades, ao se definir este fenômeno, tem-se que entender que há transgressão de direitos humanos (FONSECA e RIBEIRO, 2012).

É com foco nesses direitos, que Campos, 2004 apud Zocche, Oliveira e Azambuja (2012), mencionam os tratados internacionais de Direitos humanos. Pensando sobre este, e vinculando as medidas de enfrentamento da violência, tem-se nestes autores, que os tratados internacionais de direitos humanos são extremamente significativos para a construção de políticas públicas, uma vez que garantem direitos às pessoas, estabelecem obrigações estatais e passam por monitoramento. Nesta linha, a OPAS - Organização Panamericana de Saúde, traça estratégias específicas, acordadas com governantes com o intuito de sanar o problema (OPAS, 2003).

Todavia, na contramão desse processo, tem-se a inversão da lógica dos direitos humanos que apresentam violação dos direitos civis (habitação, segurança, vida, liberdade, entre outros) os quais são a base para os direitos sociais, que se pode afirmar, ilegítimos (SOUZA, 1993).

Assim, reconhecendo a violência como fenômeno mundial, Schraiber, Oliveira e Couto (2006), trazem que na perspectiva de agir/discutir sobre os direitos humanos e sociais (in)existentes une-se as esferas sociais, éticas e jurídicas.

Esta união impulsiona ações e no caso da violência, a partir da Assembleia Mundial da Saúde (OMS) foi solicitado aos estados membros examinarem a violência em seus territórios e a OMS, campanhas efetivas abordando a temática em questão e solicitando providências (OMS, 2002); (MELO, 2010). Então é nessa perspectiva, reunindo profissionais que a saúde pública iniciou sua atuação (DAHLBERG e KRUG, 2007).

Na relação entre o conceito da violência e o fato desta estar incorporada como problema de saúde pública, tem-se em Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016 elaborado pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - APAV em Minayo (2006); APAV (2010), que este problema não é de saúde pública, mas se constitui neste campo por afetar de maneira sócio-histórica a saúde e a qualidade de vida, e por exigir reestruturação na assistência, ou seja, uma assistência que considere campos e saberes diversos. Assim, convém considerar que na definição de violência, é preciso entender a complexidade de fatores envolvidos e a ação interdisciplinar necessária entre estado e sociedade (BRASIL, 2003).

Ao explicar esse fenômeno Burke (1995, acrescenta que tem existência perpétua e diversificada e destaca ainda que há diferença entre os agentes envolvidos perpetradores - (profissionais, amadores e intermediários) e as vítimas, além do contexto do fato (local, motivação, recursos utilizados e o gerenciamento do ato).

Ao definir violência e o “mundo de conceitos” que a cerca encontra-se que esta pode ocorrer de diversas maneiras, e que esta diversidade é quem determina sua classificação, com a seguinte característica: Através dos envolvidos (vítimas e causadores), por localização do fato ocorrido, de acordo com o âmbito (público ou privado), a partir das razões para proceder o fato, ou ainda autoinfligida; e foi reunindo essas possibilidades que a OMS apresentou a seguinte classificação: interpessoal dividida em duas subcategorias (familiar ou por parceiro íntimo e comunitária), autoinfligida dividida em suicida e autoabuso, e coletiva, subdividida em social, política e econô-

mica (OPAS, 2003; (DAHLBERG; KRUG, 2007; OMS, 2002; RELATÓRIO MUNDIAL, 2006).

Todavia, é preciso considerar que embora exista essa classificação, ao lançar mão de ações violentas, a pessoa que a executa, está se utilizando de um ato intencional e aprendido, e por isso, é passível de ser evitado, tendo em vista que pode ter sua apreensão desconstruída (OPAS, 2003). Assim na definição e interpretação desse fenômeno, considera-se a apreensão e construção dessa prática, como também, considera-se a abrangência e multiplicidade de fatores do fenômeno citada por Batista et al (2013), e também a etiologia e pluri-causalidade mencionada por Marziale (2004).

O fato é que os conceitos arrolados trazem um panorama do conflito nessa definição, e atrelado a este conflito está outro, qual seja, o desejo de definir também nessa construção conceitual, os atores, e para esta discussão Neto e Randon (2012), trazem que os maiores algozes são também as maiores vítimas e que a consequência disto pode ser atribuída à depreciação de valores morais, e que por isso ultrapassa a fronteira de áreas desfavorecidas que por consequência estimula ações estatais ainda ineficazes de enfrentamento. Longa é a discussão sobre essa relação. Assim cabe aqui destacar o que diz Wieviorka (2007), quando afirma que a violência é um fenômeno subjetivo, caracterizado pela possibilidade de mudanças uma vez que depende das representações para grupos, épocas e lugares.

O que se tem corroborando com essa definição, é que não é um fato novo, porém histórico, e hoje, o que se tem são o que Wieviorka (2007), denomina de novas formas da violência que ele descreve como ameaçadora às condutas de risco, e cita exemplos: “perspectiva de terrorismo biológico, bacteriológico, químico ou nuclear, atos de martirização, sacrificando-se a vida ao causar a morte de outrem, destruição e autodestruição caminhando juntas...”. E na reflexão de que a violência traz em seu conceito a particularidade de ser histórica, Esteves (2012), relata a violência por insatisfação dos

governados aos atos dos governantes, decorrido no século XIX em 1852 na Vila de Soajo,

Outro aspecto que surge no desejo de definir tal fenômeno, e que pode facilitar a compreensão dessa definição, está relacionado ao quão dispendioso é a violência, e para tanto, considera-se aqui o que diz Dahlberg e Krug (2002), quando escrevem que o custo desta, embora inestimável, é alto tanto para os cofres públicos como para a condição humana, sendo neste último caso impossível de mensurar. Associa-se ainda a este comentário, o crescimento do ônus social de indivíduos e coletividade, referido por (SILVA et al, 2013).

Montanger et al (2008), ao falar de custo, menciona a transversalidade do fenômeno e comenta sua influência e repercussão na saúde (individual e coletiva), e nos custos (sociais, emocionais e de segurança), fato este que soma a definição da violência o quão abrangente e dispendioso é. E por outro lado revela ainda possibilidade de crescimento econômico para setores de segurança e da construção civil (op. cit).

Da mesma maneira que surgem neste conceito o impacto e repercussão da violência, suas causas também aparecem como necessárias para a discussão da definição deste fenômeno. Para esta definição Dalgbert e Krug (2002), referem que para a execução da violência tem-se em pesquisas recentes a certeza de fatores biológicos, individuais e fatores externos (familiares, comunitários, culturais e outros) reunidos.

Cabe aqui trazer o que diz Pino (2010), sobre a complexidade da violência e as análises superficiais baseadas em contornos semânticos imprecisos sobre o fenômeno, quando afirma que isto ocorre porque se acompanham três linhas de raciocínio, a primeira psicológica, busca a compreensão a partir do impacto do fenômeno na vida das pessoas, a segunda em uma vertente filosófica, que não traz um princípio racional das ações, e a terceira, antropológica, que a partir da compreensão dos atos violentos abandona características

peculiares da condição humana. Em termos antropológicos-filosóficos, nas palavras de Hayeck (2009, p. 04), “*torna os homens indignos*”.

Percebe-se que é extensa a discussão sobre o que define a violência e por isso não se esgota aqui como também não se esgota a interpretação da temática. Assim para que se possa pensar o que define e determina violência traz-se para um possível fim, o começo desta discussão, que é apresentado na introdução do livro *Representação da violência*, e de maneira sutil traz que “a questão da violência e seu próprio conceito mantém um estatuto teórico muito ambíguo e se situam num terreno de forte e ininterrupta controvérsia” (RIBEIRO, 2013, p. 07).

Toda essa reflexão gera outra, e como resultado, a construção identitária do idoso brasileiro porque quando se decide avançar nas temáticas, idoso e violência encontra-se a necessidade de compreender como se constrói as abordagens individuais e coletivas, de senso comum e da mídia sobre este fenômeno e sobre este grupo etário.

Nesta ânsia de compreensão, entende-se que a etiqueta que se “prega” na pessoa que envelhece parte do senso comum e parafraseando Pais (2004), ao se reportar na introdução de identidades de tribos urbanas e revitalismos tribais, o caráter estranho do exótico - o outro é *ex óptico* porque está fora da óptica da normalidade - é uma fonte constante de taxonomias reveladoras, Reveladoras do quê? Não propriamente do outro mas, sobretudo, do modo como o outro é olhado, percebido, categorizado, construído, estigmatizado.

No cotidiano de qualquer pessoa e se direcionando especificamente à pessoa que envelhece, arrisca-se aqui dizer que o status para a construção identitária deve ser considerado mesmo sabendo que esta noção traz controvérsias conceituais. A controvérsia que constitui a essência da definição de status pode ser sucintamente descrita como um conflito básico entre a sociologia de Weber e a economia política de Ciane na obra política de Karl Marx (1818-83) (TURNER, 1989).

Em análise desse conceito por Turner (op cit), há em uma das definições apresentadas, que se trata de uma palavra derivada do ter-

mo latino para “standing” e se refere simplesmente à posição de cada um na sociedade, e em uma definição construída preliminarmente por ele próprio, como posição na sociedade, que conferem direitos e obrigações ao indivíduo enquanto cidadão inserido numa comunidade política, mas destacando na sociologia está ligado ao conceito de função social, ou seja, um conjunto de expectativas que definem a posição da pessoa na sociedade, e considera ainda o status imputado (que diz respeito a certos atributos das pessoas sobre os quais estas tem pouco ou nenhum controle, tais como raça, cor, idade) - “status alcançado” (que diz respeito à posição que uma pessoa pode alcançar.

Então, é considerando o que caracteriza o status do idoso que se determina sua identidade. Isto é aqui dito ressaltando que todas as práticas significativas que são produzidas querem dizer que envolvem relações de força incluindo a força para definir quem está incluído e quem é excluído nos estereótipos culturais da identidade aceitável ou não - subjetividades - (SEE DU TAY e HALL et al, 1997; FARINHA, 2013). Em outra análise, a identidade não se constrói apenas através da cultura, mas esta se dá pelas variações das representações simbólicas e também das relações sociais.

Como Rutherford 1990, apud (Woodward, 1997), argumenta, identidade é a relação existente entre o conflito da nossa construção social, cultural e econômica e de nossa história passada e atual, identidade é a intersecção de nossos dias, considerando a economia e política de subordinação e dominação.

Em Fina (2009), encontra-se que é um constructo extremamente complexo, e definições simples do termo, ou de seus referentes, são difíceis de encontrar, pois não há uma forma neutra para caracterizar identidade, então se tem duas tendências contemporâneas, uma oriunda da psicologia social, e a outra da linguística ou antropologia linguística. Na primeira, fazem referência a pertencer a categorias sociais, na segunda, as definições têm como foco de estudo o papel da linguagem em processo. Em Taffel, 1981 apud (Fina,

2009), essa parte do conceito de si mesmo que um indivíduo tem a partir do seu conhecimento como membro de um grupo social ou grupos, juntamente com o valor e o significado emocional que esse vínculo como os demais membros do grupo lhe conferem. E para Droskity 2000 apud (Fina, 2009), uma construção linguística de um membro de um ou mais grupos sociais ou categorias e sublinha o fato de que, embora a identidade não seja necessariamente expressa através do sentido linguístico a linguagem tem um papel central na sua construção.

Um fala de conceito de si mesmo e o outro de construção, ou seja no primeiro, algo definido e no segundo um processo atribuído ao indivíduo (op cit.).

Em Gil (2009), ao falar da identidade da nacionalidade portuguesa temos o que ele denomina de introjecção estilhaçada ou compartimentada, codificada, definindo-a como um processo, não encontra um território onde habitar e construir, com forças novas, um novo sujeito; e porque desapareceram as velhas condições de subjetivação, o indivíduo, em perda de subjetividade com o ego reduzido, meio desfeito, incapaz de se dilatar, meio estilhaçado, mas ainda capaz de introjeção, volta-se sobre si mesmo e faz de si, enquanto subjetividade vazia, o território que falta. Território mínimo, desvalorizado, mas com que o sujeito tenta introjetar o mundo exterior e, assim, dilatar-se. O dentro, o interior, o reduto formal da introjeção que nos resta é a nossa identidade. É ela que em fronteira, erige muros, nos reenvia a nossa imagem valorizada, mesmo ao avesso, mesmo no queixume. Como percebemos até então, o conceito de identidade promove ampla discussão, visto que diferentes concepções tentaram e ainda tentam explicá-la ao longo dos anos.

A identidade, como problema, requer historicamente o surgimento de um indivíduo socializado através de um modelo cultural, no qual a subjetividade é construída socialmente, tendo como referencia axiológica, o individualismo (PERRUCCI, 2003, p. 36).

Para que seja possível entender a identidade como o fez o autor acima descrito, e para melhor abordá-la, considerando o individual com base no social, é preciso que se tenha compreensão de sua construção histórica, para tanto, inicia-se esse trajeto pela identidade a partir da concepção do eu ideal e o ideal do eu, de Freud (1984), que afirma: no eu ideal (narcisista), o sujeito se apresenta como seu próprio projeto, como auto-afetação, não reconhecendo qualquer instância acima ou fora de si. No ideal do eu (social), este elemento transcendente aparece sob a figura do pai e prescreve um projeto ao qual o sujeito deve responder e nele encontrar o seu lugar, ao lado de outros tantos sujeitos.

Nesta dimensão o indivíduo em seu processo identificatório, se depara com as diferenças entre o que eu sou e quero ser, e o que a sociedade exige de mim quanto ator social. “A identificação é o procedimento pelo qual o sujeito se constitui e modifica-se pela assimilação de traços ou atributos das pessoas com as quais se relaciona” (GUIMARÃES et al, 2007, p. 104).

Sobre o processo identificatório Freud (1921/1976), em sua concepção de formação de coletividade ressalta que a constituição dos grupos encontra justificativa mediante o processo de identificação que ocorre no seu interior, sendo de natureza de uma identificação, baseada numa importante qualidade emocional comum, e que essa qualidade comum reside na natureza do laço com o líder.

Cabe ressaltar que nessa ótica o sujeito tem nos fatores e relações extrínsecas, uma folhagem de crescimento a partir de uma raiz que já existe nele, e que é inconsciente. Nessa direção, Mezan (1998, p. 456) diz que “a identificação é uma “operação de abertura à realidade externa, constituída por fatores estranhos à vida puramente pulsional do indivíduo”.

Contrapondo a concepção de Freud, Sartre defende que as escolhas estão presentes no consciente e estas não têm essência, constituindo assim, a subjetividade do indivíduo. “O homem caracteriza-

se antes de tudo pela superação de uma situação, pelo que ele chega a fazer daquilo que se fez dele, mesmo que ele não se reconheça jamais em sua objetivação” (SARTRE, 1984, p. 151).

Então ao analisar a identidade a partir de uma ótica contemporânea, o filósofo francês, Guilles Deleuze, radicaliza o conceito de “devir” do pensador alemão Frederic Nietzsche alertando para o fato de que o ser humano é um sujeito em constante transformação, portanto, a sua identidade está sendo construída a cada momento e não há modelos pré-constituídos. Para Nietzsche (1987), todo o conceito de verdade se modifica, porque um corpo se forma a partir de forças ativas (forças dominantes) e de forças reativas (forças dominadas). O pensamento não tem mais como função reproduzir a natureza, representando-a, mas sim produzi-la na expressão do mundo possível.

Partindo da ideia de que aquilo que constitui a essência da força é a relação com outras forças ou que é na relação que a força adquire sua essência ou qualidade, Deleuze define um corpo como um fenômeno múltiplo, um composto de uma pluralidade de forças irreduzíveis em luta, em que algumas forças são dominantes e outras dominadas (MACHADO, 1990; OLIVEIRA, 2014). Assim, a leitura contemporânea de identidade se dá pelo pertencimento de um indivíduo a um determinado grupo, com sua trajetória galgada na independência do indivíduo a partir de sua autonomia baseada não mais em um modelo identitário tradicionalmente pronto, mas em uma construção. Dessa forma, o posicionamento no mundo, que aqui nessa perspectiva se articula à enunciação e reconhecimento de uma identidade, já não é dado pela tradição, por exemplo, mas se torna algo a ser construído; uma tarefa de ordenamento, estruturada por meio da produção de uma narrativa linear que encadeie passado, presente e futuro (GIDDENS, 2002).

A construção da identidade, real ou não, parte da reflexão do ser quanto a quem sou e a que identidade remeto. Toda essa pro-

blemática é fruto de uma autoanálise, e esta é concebida seguindo dois focos: uma definição de si e suas expectativas. Neste primeiro, o indivíduo se constrói a partir de seu próprio eu, considerando seus valores e desejos individuais; neste último, parte da exigência do indivíduo quanto ao seu meio (pessoas ou grupos e fatos). “Hoje em dia, o eu é para todos um projeto reflexivo – uma interrogação mais ou menos contínua do passado, do presente, do futuro” (GIDDENS, 1993, p. 140).

No que diz respeito aos aspectos psicossociais de formação de identidade, é traçado pelo indivíduo uma investigação voltada para o mundo no qual está inserido, considerando o meio ao qual ele pertence, suas regras e seu funcionamento. Assim, as pessoas constroem suas identidades a partir da socialização, ou seja, trazendo o mundo para si e participando dele; do ponto de vista sociológico, as integrações sociais são valorizadas, as quais estão relacionadas ao enquadramento do indivíduo nas diferentes categorias de classificação existentes na sociedade. Como se pode perceber, a construção da identidade atravessa aqui uma turbulência entre a constituição de si e sua socialização (social ou cultural). Assim, ao problematizar a temática identidade foi e será realizado um percurso ainda maior de achados e definições em busca da determinação da identidade e na tentativa compulsiva de resolução de conflitos entre indivíduo e sociedade.

Revela-se notadamente que há uma relação e influência do meio no qual o indivíduo está e esteve inserido ao longo de sua história. Esse processo é percorrido por modificações importantes no que concerne a sua construção identitária do ponto de vista social, cultural e econômico. Essas mudanças, interagindo com processos demográficos e históricos (práticas culturais, ideologias e movimentos sociais), demandam na fase de senescência uma reforma em suas atitudes e ações e uma adaptação psicossocial, considerando que toda a vivência do ser perpassa por muitos conflitos e muitas reformulações.

Na sociedade de consumo em que vivemos, onde o valor social prioritário é o poder econômico, o velho é discriminado e excluído por não ser mais “produtivo”, nem se integrar nos padrões de beleza e juventude culturalmente valorizados (CALDAS, 1998). Com isso, reserva-se uma série de conceitos pré-estabelecidos e tabus que ao serem incorporados e reproduzidos pelos próprios idosos, acentuam as diferenças sociais vivenciadas nessa fase, ou seja, sustenta-se a ideia de que são pessoas que existiram no passado, não têm presente e muito menos futuro, e mais ainda realizaram o seu percurso psicossocial e que esperam o momento considerado fatídico para sair de cena do mundo. Isso os torna meros espectadores de seu próprio existir, porque não são todos os idosos que assumem a identidade participativa, mas são muitos, que se “recolhem” para não serem julgados pela sociedade por suas atitudes, “camuflando” assim, sua identidade e promovendo nova identificação.

Ao vivenciar uma fase tão estigmatizada, muitos idosos sentem capturados, incapacitados e manipulados. E esse sentimento advém da realidade de não haver mais a autonomia e a saúde, que até então existia. Assim muitos dos seres humanos, em especial os idosos, sejam eles do sexo masculino ou feminino, que sempre exerceu suas atividades em um patamar de domínio mesmo passando por diversas transformações sociais e históricas, passam em diversas situações a ser dominado por valores e crenças de uma sociedade que não aceita a diferença.

Quanto ao aspecto psicológico, fruto desse complexo processo social é possível que as pessoas idosas desencadeiem um intenso processo psíquico, dependendo obviamente de como assumem suas identidades e identificações e de como vivenciam suas histórias. E esse fato poderá ocorrer devido à complexidade de acontecimentos durante a velhice por imposição de uma nova condição social ou por mudanças relacionadas à idade.

## INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: NOVOS CAMINHOS, NOVOS DESAFIOS...

O envelhecimento da população não diz respeito unicamente ao idoso, mas à todos que compõem a sociedade, e, embora haja esse processo de envelhecimento, as populações que vivenciam um processo de envelhecimento crescente, como é o caso do Brasil, ainda não tem oportunidades para viver com dignidade e a sociedade não tem responsabilidade suficiente para receber essa população.

Sendo então um processo tão complexo, o idoso passa por situações das mais diversas que acabam por proporcionar um novo contexto de vida. Diante da possibilidade tão brusca de introduzir-se em uma outra realidade, o idoso tem à frente um outro contexto, que até então não era o seu e não fazia parte de seus planos. Essa nova vivência diz respeito à institucionalização

As instituições de longa permanência, anteriormente denominadas de asilos, surgiram décadas atrás tendo em vista a preocupação do governo e sociedade civil em abrigar os idosos mendigantes que viviam em nosso país. Contudo a prática de abrigar pessoas idosas se expandiu e hoje temos institucionalizadas pessoas das mais variadas classes sociais.

Na Paraíba, há instituições destinadas à residência de idosos, públicas e privadas, como também condomínios exclusivos. No que diz respeito a institucionalização em lares de longa permanência, campo deste estudo, devido à situações de ordem econômica, torna-se extremamente concorrida uma vaga nas instituições públicas.

Esse fato ocorre porque, de acordo com o PNAD em 2001, 41,4% da população brasileira vivia com uma renda per capita de um salário mínimo e no nordeste 63,3% nessas mesmas condições.

Embora exista relato de que muitos idosos convivem com seus familiares, os quais são de acordo com o PNAD, 83%, o número

de idosos que vivenciam a institucionalização é ainda muito elevado seja pela necessidade dos familiares de destinarem seus idosos às instituições seja por decisão própria, deles.

Para Fernandes (2003, p. 37), enquanto cresce o número de idosos necessitados de cuidados básicos em domicílio diminuí-se os cuidadores familiares, o que pode colocar o idoso em situação vulnerável e insegura no tocante ao suporte familiar nos estágios finais da vida. Além do mais, a geração dos cuidadores pertence à mesma geração de doentes.

O Ministério da Previdência e Assistência Social determina na lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994 que o atendimento em instituições de longa permanência deve ser destinado a idosos sem vínculo familiar ou sem condições de prover sua própria existência (BRASIL, 1998).

Vê-se assim que a institucionalização do idoso advém da necessidade da sociedade em distanciar, ou melhor, negar a existência dessas pessoas, que ao atingirem a velhice já não representam mais indivíduos produtivos, capazes de representar papéis socialmente úteis.

Destaca-se que muitas das instituições existentes têm idosos que condizem com o que é preconizado pela lei, ou seja, pessoas que não têm mais nenhum vínculo familiar, ou mesmo tendo, apresentam processo patológico que precisam de cuidados especiais, mas não intensivos.

Porém, a exclusão dos idosos é real, e isso acontece porque o ritmo de vida da sociedade moderna expõe seus membros nessa faixa etária, à ausência dos familiares e de seu próprio lar, seja pelo reflexo do dia a dia, ou simplesmente por incapacidade de ouvi-los ou tocá-los.

Além do mais, a economia brasileira tem forte influência na institucionalização do idoso, pois segundo Rocha (2002); Lamarca e Vettore (2017) o modelo da previdência social vigente é absolutamente inconsistente, pois não tem uma visão voltada para esta po-

pulação com merecida seriedade. Corroborando com a ideia de que essa dificuldade permanece.

De acordo com Rodrigues (2000), do ponto de vista do relacionamento social, a população idosa sofre um processo crescente de isolamento social, na medida em que se desliga do trabalho, reduzido pela emancipação dos filhos, sendo muitas vezes obrigada a sair do seu convívio familiar e social para viver em instituições assistenciais de atendimento exclusivo ao idoso. Para Chopra (1994), os idosos que vivem em uma instituição de longa permanência não precisam unicamente de assistência física, mas são pessoas carentes de afeto.

É lamentável a evidência de que a falta de uma situação econômica estável corrobore para a decisão de institucionalizar os idosos em lares de longa permanência. Essa decisão final muitas vezes não tem participação do futuro institucionalizado, porque a família tende a decidir por esses, considerando-os incapazes de responder por si mesmos. Em outros casos, há realmente a procura por esta opção, pelo próprio idoso, já que esse não se considera mais um membro da família, sentindo-se na maioria das vezes, invadidos ou invasores do ambiente alheio. Diante desse quadro, percebe-se o quanto a imposição da sociedade, intervém na busca por uma moradia mais conveniente a ambas as partes.

Devido à precariedade assistencial e à má condição de vida da população brasileira, o percentual de velhos portadores de afecções diversas é visível; portanto o ideal seria oferecer condições de vida com dignidade, segurança e saúde para toda a população. Até porque, no Brasil a questão não é aumentar o número de instituições assistenciais que segregam socialmente os idosos, é necessário se ter uma visão global da existência humana (CHOPRA, 1994).

Ao se deparar com o mito da incapacidade e inutilidade, o idoso tende a deprimir-se, sendo preciso motivá-lo para a vida, a

partir das potencialidades que ainda tem. A vida em instituições de longa permanência pode e precisa ser pautada na possibilidade de criar oportunidades de convivência, descobrindo novas motivações para um viver diferenciado.

Na participação em um grupo é importante que o velho se sinta aceito e possa expressar sua positividade quanto ao seu passado, presente e futuro, e deixar de lado a negatividade referente aos acontecimentos de sua vida, principalmente do envelhecer que é tão comum no idoso. Ao se envolver no dia a dia da instituição, se inteirar dos acontecimentos, das atividades, estará promovendo a melhora para seu autoconceito e sua autoestima.

A crescente ampliação das instituições de longa permanência continua por desencadear um alto índice de internamento da população idosa. Quando os idosos não têm mais condições de morar sozinhos ou na companhia de seus familiares, “optam” ou são levados para o último cenário de suas vidas: a instituição, a qual se caracteriza por ser particular, mantida pelo Estado ou Entidade Filantrópica.

Vale ressaltar que independentemente da característica econômica dessas instituições, todas têm como objetivo maior a busca do lazer, segurança e um viver mais socializado. Além de, como já foi mencionado, atender às necessidades humanas básicas e assisti-las nas suas necessidades primárias de saúde.

Durante todo o processo da vida de um ser humano, diferentes experiências fazem parte desse vivido. Obviamente se concretiza uma trajetória que permite diferentes vivências. Porém, ao analisar a história de vida em especial dessas mulheres idosas institucionalizadas, à tona vem a soma das experiências e seus significados que fizeram parte dessas histórias e que refletem a realidade atual.

É nítido que, quando esta realidade passa por uma mudança de cenário e relações, com é o caso das colaboradoras deste estudo, transformações culturais e psicossociais que interfiram no estado biológico do idoso poderão estar presentes.

Não é possível afirmar que ao ser institucionalizado um idoso terá como regra a continuidade de uma vida em declínio. O que é possível manifestar é o fato de que quando um idoso consegue conviver com as perdas características da idade e com a substituição dessas vivências, a compreensão e a aceitação de suas novas experiências e de suas novas relações interpessoais se tornam possíveis.

É notório que a família tem forte influência no contexto de vida dessas mulheres, principalmente em relação à saúde mental, pois com o relato delas evidencia-se experiências significativas em relação ao afastamento dos familiares e com os conceitos de família que passam a ser outros. Esses novos conceitos são originados no desrespeito da individualidade do idoso, na falta de consideração e na impossibilidade da autonomia que sempre foi exercida por elas.

Sentir-se ou não velho faz parte de uma interação biopsicossocial com o ambiente no qual se encontra inserido e se conseguir atingir o tão sonhado “muitos anos de vida”, precisa viver com qualidade essa nova fase, assim como se faz nos outros momentos do ciclo de vida.

Muitas das pessoas almejam chegar à velhice. Contudo, a cultura do culto ao jovem não ajuda a compreender inúmeras dificuldades advindas dessa fase da vida porque não se pensa nas possíveis consequências que podem acompanhar esse processo; isso porque ao chegar nesta fase, há alterações fisiológicas que podem ser transformadas, em alguns casos, em alterações patológicas. Sendo assim, se o idoso não é capaz de aceitar a velhice, se torna difícil envelhecer em harmonia consigo mesmo.

Esse fato acontece porque é difícil aceitar a realidade, tendo em vista que o sonho está na conquista de mais idade, mas não na ausência do vigor físico; E esta ausência pode ser sanada, adiada ou trabalhada reforçando-se o cuidado preventivo e de promoção através de políticas de promoção da saúde para produzir a verdadeira idade, cuja condição é determinada pelo somatório de atitudes e comportamento social e cultural.

O processo de institucionalização poderá interferir no viver de uma pessoa idosa, porém este não é o fator determinante para que um idoso seja considerado saudável ou doente. Seu trajeto de vida é que deve ser considerado; suas experiências é que influem na contribuição de uma vida carregada de experiências significativas; sua capacidade de lidar com as perdas e com os ganhos ao longo dos anos em relação às suas expectativas e seus anseios. Estes fatores podem isolada ou coletivamente intervir em uma vivência mais amena.

Contudo há necessidade da sociedade buscar políticas públicas capazes de proporcionar à população idosa e suas famílias condições dignas de viver o envelhecimento natural do ciclo vital.

A “opção” do viver institucionalizado é algo que surge como uma possibilidade de estabelecer relações em que se possa trocar, aprimorar e dividir feitos e fatos. Pessoas idosas têm sonhos e anseios. Porém a sociedade não valoriza o potencial do ser idoso, e mais que isso não reconhece que indivíduos são capazes de contribuir significativamente para o crescimento individual e coletivo do meio em que vivem e compartilhar suas experiências.

## VIOLÊNCIA REVELADA NAS HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Ao buscar uma aproximação das histórias contadas e seus significados, apropria-se de reflexão sobre a percepção dessas mulheres quanto ao contexto que compreende suas vidas e suas experiências mediante tantos relatos com timidez ou espontaneidade.

Nesse momento, apresenta-se a aproximação da essência dessas experiências na tentativa de compreender e interpretar seus significados, descrevendo sua relação com o viver institucionalizado.

Inúmeros estudos sobre o processo de viver enfatizando a fase do envelhecimento e sobre o processo de institucionalização de ido-

tos vem sendo realizados ao longo da história. Contudo esses estudos têm se intensificado à medida que a população brasileira envelhece.

Com o envelhecimento da população o Congresso Nacional criou a lei número 8.842 de 04 de janeiro de 1994 sob o decreto número 1.948 de 3 de Julho de 1996 que dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, tendo o Congresso Nacional o intuito de deixar assegurado todos os direitos sociais dessa população, a fim de promover plena autonomia, integração e participação na sociedade (BRASIL, 1998).

Contudo, embora se tenha o discurso da atual Política Nacional do Idoso tido como satisfatório, o grupo aqui em discussão, ainda é relegado a último plano. Isso porque a cultura que se construiu ao longo da história brasileira trata a pessoa humana que envelhece como um ser indesejável e inútil na sociedade capitalista.

Este processo discriminatório é claramente retratado quando as dificuldades culturais, econômicas e sociais vão surgindo, promovendo o descarte do que para o outro não há mais utilidade, quer seja, nesta situação, o idoso. As famílias ao sentirem dificuldades econômicas, temporais para executar o cuidar, de convivência, priorizam suas necessidades pessoais, culminando com o processo de institucionalização.

Nas diretrizes constitucionais a priorização ao idoso é determinada na seção II da lei nº 8.842 de 04 de Janeiro de 1994, quando em seu artigo 4º dispõe sobre a prioridade do atendimento ao idoso que deve ser considerada por suas próprias famílias em detrimento do atendimento asilar, excetuando-se as famílias que não têm condições de garantir sua própria sobrevivência (BRASIL, 1998).

Com base nesse argumento resgata-se o processo da institucionalização e o significado dessa nova realidade para mulheres que até então tinham outra condição de vida e para isso, foi preciso se envolver com as histórias de vida dessas idosas que fizeram parte do estudo.

Com o intuito de conhecer a história de vida dessas mulheres que experimentam o viver institucionalizado como parte integrante de uma nova fase de suas vidas, o método escolhido para a coleta de dados está determinado pela história oral, a qual traz à tona a realidade de uma história viva, onde é enfatizada a história de tempo presente.

A história oral, como método de pesquisa, tem ocupado espaço significativo na atualidade por permitir conhecer diferentes aspectos de vida na sociedade, podendo esclarecer muitas questões do cotidiano. Esse é um método que vem sendo adotado em diferentes países, principalmente na Inglaterra e Estados Unidos, mas que foi difundido e se tornou respeitado em todo o mundo.

Assim, ao buscar conhecer a história de vida das mulheres idosas moradoras de uma instituição de longa permanência, houve aproximação das condições de vida e saúde dessas mulheres nesse ambiente, entendida numa perspectiva que permite associar essas condições ao contexto em que essas mulheres encontram-se inseridas e as suas influências.

A história oral, por permitir ouvir segmentos que estão dispostos a contar sobre os aspectos de sua vida dentro de um contexto social, apresenta características que a diferencia de muitos outros métodos de pesquisa, por fornecer ao entrevistado o papel de colaborador, com participação ativa no desenvolvimento do projeto, permitindo uma melhor interação entre entrevistador-colaborador e demonstrando o quanto cada indivíduo é importante no contexto social, independente de sua classe social (MEIHY, 1998).

Inserido na modalidade História Oral de Vida com abordagem qualitativa, foi realizado em uma instituição de longa permanência localizada na região metropolitana, Estado da Paraíba. Essa Associação foi criada em 1970, com o objetivo de abrigar idosos carentes de ambos os sexos, tendo em vista a grande necessidade da época, contando no momento da pesquisa com um quantitativo de idosos

institucionalizados de quarenta e sete idosos, sendo 24 homens e 18 mulheres, o que corresponde à quantidade de leitos existentes naquele local.

É coordenado por um conselho deliberativo, o qual tem seus representantes escolhidos por uma eleição bienal, além destes é constituído por outras pessoas, na época da coleta, dois médicos (um oriundo da Secretaria de Saúde do Município e o outro, voluntário) uma administradora e duas cozinheiras.

A manutenção desses idosos se dá a partir do custeio do Estado e prefeitura e das aposentadorias dos idosos. Contudo a maior ajuda de custo advém de doações da população.

Na instituição, a administradora, após contato anterior e documentação de acesso, indicou uma das moradoras, relatando que aquela *gostava muito de conversar*. À medida que a conversa fluía, houve compreensão de como se vive naquela instituição.

A primeira depoente foi denominada de “Branca” e a partir desta vieram as demais colaboradoras, sendo “Verde” indicada por ser uma pessoa introspectiva e que, segundo “Branca”, um diálogo talvez lhe fizesse bem; as outras “Azul” e “Amarela” ao saberem da pesquisa se propuseram a participar.

Foram utilizadas cores para referenciar as mulheres entrevistadas por solicitação delas, tendo em vista que havia o compromisso de não citar nomes por questões éticas. Afinal o relato de suas vidas envolvia não só as suas histórias, mas também a vida de outras pessoas que de certa maneira faziam parte de seus relatos. O diferencial quanto às cores referidas surgiu a partir da observação quanto à preferência de uma das colaboradoras pela cor verde; e quando essa cor foi citada, fluiu a ideia, por parte de “Branca” de se utilizar as cores da bandeira brasileira, já que o relato seria da vida de mulheres brasileiras que hoje vivem em um mesmo contexto, mas que traçaram caminhos bastante variados.

Diante da ideia de utilizar as cores da nacionalidade brasileira para identificar as colaboradoras do estudo, surgiu iniciativa de utilizar gravuras que demonstrassem o uso dessas cores na bandeira brasileira. Sendo assim, na janela de cada narrativa foi colocada a cor escolhida relacionada à figura geométrica contida na bandeira do Brasil.

Orientada pelo projeto de história oral, baseado nos pressupostos de Meihy (1998) foi definida a condução do trabalho de campo, a partir da formação da colônia do estudo. Nesta pesquisa a colônia foi constituída por mulheres idosas integrantes da referida instituição. É importante ressaltar que a colônia é determinada pela necessidade de estabelecer padrões gerais para delimitar a comunidade de destino, ou seja, a partir dos dados preponderantes que ligam a trajetória das pessoas (MEIHY, 1996).

Para estabelecer parâmetros quanto às pessoas que poderiam ser colaboradoras, foi realizada uma subdivisão da colônia, denominada de rede, por não ser possível trabalhar com a narrativa de todas as moradoras da instituição. Na formação da rede, os próprios colaboradores indicam outros membros para serem entrevistados, criando uma comunidade de argumentos (GATTAZ, 1996).

De acordo com Verena (1996), na escolha do entrevistado não se pode desconsiderar a possibilidade de entrevistá-los, a ocorrência de impedimentos quanto à participação do depoente, os objetivos da pesquisa, a abordagem qualitativa que acompanha a decisão pelo emprego da história oral, e o conhecimento prévio dos objetivos do estudo. Desse modo para participar da pesquisa foram considerados interesse da colaboradora pelo estudo, nível de orientação, consentimento para gravação da entrevista, autorização por escrito, para utilização e divulgação do texto final, decorrente da narrativa, como preconizado pelo Conselho Nacional, atualmente pela portaria 510/16 (Brasil/Ministério da Saúde, 2016).

Para tanto, a história de vida da colaboradora, foi guiada pelas perguntas de corte: A senhora poderia falar sobre a história de

sua vida? Como tem sido a vida no asilo? Como a senhora se encontra de saúde?

Devido à dificuldade em se estabelecer prioridades para iniciar a rede, Meihy (1996, p.30) propõe que se defina a primeira entrevista como ponto zero, e conceitua:

Entende-se por ponto zero um depoente que conheça a história do grupo ou com quem se quer fazer a entrevista central. Deve-se, depois de tomar ciência do que é escrito sobre o caso, fazer uma ou mais entrevistas em profundidade com esta pessoa que é depositária da história grupal ou referência para a história de outros parceiros.

A princípio pensou-se identificar a entrevistada que representasse o ponto zero, entre as moradoras mais antigas que se encontram na instituição desde a sua implantação, porém isso não foi possível, tendo em vista que se trata de pessoas idosas e estas por sua vez, à medida que os anos passam, já não apresentam a capacidade de memória que possuíam anteriormente.

Portanto, a entrevista considerada como ponto “zero”, foi determinado mediante a indicação da colaboradora, pela administradora da instituição como já relatado. E essa escolha deu-se por contatos pessoais prévios, através de visitas informais para que a mesma conseguisse historiar melhor a experiência de sua vida. Para Loureiro (1998), cada colaboradora é livre para discorrer sobre os aspectos que escolheu para perpetuar-se na história de sua vida.

Para construir o documento oral, diversas fases do processo foram utilizadas, as quais são: entrevista, transcrição, textualização e transcrição. Para a realização das entrevistas se fez necessário buscar um clima de solidariedade, receptividade, acolhimento, confiabilidade e respeito pela colaboradora e sua história. Sendo reafirmado durante todo o processo que nenhum material seria divulgado sem a sua conferência.

À medida que a conversa com cada colaboradora acontecia, o interesse pelas histórias prosseguia. Sobre a veracidade destes relatos Dias (2002), afirma que “é preciso respeitar a construção da narrativa do colaborador”.

Loureiro (1998, p. 72), ao se referir à questão da veracidade afirma, que a verdade do narrador não é relevante porque o importante está no que é lembrado, no que foi escolhido para perpetuar-se na história de sua vida.

**A fase de entrevista** é constituída por três etapas, a pré-entrevista, entrevista propriamente dita e a pós-entrevista. A etapa de pré-entrevista equivale ao momento em que está sendo realizada a preparação para a entrevista propriamente dita. Nessa fase se dá a apresentação de maneira clara e simples do projeto e seus objetivos, sendo dada todas as informações necessárias ao esclarecimento e participação da colaboradora. A entrevista deve ser realizada de acordo com a conveniência do entrevistado e de acordo com Dias (2002, p. 47), caracteriza-se por ser um processo de relação interpessoal onde ocorre o encontro entre a subjetividade do pesquisador e a do colaborador (intersubjetividade). A pós-entrevista deverá existir para que haja a manutenção do vínculo, podendo se dar por meio de telefonemas e/ou cartas de agradecimento. Esse momento é de fundamental importância para a relação que se estabelece entre pesquisadora e colaboradora, pois disso depende a conferência e as possíveis negociações do texto final.

A transcrição é o momento da transferência do relato verbal para o escrito, podendo ser da maneira tal qual foi dita, ou seja com a linguagem utilizada pelo depoente, ou de forma trabalhada pelo autor. Segundo Meihy (1996), o que deve vir a público é um texto trabalhado em que a interferência do autor seja clara, dirigida à melhoria do texto, ou seja, de fácil leitura e envolvimento. Sendo retirados os excessos de vícios de linguagem com por exemplo, *né, tá, viu, eita*, entre outros.

Não se afirma aqui que os vícios de linguagem, as concordâncias mal definidas e a repetitividade sejam desnecessárias na história oral, e sim que esse excesso pode promover uma leitura desconfortável. Sobre isso Meihy (1996), afirma que é preciso que o leitor se inteire da forma de linguagem do depoente e por isso não pode haver excesso de palavras repetidas, nem vícios de linguagem.

Em seguida à transcrição foi realizada a textualização, que é uma etapa onde são suprimidas todas as perguntas e determinadas as palavras que vão evidenciar a incidência das ênfases dadas aos temas centrais, às expressões fortes da narrativa. Após repetidas leituras do texto foram grifadas as palavras ou frases fortes. Com isto inicia-se a identificação do tom vital, o qual é utilizado como um “ponto orientador” para a organização da transcrição, uma vez que esta parte de uma citação do colaborador seja apenas uma palavra ou um conjunto destas que servem para organizar cronologicamente e promover uma lógica em suas narrativas.

Após o término da textualização foi realizada a transcrição, sendo esta uma etapa onde é desenvolvida a recriação do texto com interferência do autor e com a concordância da colaboradora. Para Meihy (1996), há interferência do autor no texto e este poderá ser refeito várias vezes, obedecendo a acordos negociados.

Depois de realizar todas essas etapas, seguiu-se a conferência dos textos que segundo Meihy (1996), é o momento em que o autor entrega a versão para ser autorizada, havendo um preparo para eventuais negociações. Nesse estudo a conferência do material produzido ocorreu sem dificuldades e em um clima de alegria e satisfação.

A análise das entrevistas foi realizada após várias leituras, guiada pelo “tom vital”, por palavras chaves e expressões mais marcantes da vida dessas mulheres. De acordo com Loureiro (1998), adotando “tom vital” é possível desenvolver uma aproximação conceitual entre o referencial teórico, as narradoras, o público, e a pesquisadora.

Nesta construção dos contos considerados e valorizados pelo idoso e do analisado pelo pesquisador, a realidade do vivido é construída a partir de inúmeras experiências com significados algumas vezes positivos e outras negativos.

Para lidar melhor com as experiências o ser humano desenvolve uma capacidade de receptividade mais sensível, ou seja, ele tenta de diversas maneiras conviver com as várias situações, mesmo não concordando com elas, como também tenta se envolver com os avanços da vida moderna, onde o tempo se apresenta com um outro significado, muitas vezes, com valor utilitário. Assim, “falta” tempo para as pessoas se olharem, conversarem e procurarem entender ou simplesmente ver o outro.

Segundo Moreira (1996), os idosos podem ser de certa maneira, atingidos pelo ritmo de modernidade, ou seja, o ser humano não é reconhecido em sua complexidade que demandam a consideração de suas necessidades e anseios.

Esse fato é claramente retratado nas falas de nossas colaboradoras, “Azul”, “Amarela” e “Branca”, quando estas na lembrança da convivência familiar como idosas, descrevem com muita ênfase a tentativa de viver e ser parte integrante da família nuclear.

... é verdade que foi eu que disse que queria morar aqui... eu que escolhi... mas, eu só escolhi porque eu sentia que tava demais na casa da minha filha, eu digo da minha filha porque eu não me sentia mais na minha casa... as visitas eram dela e do marido dela... eu me sentia triste. Sabe quando a gente acha que num tá agradando? (Azul).

... tudo que eu queria era só eu pagar pra uma pessoa que morava lá perto que ela fazia, num era caro não, eu dava uns trocados a ela ou então eu pedia um favor aqui outro ali, aos vizinhos mesmo. Sem incomodar muito, porque eu fazia de tudo pra não incomodar ninguém (Amarela).

... Comecei a pensar sozinha na possibilidade de vir morar numa instituição dessas. Falei pra ela sobre a minha vontade... Eu me decidi por um asilo porque na casa da minha filha era ótimo. Minha filha é uma ótima pessoa, mas têm o marido, os filhos; dos quais eu gosto muito, só que eles precisam ter a liberdade deles... Os comentários eram sempre os mesmos... seu tempo já passou, a senhora não sabe de nada, não sabe o que tá dizendo, lá vem a senhora com as suas ideias... ... (Branca).

Constata-se que para essas mulheres viver em família fez parte de seus planos para o envelhecimento. Porém o alcance desse planejamento foi prejudicado pelas próprias condições limitantes inerentes ao processo de viver. Sendo então a família a instituição responsável pela formação de um ser, onde as pessoas tentam de diversas maneiras se adaptarem umas às outras para conviver. Tal convivência é claramente marcada quando se encontra na fase de envelhecimento, como é possível constatar nos depoimentos já analisados das colaboradoras.

Segundo Filizzola (1973), a família utiliza vários meios para forçar seus integrantes a aceitar normas e padrões tradicionais como também sugestões, persuasões, restrições e coação moral, principalmente na velhice.

Santanna (1994), declara que o velho é um ser social com suas reivindicações e seu peso quantitativo entre a população. Todas essas reivindicações e todo o “peso” constituído, advém de anos inseridos em uma família-comunidade-sociedade, não sendo um contexto do envelhecimento, mas de toda a vida.

Para Siqueira (1997), a velhice é um estágio onde pode haver bem estar social, pois este último compreende as condições primárias e secundárias da vida de uma pessoa, as quais segundo Kawamoto; Santos; Matos (1995), são: habitação, lazer, emprego, alimentação, religião, valorização, entre outras.

Diante de todas essas diferenças de significados da vida e do envelhecer dessas mulheres convém refletir sobre a institucionalização a partir do tom vital e da história de vida de “amarela”, que diz: “... Eu tenho uma vida que arranjaram prá mim.”

A ausência na participação da escolha pela institucionalização, está na realidade entrando em uma nova fase que compreende o seu viver, pois a sua condição de idosa corroborando com a perda de sua cidadania e do seu poder de decidir sobre sua própria história de vida, ou seja, não é mais sujeito e sim objeto de manipulação para atender interesses de outros.

Exercer a cidadania não é tarefa fácil, porque não depende de um ser em especial, mas de uma coletividade que compõe a sociedade, e, para que essa atividade aconteça tanto o Estado deve atuar junto aos seus cidadãos, como os membros da sociedade devem reconhecer os direitos de outros cidadãos. Diante de tanta dificuldade e de um caminhar muitas vezes solitário, o ser idoso exime-se do poder de decisão e se posiciona aceitando as vontades alheias.

Com “Verde”, “Azul” e “Branca” o desrespeito acontece com um desfecho semelhante à “amarela”. Porém, a partir de um processo diferenciado, tendo em vista que as três primeiras “optaram” pela institucionalização. Contudo, essa decisão aconteceu por não se sentirem mais, membros de suas próprias famílias. Por perceberem que a sua realidade já não era mais aquela.

A ação de desrespeito não ocorre porque a pessoa idosa encontra-se inserida em um contexto asilar, e sim, por todas as relações que levaram os idosos a vivenciar esse novo cenário de vida.

Construir um novo caminhar já na velhice é tarefa difícil, tendo em vista que fatores sociais, físicos e financeiros determinam o homem, e também porque a instituição de longa permanência para a grande maioria das pessoas nunca fez parte dos planos para o seu futuro.

Para Kuhn (1990), o que o homem vê depende do que ele olha e daquilo que a experiência visual-conceitual prévia ensinou-o a ver. Portanto raramente essa visão, que é formada pelas “pré-visões” faz as pessoas verem uma instituição como o lugar ideal para viver a velhice.

Como tema marcante surge o sentimento de saudade o qual aparece no relato das colaboradoras: “Azul”, “Amarela” e “Branca”.

... eu morava com o meu pai e a minha mãe lá na minha cidade...eu tenho muita saudade... (Azul).

... eu gosto muito da minha casinha, eu queria poder ir lá um dia...(Amarela).

... eu tenho saudades do meu neto, ele não mora mais aqui..(Branca).

Muitos sentimentos se sobrepõem às repercussões na vida da pessoa idosa, não só no contexto da saudade, mas também no sentimento de solidão, angústia, decepção e tristeza que permeiam os depoimentos dessas mulheres.

... Foi muito triste chegar aqui assim... tenho muita mágoa (Amarela).

... A solidão que eu sinto é outra, é de um amor também, mas é do amor da minha família (azul).

... Na minha vida de mocinha... comecei a namorar um rapaz... foi muita decepção (verde).

Estes sentimentos, segundo Caldas (1998), quando bem trabalhados, promovem um envelhecer mais saudável, e para viver bem a velhice é preciso, entre outros fatores, trabalhar melhor as atitudes negativas e realizar uma leitura da própria vida baseada não só nas conquistas e convicções, mas também no universo real das experiências.

Porém, segundo a autora, não é uma prática comum pensar a própria velhice e por isso as pessoas muitas vezes não conseguem viver bem com elas mesmas e com o meio social no qual estão inseridas. Além do que, em um país subdesenvolvido como o nosso, são

grandes as desigualdades, e a velhice pode apresentar vivências que vão da plenitude à decadência, da satisfação e prazer à miséria e ao abandono (CALDAS, 1998).

O abandono é uma experiência que determina diversas consequências, podendo gerar danos fisiológicos e psicossociais. Para Roizen (1999), os apoios sociais intensificam-se até aos 50 anos de idade, depois sutilmente modificam-se as relações com os vizinhos, amigos, a independência dos filhos, a aposentadoria. Aos 60 anos alguns idosos se vem na “síndrome do ninho vazio”, ou, seja em uma situação de ausência de vivência de relações sociais, tanto em casa quanto na “rua”. Para enfrentar essa nova experiência, o idoso, e principalmente as mulheres idosas, tendem em grande número, buscar envolvimento social, como voluntárias, em grupos sociais ou em igrejas, numa perspectiva de desenvolver uma relação de reciprocidade com a sociedade na medida em que a troca pressupõe a aceitação da velhice.

Numa outra temática, o que emergiu dos relatos dessas colaboradoras é a relação dessas mulheres com a religião, a qual é evidenciada a partir das seguintes palavras expressas por “Azul”, baseada nas palavras de São João (SJ 11, 40): “Se creres, verás a glória de Deus! E eu creio sim que a minha vida nunca vai ficar ruim.”

Com estas palavras “azul” demonstra a fé no criador e a firmeza em acreditar que a vida pode e vai continuar sendo regada por momentos de felicidade e harmonia até o momento em que Deus quiser.

Para Minayo (1998), a religião tem forte influência no que diz respeito à vontade do criador, principalmente quando as pessoas estão passando por situações que lhes causam estresse, desvalores, e experiências negativas.

Em relação às colaboradoras do estudo, duas delas são praticantes do Catolicismo (Amarela e Verde), uma do Protestantismo (Azul) e uma outra se diz simpatizante do Espiritismo (Branca).

A religião faz parte de uma devoção, de um sentimento inerente à pessoa humana, com a finalidade de libertar o ser das contingências imediatas e induzi-lo à comunhão estreita com o senhor supremo, ou seja, com Deus (GARCIA, 2000).

Essa relação com o poder divino também é encontrada na fala de “Amarela” quando relata: *“No começo fiquei muito decepcionada com a vida, mas depois fui vivendo porque eu sempre pensei que as coisas só acontecem porque Deus quer que elas aconteçam”*.

Nesse contexto é perceptível que à medida que os anos foram passando, “Amarela” foi demonstrando uma forte tendência ao conformismo, apegando-se cada vez mais intensamente a sua fé no criador, acreditando que, de acordo com o ditado popular, nada acontece por acaso e que Deus tem um plano para a vida de todos, ou seja para esta colaboradora a convicção na fé cristã lhe permite compreender suas necessidades em encontrar respostas para acontecimentos de sua vida. Branca também demonstra essa fé quando afirma:

... E assim vou levando a vida com esperança e também com fé, e como diz aquele menino, o Herbert Viana: ... A arte de viver da fé só não se sabe fé em que...! (VIANA, 1987).

... Mas quem sabe o cronológico de cada um? Ninguém, só Deus.

Independente da religião essas colaboradoras acreditam em um poder superior que mantém sua esperança na prática da fé, consolo e fortaleza para vencer os obstáculos que se colocaram em sua trajetória de vida e os princípios de religiosidade para estas mulheres são fatores determinantes no processo de entender e aceitar os acontecimentos vivenciados antes e após o envelhecer.

Com a realidade da institucionalização, os idosos buscam na fé uma razão forte o suficiente para suportar o afastamento familiar. Essa fé ajuda a encarar o processo saúde-doença, bem como sua re-

lação com o afastamento da família. Todavia, a solidão, a frustração de não ter escolhido aquele lugar para viver certamente afetou no mínimo a sua saúde mental, como podemos constatar nos depoimentos que prosseguem:

... Olha! A minha separação dos meus familiares não interfere na minha saúde não porque eu aqui estou melhor... (Verde).

Eu não posso dizer que a separação de meus familiares afetou a minha saúde porque eles nunca foram muito presentes mesmo. Mas, o que eu posso dizer é que eu fiquei triste com eles, principalmente com a minha filha que fez isso comigo... eu tenho uma vida que arranjaram prá mim (Amarela).

Não digo que comecei a ficar doente depois da separação de meus familiares não porque como eu disse a você, doença é coisa de velho mesmo; então num dava pra envelhecer sem aparecer nada não" (Azul).

Eu não sinto falta da minha família porque eles sempre vêm... (Branca).

Obviamente um dos fatores que podem contribuir para um estado de equilíbrio do ser idoso, é o envolvimento afetivo no contexto familiar. No entanto, existe uma enorme dificuldade dos familiares em lidar com essa fase do processo de vida que é o envelhecer, e isso acontece porque de acordo com Birman (1994), a coletividade da memória tem uma forte tendência à não se espelhar nos valores mostrados pela ancestralidade.

Além do mais, devido a uma alteração progressiva e abrupta nos valores sociais e tecnológicos, há um distanciamento cada vez maior por parte dos jovens frente aos idosos, como também o afastamento do universo familiar que geralmente se acentua pela longevidade feminina, como no processo da viuvez ou mesmo na perda de amigos e/ou familiares que tendem a estreitar a capacidade de relações sociais (CALDAS, 1998).

De acordo com Mota (1990), na convivência familiar é bastante comum a falta de assunto favorecida muitas vezes pela mobilidade sócio-cultural que distancia os mais jovens de seus ascendentes.

Além do mais, com as reduções progressivas da idade e o surgimento de patologias os idosos passam a não ter a capacidade de comunicação eficiente e a independência que tinha anteriormente.

Smeltzer e Bare (1999), ressaltam que embora muitos idosos se considerem em boa saúde, 4 entre 5 sofrem de doença crônica, gerando dificuldades para o dia a dia. E como já foi relatado, o surgimento de patologias pode ser percebido no envelhecer, pois segundo Chaimowicz (1998), indivíduos idosos podem ser portadores de múltiplos problemas coexistentes, sendo os problemas crônico-degenerativos e os transtornos afetivos os mais presentes como característicos do estado patológico.

O envelhecer saudável depende de inúmeros fatores relacionados ao nosso viver ao longo dos anos. Segundo Vilela (1996), a saúde é um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais interdependentes de saúde, ou seja, é experiência de bem estar resultante de um equilíbrio dinâmico, envolvendo os aspectos: físico e psicológico do organismo e suas interações com o ambiente natural e social. Para estas colaboradoras, a saúde com o envelhecer e com a posterior mudança no âmbito de moradia apresentou-se da seguinte maneira:

... sem falar nos meus nervos que ficaram muito melhor, o problema é só a solidão...(Verde).

... meus nervos melhoraram, é melhoraram... a saúde aqui é outra, a vida aqui é outra. Quando eu tava na minha cidade eu tinha uma saúde muito ruim, lá eu vivia muito nervosa, os meus nervos eram abalados, as minhas carnes tremiam, o meu coração batia bem forte. Aqui não, como eu falei a vida é outra! Esse lugar traz uma paz interior. (Verde).

... eu já sentia tudo isso, e sei que é por causa da idade. Velho é velho, num tem pra onde correr não. (Amarela).

... sou muito doente... (acesso de tosse), eu tenho pressão alta e problema no coração. Quando eu tava na minha casa os doutor iam me visitar e viam minha pressão e também me davam o remédio. Aqui também tem o doutor que vem de vez em quando, quando a gente precisa. Eu gostava muito de ir ao hospital porque lá eles tinham muita atenção.

... A minha saúde não é a mesma porque me sinto cansada, sempre tive esse puxado que sempre me incomodou e agora é que me incomoda mesmo... e pra andar é que é difícil porque eu num ando mais, só me arrasto e ainda mais com esse braço cansado, tenho esse lado direito meio dormente... mas todo velho tem uma doença. (Azul).

... a minha saúde física continua a mesma, graças a Deus sem nenhum problema até então, apenas a questão de eu não poder andar, mas hoje já não tenho isso como um problema porque posso andar tranquilamente pra onde eu bem quero nessa cadeira de rodas. Claro que é como eu te falei! Antes isso me incomodava, mas hoje já não me incomoda. Quanto a minha saúde mental, essa sim teve uma mudança imensa porque aqui eu posso te dizer com toda a sinceridade que sem dúvida alguma melhorou, e melhorou muito"! (Branca).

Na realidade, a saúde de nossa população idosa passa por um fenômeno que muitos geriatras denominam de "o fenômeno do iceberg". Este processo é denominado de fragilidade porque ocorre redução da reserva dos sistemas fisiológicos, determinados pelo efeito combinado do envelhecimento biológico, condições crônicas e abusos ou desusos do estilo de vida. (CHAIMOWICZ, 1998).

Assim nessa fase da vida a morte parece surgir como episódio mais frequente e significativo, já que essas mulheres têm se deparado com inúmeras perdas, caracterizadas pela perda dos pais, companheiro, amigos, filhos e, em alguns casos, dos netos.

Essas perdas privam os idosos de uma parte de suas vidas que está totalmente ligada a eles (BEAUVIOR, 1990). E na instituição

esta caracterização está muito evidente, porque o processo de morte é algo muito frequente por lá. Porém, se determina pela perda de pessoas que passaram a fazer parte de suas vidas já na velhice, ou seja não havia vínculo anterior com estas pessoas e o tempo deste vínculo é determinado pelo tempo de convivência no asilo. Contudo, não há relevância porque às vezes os laços afetivos com pessoas que acaba de conhecer, é estabelecido, e isso pode ocorrer em qualquer fase da vida e em qualquer ambiente.

A morte na vida de uma pessoa idosa é uma ocorrência muitas vezes frequente e estas mulheres já não sentem mais este processo como em épocas atrás, tendo em vista que vem a morte como um fenômeno natural, ao qual ninguém pode evitar, ainda mais na velhice. Esta caracterização quanto à morte é vista na fala de “Branca” quando diz:

O único problema daqui é que quando morre um, é uma agonia, fica todo mundo aí chorando, se abalando, gritando... e sinceramente eu não vejo porque. Todo mundo sabe que temos que morrer um dia, ainda mais na nossa idade. Um dia a vida aqui na terra acaba, pelo menos é o que a maioria de nós acredita; então porque é que vamos nos abalar? Agora se estivesse morrendo um jovem, seria outra coisa, eu com certeza teria outra reação.

Como se pode constatar, esta colaboradora sente a dor da perda de um jovem de forma mais dolorosa do que na fase idosa, por acreditar que o processo de morte é natural no envelhecimento, porém quando este ocorre ainda na juventude passa a ser considerado um fator preocupante e doloroso com difícil aceitação.

Para Beauvoir (1990), a perda de um jovem é a ruína súbita de todo um projeto; que torna vã a esperança nele depositada. E para Rossin (1999), é como ver desmoronar um castelo de esperanças e ilusões.

O viver institucionalizado para estas colaboradoras, parte do princípio de que viver no abrigo é um meio social que promove a felicidade e o bem-estar psicossocial, pois neste contexto, segundo

as idosas, é permitido viver um bem estar amplo, com respeito às suas aspirações, individualidade e sobretudo opiniões adversas. A soma destes fatores permite um equilíbrio emocional, e este por sua vez, promove a saúde, sendo assim as mudanças sazonais e o desequilíbrio emocional que existia no âmbito familiar são postos de lado e ocorre uma adaptação do indivíduo ao meio no qual está inserido com a promoção de uma vida melhor (VILELA, 1996).

Há confirmação de uma sensação de certo bem-estar por parte das falas dessas colaboradoras quando estas afirmam que:

Viver aqui, pra mim é como eu te falei inicialmente, é viver no lar dos sobreviventes da vida, isso porque a gente sabe que o mundo por aí a fora tá na maior confusão... (Branca).

A minha vida aqui é boa, pelo menos tá melhor do que na minha casa depois que meu marido morreu... (Azul).  
Aqui é bom, tenho uma vida normal, tenho pessoas que eu sei que gostam de mim... Faço o que eu gosto sem problema nenhum... Tem dia que converso é muito com o povo que vem aqui. (Amarela).

... Aqui é o meu lugar, aqui eu me sinto bem melhor do que se eu não estivesse aqui, e é nesse lugar que eu vou viver toda a minha vida. (Verde).

A instituição de longa permanência funciona muitas vezes como um local onde a sociedade “despeja” seus velhos quando estes já não lhes são mais úteis, como “destroços” em um “ferro velho” Martins (1997) e para Fernandes (2003, p. 88), “a institucionalização do idoso consiste em retirá-lo do meio familiar e comunitário para colocá-lo em estabelecimento de caráter asilar que, apesar de satisfazer, de algum modo, determinadas necessidades básicas do idoso, promovem seu desengajamento social”.

Porém, sob o olhar dessas idosas, a institucionalização funcionou como seu único refúgio, em busca de uma vida mais tranquila, e que mesmo tendo este refúgio sido imposto por terceiros, como

é o caso de “Amarela”, a vivência nesse lugar pode proporcionar uma vida menos turbulenta.

Quando “Branca” afirma: “Bem vinda ao lar dos sobreviventes da vida”, demonstra claramente sua percepção quanto a ter “sobrevivido” aos inúmeros acontecimentos de sua vida fora da instituição, e estar lá juntamente com outras pessoas a permite ver a si e os outros ao seu redor como pessoas que conseguiram resistir aos impactos sociais e culturais. Para Veras (1994, p.25), “os idosos brasileiros são aqueles que conseguiram sobreviver às condições adversas”.

Nas palavras de “Branca” a esperança de uma vida melhor é claramente esperada. E esta tenta envolver quem a escuta, na ideia de que para viver basta apenas ter esperança, que a partir desta será possível atingir vida estável dentro das necessidades de vida de cada um.

... o povo diz assim: Quanto há vida, há esperança, eu não concordo porque eu prefiro usar esta frase da seguinte maneira: quanto há esperança há vida.

A vida se constitui sobre uma complexidade intensa, e toda esta corrobora para os altos e baixos ocorridos ao longo de todo processo de viver. As falas dessas mulheres trazem o quanto viver é realmente algo simples, porém sofrido, complicado, porém prazeroso. Enfim percebe-se a partir desses depoimentos o quanto viver é sonhar, e sempre se escuta que “Deus te dê muitos anos de vida”. Na verdade é sempre o que se deseja: “muitos” anos de uma vida com saúde, liberdade e autonomia.

## ESPECIFICANDO OS DIFERENTES TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

O aumento da longevidade em países subdesenvolvidos, a exemplo do Brasil, faz do fenômeno envelhecimento uma questão de estudo atual, que merece uma reflexão aprofundada.

O envelhecimento demográfico iniciou-se durante o século XIX na Europa Ocidental e se tornou um fenômeno mundial durante o século XX. Sua ocorrência é explicada por fatores como: diminuição constante na taxa de natalidade pelo casamento tardio, mulheres informadas para contracepção e também profissionalmente ativas; além de aumento na esperança de vida em virtude de melhores condições sociais e tecnológicas.

Pensou-se durante muito tempo que a “explosão demográfica da terceira idade” seria uma consequência direta do aumento da esperança de vida. Sabe-se hoje, no entanto, que o principal fator responsável por este fenômeno é o declínio da natalidade (NAZARETH, 1994).

No cenário brasileiro, só em meados dos anos 60 acentuou-se a transformação da pirâmide etária. No Brasil, embora as quedas da fecundidade e da mortalidade tenham começado nas primeiras décadas do século XX, somente a partir da segunda metade dos anos 60, com a redução mais intensa dos níveis de fecundidade, é que a estrutura etária brasileira principiou a modificar-se (HORTA, CARVALHO e FRIAS, 2000; GOLDANI, 2001).

Essa transformação tem explicação baseada nos estágios de transição demográfica e nas variáveis demográficas o que determina envelhecimento pelo topo ou pela base. Sobre isso Santana (2008) diz, durante a transição demográfica passa-se de um estágio em que os níveis de fecundidade e mortalidade são altos para outro em que fecundidade e mortalidade estão em níveis baixos.

Ao longo deste processo a proporção de pessoas idosas aumenta. No primeiro tipo de mudança, a fração da população jovem diminui sem que haja variação da população idosa de modo igual ou concomitante à ocorrida nas primeiras faixas etárias - envelhecimento pela base. Nele a principal variável demográfica responsável pelo envelhecimento é a fecundidade. O outro tipo de mudança é a queda dos níveis de mortalidade das pessoas que se encontram nesta faixa etária - envelhecimento pelo topo. Ele ocorre em populações

cujos níveis de fecundidade e mortalidade já são muito baixos e possibilidade de variação destes componentes, restringi-se à mortalidade e aos grupos etários mais velhos.

Segundo dados do IBGE, em 1960 a população jovem1 encontrava-se no ápice de sua curva, representando 43,2% da população, enquanto os idosos, em uma trajetória ascendente, 2,7A faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce em termos proporcionais. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra cinco vezes da população total, o que colocará o Brasil em termos absolutos com a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Este crescimento populacional é o mais acelerado no mundo e só comparável ao do México e Nigéria (BRASIL, 2017; SAÚDE EM MOVIMENTO, 2003).

Tal tendência resulta numa redução da superioridade da parcela de população mais jovem (com menos de 15 anos) comparativamente à mais idosa (com mais de 60 anos). Deste modo, o processo de envelhecimento demográfico brasileiro vem se alastrando por todas as regiões do país.

Discutindo o envelhecer, Veras (1997) questiona: uma pessoa é tão velha quanto as suas artérias, seu cérebro, seu coração, seu moral ou situação civil? Ou é o olhar das outras pessoas que classificam os seres humanos como velhos?

A velhice é marcada por uma fase de transição na qual ocorrem progressivas mudanças, tanto biológicas quanto psicossociais. Veras (1994, p.102), “descreve a velhice como a soma de vários processos distintos entre si, os quais envolvem uma diversidade de fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais.”

O ser humano envelhece através de um processo complexo que envolve questões físicas, subjetivas, sociais e metafísicas. Do ponto de vista biológico, as condições anátomo fisiológicas do indivíduo podem ser afetadas de maneira diferenciada, de acordo com

aspectos de sua singularidade e da coletividade em que vive. A biologia humana, através da carga genética em associação com outros fatores - recursos disponíveis, estilo de vida, meio ambiente vivenciado, poderá permitir uma velhice saudável ou doente.

Do ponto de vista da subjetividade, pode-se dizer que a sociedade brasileira privilegia valores como beleza do corpo, produtividade, dinamismo e virilidade, associados fortemente à ideia de juventude. O papel social do idoso, portanto, é um papel altamente desvalorizado.

No que diz respeito ao estado psicológico, para a maioria das pessoas, há uma enorme dificuldade em aceitar o curso natural do envelhecimento. Para muitos, é uma fase vivenciada com angústia, tornando as pessoas bastante vulneráveis ao “medo de envelhecer”. Observa-se também um intenso movimento que é determinado pela incansável necessidade de adiar ou tentar evitar esse processo por meio de iniciativas que objetivam a manutenção de uma aparência juvenil (MOREIRA e NOGUEIRA, 2008).

Questões como aposentadoria, mudança de papel social, diminuição de contatos sociais, perda do poder aquisitivo podem gerar uma intensa crise de identidade e causar (ou agravar) problemas de saúde física ou mental. (PAPALÉO NETTO, 2002).

O envelhecimento é investido de valores negativos, porque a sociedade é marcadamente individualista, narcísica, exibicionista e pouco solidária, tornando o velho, a velhice e o envelhecer algo indesejável e gerador de sofrimento. Enquanto a juventude é fortemente exaltada, a velhice é excluída e estigmatizada, basta ver que, numa sociedade capitalista, o velho perde seu poder como produtor de bens e riquezas e como consumidor e, conseqüentemente, perde seu valor social.

A velhice e o envelhecimento situam-se na contracorrente de uma sociedade centrada na produção, no rendimento e no dinamismo. No engendramento dessa exclusão está um sistema político e econômico que prioriza a força jovem no mercado de trabalho, des-

cartando aqueles considerados “velhos ou ultrapassados” (BOTELHO, 2007; PAVÃO, 2013).

No campo metafísico o envelhecimento é identificado pela espiritualidade que pode ajudar ou atrapalhar na vivência desse processo por estar atrelado a carga biopsicossocial e cultural que determina cada existência. Isso porque o idoso pode se sentir preparado ou não para viver a fase do envelhecimento ancorado nos conceitos dele sobre si mesmo. O pensar metafísico, conceitual, racional e lógico insinua que fragilidade e dúvida, diga-se de passagem originárias no ser humano, poderiam ser substituídas pela garantia da segurança e da estabilidade (SOBRAL, 2001).

O processo de envelhecimento visto em sua complexidade é, portanto, resultante de diversos fatores e não pode ser analisado desvinculado dos aspectos socioeconômicos e culturais, pois suas características extrapolam as evidentes alterações físicas e fisiológicas individuais (TORRES e SANTOS SÁ, 2008; THIBIERGE, 2015).

A violência vivida por essas mulheres apresenta seu foco não durante a institucionalização, mas nas situações que levaram a transformação no ambiente de moradia dessas entrevistadas.

Ao analisar essas falas, e, ao enfatizá-las alguns recortes emergem, e não foram analisados à princípio, quer seja, os aspectos que envolvem as situações de violência vividas por essas mulheres. Todavia neste momento, a aproximação com o tema, possibilitou discutir tal temática, e demonstrar o quanto pessoas que foram institucionalizadas em lares de longa permanência, apesar de apontar a institucionalização como opção, trazem em suas falas, uma violência revelada, através de ações ou de falta delas no convívio familiar.

Como exemplo destas, fazemos recorte de alguns trechos abaixo:

... é verdade que foi eu que disse que queria morar aqui... eu que escolhi... mas, eu só escolhi porque eu sentia que tava demais na casa da minha filha, eu digo

da minha filha porque eu não me sentia mais na minha casa... (Azul).

... deles... Os comentários eram sempre os mesmos... seu tempo já passou, a senhora não sabe de nada, não sabe o que tá dizendo, lá vem a senhora com as suas ideias...(Branca).

... Foi muito triste chegar aqui assim... tenho muita mágoa (Amarela).

... A solidão que eu sinto é outra, é de um amor também, mas é do amor da minha família (azul).

Mas, o que eu posso dizer é que eu fiquei triste com eles, principalmente com a minha filha que fez isso comigo... (Amarela).

Para estas mulheres o fenômeno de violência emerge no cotidiano em família e resulta na institucionalização em lares de longa permanência. Não se quer aqui dizer que ao ser institucionalizado o idoso, tem um descontinuo de suas vidas, mas que a maneira como estas mulheres foram levadas à mudança de moradia, é que demonstra o processo de estigmatização e o conceito de habitus implícitos nestas atitudes. As pessoas estigmatizadas cabem socialmente estratégias de esconder o que caracteriza a estigmatização porque para esses sujeitos os contatos sociais tendem a produzir insegurança no convívio social.

Compreendendo que a noção de habitus conceitualmente apresenta o somatório do que é apreendido na sociedade pelos indivíduos e moldado naturalmente, consideramos o que diz Bourdieu (1997), O *habitus* caracteriza-se por não resumir-se em uma aptidão natural, mas construída socialmente. Por essa razão variável através do tempo, do lugar e, sobretudo no que concerne a distribuições de poder, também é transferível para os domínios da prática, o que explica a coerência que se verifica, por exemplo, entre vários domínios de consumo - na música, desporto, alimentação e mobília, mas também de escolhas políticas e matrimoniais - no interior entre indivíduos da mesma classe e que fundamenta os estilos de vida (BOURDIEU, 1983); é durável, mas não estático ou eterno, as disposições são so-

cialmente montadas e podem ser corroídas, desmanteladas pela exposição a novas forças externas; é dotado de inércia incorporada, na medida em que o *habitus* tende a produzir práticas moldadas depois das estruturas sociais que os geraram, pois inclina-se a reproduzir as últimas experiências que constituíram a distribuição de poder .

Deste modo, o *habitus* resume-se como resultado das ações que agiram e continuam a agir diretamente e indiretamente sobre o sujeito, em seus hábitos, em suas ações, concepções, comportamentos no campo e nas formas de compreender e interagir com os outros e com o mundo (BERTOLLETI e AZEVEDO, 2009).

Assim ao entender como *habitus* funciona e também é construído e apreendido pelas pessoas (indivíduos), se consegue compreender de que maneira os sujeitos são envolvidos na sociedade, bem como, a relação existente entre indivíduo - determinantes - estruturas sociais.

É importante ressaltar ainda as dimensões do *habitus* (*ethos*, *eidos* e *hexis*), que de acordo com Bourdieu (1983), não podem ser vistas como instâncias separadas. O *ethos* é a dimensão ética que designa um conjunto sistemático de princípios práticos, não necessariamente conscientes, podendo ser considerado como uma ética prática. Opõe-se à ética que é constituída por um sistema coerente de princípios explicativos. Por conseguinte, o *habitus* desperta nos agentes, a necessidade de respeitar as normas e valores sociais, o que lhes possibilita uma convivência adequada às exigências da sociedade. O *eidos* é a dimensão que corresponde a um sistema de esquemas lógicos e cognitivos de classificação dos objetos do mundo social, portanto, leva o *habitus* a traduzir-se em estilos de vida, julgamentos morais e estéticos. A *hexis* é a dimensão que possibilita a internalização das consequências das práticas sociais e, também, a sua exteriorização corporal, através do modo de falar, gesticular, olhar e andar dos agentes sociais. Com tais dimensões, o *habitus* viabiliza-se

enquanto produto de uma situação concreta com a qual estabelece uma relação dialética, de onde se originam certas práticas sociais.

Fica assim explicitada de que maneiras componentes do *habitus* e sua articulação com os conceitos de campo social e de capital estão presentes na base da construção das identidades coletivas, tornando patente, as formas como um determinado grupo social enfrenta os desafios cotidianos (ALBUQUERQUE, 2005).

Nesse enfrentamento diário, sujeito em sociedade incorpora os elementos constituintes da realidade social e, a seu modo, exterioriza os conteúdos simbólicos interiorizados, compartilhando os traços de uma cultura comum que pode ser examinada através do conceito de *habitus*.

Ao tentar estabelecer relação entre o *habitus* e a violência na velhice, tem-se a noção de que o idoso, assim como todo sujeito, traz um conjunto de disposições implícitas, resultantes de aspectos incorporados durante sua trajetória social. Então no entendimento de tal relação precisamos atentar para o papel que cada um possui, de acordo com seus valores, práticas, saberes e ações internalizadas.

Bourdieu e Passeron (1975); Farinha (2013), indicam que as estruturas internalizadas são apropriadas pelos indivíduos, mediante uma série de fatores.

No caso da violência contra o idoso, percebe-se que os conceitos de campo e capital apresentados anteriormente cabem perfeitamente numa possível análise sociológica do fenômeno, visto que, a maioria dos atos violentos que ora é presenciado evidenciam uma relação direta com a decadência de valores (ou capitais) simbólicos e ou culturais em detrimento de um único capital, qual seja, o financeiro.

Em uma sociedade em que o consumo desenfreado e as relações interpessoais são apenas pela perspectiva econômica, os idosos são duramente estigmatizados como inativos, impotentes e depen-

dentos, fato este que produz uma prática e um discurso perverso por parte dos agressores que tentam, inutilmente justificar suas ações.

Segundo Bourdieu e Passeron (1975), o meio familiar consiste em um ambiente de grande concentração de valores e práticas, que são transmitidas diretamente ou indiretamente à aqueles que a ela estão ligados. E, é nesse meio inicialmente que há apropriação do *habitus* por parte de seus membros.

Portanto, sendo o *habitus* a soma dos fatores constituintes dos indivíduos, uma vez que ele resulta das experiências individuais, cabe ressaltar que cada sujeito possui, em sua formação, uma identidade própria, individualizada e socialmente construída. Desse modo, ao analisar a relação *habitus*/violência na velhice, considera-se o indivíduo em interação com os diferentes espaços sociais, ressaltando que o *habitus* pode ser apreendido sob a forma de capitais (linguístico, corporal, material, social e outros) como já fora dito anteriormente.

Para Domingos Sobrinho (2003), os diferentes *habitus* não existem em estado puro, mas enquanto síntese de outros *habitus* presentes nos indivíduos, como um resultado de suas pertencas a diversos grupos, ocorridas ao longo de suas trajetórias de vida.

Em relação aos estigmatizados, a sociedade reduz as oportunidades, esforços e movimentos, não atribui valor, impõe a perda da identidade social e determina uma imagem deteriorada, de acordo com o modelo que convém à sociedade (MELO, 2011). Para as pessoas que analisam os estigmatizados surge a dificuldade de não saber como reagir frente ao fator determinante de estigmatização porque estes se guiam pela diferença que determina uma leitura diferenciada dos indivíduos e de suas ações.

O diferente passa a assumir a categoria de “nocivo”, “incapaz”, fora do parâmetro que a sociedade toma como padrão. Ele fica à margem e passa a ter que dar

a resposta que a sociedade determina. O social, tenta conservar a imagem deteriorada com um esforço constante por manter a eficácia do simbólico e ocultar o que interessa, que é a manutenção do sistema de controle social (MELO, 2011, p.02).

Esse termo - *estigma*, entre os antigos gregos, era utilizado para determinar “sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou de mau acerca do estatuto moral de quem os apresentava”; tratava-se de marcas corporais, feitas com cortes ou com fogo, que identificavam de imediato um escravo ou um criminoso, por exemplo. Atualmente um indivíduo é estigmatizado quando o mesmo possui alguma característica de qualquer espécie que não caracterize o dito “normal” de acordo com o padrão social determinado para o indivíduo. É um conceito muito mais amplo que estigmatiza qualquer atributo que não atenda as expectativas da sociedade quanto a padronização de normalidade.

No discurso sociológico, o conceito de estigma assume quase sempre o significado que Goffman lhe atribuiu na obra *Stigma - Notes on the Management of Spoiled Identity*, de 1963 (FREHSE, 2008). Para Goffman existem três tipos de estigma, os quais são: deformações físicas (deficiências motoras, auditivas, visuais, desfigurações do rosto, entre outras), desvios de caráter (distúrbios mentais, vícios, toxicodependências, doenças associadas ao comportamento sexual, reclusão prisional, entre outras) e estigmas tribais (relacionados com a pertença a uma raça, nação ou religião).

Seja em qual situação for, há relação estabelecida entre os estigmatizados e os ditos “normais”, Isso porque segundo Cunha (2003), todos os ditos normais, de certa forma são estigmatizados ou, pelo menos, corremos o risco de se tornarem um deles.

Desta forma está também implícita a noção de que todos controlam de diversas formas a informação que se transmite aos outros, a imagem que é dada de si.

Para Cunha (2003) Goffman, insere-se num grupo de autores da Escola de Chicago, que escrevem partindo de uma perspectiva Interaccionista Simbólica, corrente que se opõe ao Funcionalismo de Parsons (análise do macro-social). O Interaccionismo Simbólico centra o seu estudo nos contextos face-a-face da vida social, na interação social presente na vida quotidiana que envolve a troca de símbolos?. Quando interagimos com outros, procuramos constantemente “pistas” sobre o tipo de comportamento apropriado ao contexto e sobre como interpretar o que os outros pretendem. Além do mais fica-se com a noção de que o autor nutria uma certa simpatia por pessoas estigmatizadas.

Reconhecemos que a estigmatização e a discriminação ligadas aos idosos estão fortemente associadas com a dificuldade de aceitação do diferente, as possíveis limitações/incapacidades do idoso e as perdas económicas para o estado, além do mais, as mudanças sociais, económicas e demográficas constituem desafios importantes para as pessoas idosas e questionam o seu papel na sociedade.

Além disso, as pessoas idosas são portadoras de um duplo fardo que justifica-se pela dificuldade que têm em aceitar a própria velhice e pela dificuldade de aceitação das outras pessoas a essa etapa da vida. O sujeito estigmatizado assume uma posição isolada da sociedade ou de si mesmo e passa a ser uma pessoa desacreditada. Em consequência, passa a não aceitar a si mesmo. O sujeito passa a ser o diferente, dentro de uma sociedade que exige a semelhança e não reconhece, na semelhança, as diferenças. Sem espaço, sem voz, sem papéis e sem função, não pode ser nomeado e passa a ser um “ninguém”, “um nada”, nas relações com o outro. Não pode ser o sujeito da ação (CUNHA, 2003).

Nas sociedades contemporâneas pratica-se a desvalorização mascarada da experiência e sabedoria dos mais velhos, como reflexo de uma crescente perda da tradição e dos valores morais. O status do idoso é fragilizado e os estigmas sobre a velhice se fortalecem trans-

formando o idoso num ser descartável. Quanto ao próprio idoso, por pressão do estigma, sente-se muitas vezes ultrapassado e desviado da normalidade, considerando que sua época já se foi e que neste momento, em virtude do envelhecimento, não serve para mais nada.

Para Tourain (1996, 12), citado por Debert (2004, p. 19), (...) Não se fala na velhice sem se falar na aposentadoria, na família, na doença, no estado, nos impostos (...) em quantidades de pessoas e massas de dinheiros impressionantes.

De acordo com Omote (2004), O desvio é um fenômeno social, construído para pôr em evidência o caráter negativo atribuído a determinadas qualidades de uma pessoa (atributos, comportamentos ou afiliação grupal), com base nas quais, esta é desacreditada e segregada. A pessoa que possui esse tipo de diferença é tratada como desviante (OMOTE, 1999).

A estigmatização do idoso constitui-se na negação social do direito à existência desse grupo, que é perpetrada pelo próprio idoso em relação a si mesmo e pela sociedade.

A discriminação aos velhos é o resultado dos valores típicos de uma sociedade de consumo e de mercantilização das relações sociais. O exagerado enaltecimento do jovem, do novo e do descartável além do descrédito sobre o saber adquirido com a experiência da vida são as inevitáveis consequências desses valores. Talvez, o estímulo ao convívio entre as gerações seja um caminho frutífero. Possivelmente a aproximação física e afetiva dos "normais" com o "diferente", no nosso caso o idoso, possam paulatinamente enfraquecer discriminações de todos os tipos. Assim esperamos e creio que com essa perspectiva devemos agir (FERRIGNO, 2002, p. 38).

Alguém que demonstra pertencer a uma categoria com atributos incomuns ou diferentes é estigmatizado, pouco aceito pelo grupo social, que não consegue lidar com o diferente e, em situações extremas, o converte em uma pessoa má e perigosa, que deixa de ser vista

como pessoa na sua totalidade, na sua capacidade de ação e transforma-se em um ser desprovido de potencialidades (MELO, 2011).

Ao nos apropriarmos da discussão: estigmatização na velhice, procuramos compreensão da natureza, das causas e das consequências dessa estigmatização e se há propostas políticas, programas e ações para combatê-la na tentativa de reduzir tal estigma e favorecer o envelhecimento positivo.

Como já discutimos são variadas as formas de violência a que o idoso está sujeito, e o que entendemos ao relacionar com estigma de Goffman, é que os lugares e os papéis não são definidos nas relações sociais, as histórias se mesclam e as funções são invertidas. Instaura-se a violência que, vivida na sua história particular, perpassa as fronteiras e vai perpetuar-se na história do sujeito.

A palavra “estigma” representa algo de mal, que deve ser evitado, uma ameaça à sociedade, isto é, uma identidade deteriorada por uma ação social. Ao praticar estigma, a sociedade limita e delimita a capacidade de ação de um sujeito estigmatizado, marca-o como desacreditado e determina os efeitos maléficos que pode representar. Quanto mais visível for a marca, menos possibilidade tem o sujeito de reverter, nas suas inter-relações, a imagem formada anteriormente pelo padrão social (MELO, 2011).

Ao examinarmos estas falas e os números apresentados inicialmente e que estão relacionados à violência neste país podemos discernir sobre a evolução das tendências tanto relacionada aos homicídios quanto aos suicídios. Não obstante o número de pessoas que sofrem atos violentos também cresce a cada dia nos mais variados grupos de pessoas.

Atualmente temos que 59% dos municípios do país registraram homicídios com dados correspondentes 52,9 vítimas juvenis. e eventos suicidas correspondentes a 5,1 em 2008. Dividindo a população em dois grandes grupos: os *jovens* – 15 a 24 anos – e os *não jovens* – 0 a 14 e 25 e mais anos – teremos no panorama *não jovem*, 9,9% do

total de óbitos atribuídos a causas externas e entre os jovens, as causas externas responsáveis por 73,6% das mortes (WAISELFIS, 2011).

Se antes da PNI os idosos eram vítimas ignoradas e ocultas em uma sociedade onde impera a valorização do jovem, atualmente os registros de atos violentos contra idosos têm apresentado elevado índice, o que pode estar sendo influenciado pela implantação da política e a consequente melhora da notificação.

Para o senso comum, “a violência está associada à ruptura da integridade física, psíquica, sexual ou moral da vítima (SAFFIOTI, 2004, p. 17).” A violência perpetrada contra idosos tem uma peculiaridade que corresponde à correlação existente e frequente entre:

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO/ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/ VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR.

A violência contra os mais velhos é denominada no documento da Organização Mundial da Saúde - OMS, pelo INPEA - International Network for the Prevention of Elder Abuse como um ou mais atos ou ausência de ações apropriadas que promovam dano ou omissão em relação aos idosos, assim como também o é na Política de Prevenção de Acidentes e Violência.

A violência contra o idoso pode ser estudada a partir das seguintes categorias (Krug; Dahlberg e Linda, 2002): abuso físico - inflicção de dor ou lesão, coação, física, ou domínio induzido pela força ou por drogas; abuso psicológico ou emocional - inflicção de angústia mental; abuso financeiro ou material - exploração ilegal ou imprópria, ou uso de fundos ou recursos do idoso; abuso sexual - contato sexual não consensual, de qualquer tipo, com o idoso; negligência - recusa ou falha em desempenhar a obrigação de cuidar do idoso. A negligência pode ou não envolver uma tentativa consciente ou intencional de infligir sofrimento físico ou emocional no idoso.

A epidemiologia utiliza indicadores com os quais é possível medir a magnitude das violências que ocorrem no cotidiano da vida, das instituições e do próprio estado. E para isso usa o conceito de “causas externas” que é preciso ser diferenciado da noção de violência (MINAYO e SOUZA, 2003, p. 225).

A relação saúde/violência foi posta como “causas externas” (OMS, 2000) de morbidade e mortalidade da Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e nesta estão incorporados eventos referentes às lesões, envenenamentos e efeitos adversos, que conforme Minayo (1994, 1997, 2005); Oliveira e Nunes (2008), é uma categoria muito reduzida para o estudo de um fenômeno tão complexo que é a violência, porque além de da amplitude, o que é desfavorável, também reúne efeitos sobre os indivíduos, não reunindo negligência e omissão de cuidados.

Segundo Minayo e Souza (2003) nos anos de 1980 a 2000 as causas externas representavam 3,5% da mortalidade geral, ocupando o sétimo lugar, e em 1980 apresentavam 3,5 da mortalidade na população acima de 60 anos, e em 2000 2,6% (p. 229). De acordo com dados do SIM/DATASUS, Brasil (2011), a violência por causas externas em 2010 é de 141.227 ocorrências, correspondendo a 54.843 casos na região sudeste.

A violência doméstica ocorre fora do espaço público acometendo assim, sempre as mesmas pessoas; no caso da pessoa idosa incide sobre esta, por comumente apresentarem um perfil mais recluso. Para Saffioti (2004), a violência doméstica ocorre numa relação afetiva, cuja ruptura demanda, via de regra, intervenção externa. E são estas intervenções que podem demonstrar o quanto o fenômeno da violência está presente na vida dessas pessoas e em muitos casos não é percebido, ou não é tratado, e quão possível é a prevenção e/ou o diagnóstico dessa situação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o processo da vida de um ser humano, diferentes experiências fazem parte desse vivido. Obviamente se concretiza uma trajetória que permite diferentes vivências. Porém, ao analisar a história de vida em especial dessas mulheres idosas institucionalizadas, vem à tona a soma das experiências e seus significados que fizeram parte dessas histórias e que refletem a realidade atual.

É nítido que, quando esta realidade passa por uma mudança de cenário e relações, com é o caso das colaboradoras deste estudo, poderá haver transformações culturais e psicossociais que interferiram no estado biológico do idoso.

Não se afirma que ao ser institucionalizado um idoso terá como regra a continuidade de uma vida em declínio, e sim, que a família tem forte influência no contexto de vida dessas mulheres, principalmente no que diz respeito à saúde mental, pois com o relato delas é possível evidenciar experiências significativas em relação ao afastamento dos familiares e com os conceitos de família que passam a ser outros.

Esses novos conceitos são originados no desrespeito da individualidade do idoso, na falta de consideração e na impossibilidade da autonomia que sempre foi exercida por elas.

Sentir-se ou não velho faz parte de uma interação biopsicossocial com o ambiente em que se vive, e se hoje é possível atingir o tão sonhado “muitos anos de vida”, é preciso vivê-los com qualidade, assim como acontece nas outras fases do ciclo.

Todo ser humano tem direito a uma vida de qualidade em todo o seu processo de viver, contudo outras possibilidades precisam surgir a partir de políticas de promoção e proteção da saúde para produzir a verdadeira idade, a qual é determinada pelo somatório de nossas atitudes e nosso comportamento social e cultural.

O processo de institucionalização poderá interferir no viver de uma pessoa idosa, porém este não é o fator determinante para que um idoso seja considerado saudável ou doente. Seu trajeto de vida é que deve ser considerado; suas experiências é que influem na contribuição de uma vida carregada de experiências significativas; sua capacidade de lidar com as perdas e com os ganhos ao longo dos anos com suas expectativas e seus anseios. Estes fatores podem isolada ou coletivamente intervir em uma vivência mais amena.

Contudo cabe a sociedade buscar políticas públicas capazes de proporcionar à população idosa e suas famílias condições dignas de viver o envelhecimento natural do ciclo vital com respeito, dignidade e conseqüentemente, saúde.

A “opção” do viver institucionalizado é algo que surge como uma possibilidade de estabelecer relações em que se possa trocar, aprimorar e dividir feitos e fatos. Pessoas idosas têm sonhos e anseios. Porém a sociedade não valoriza o potencial do ser idoso, e mais que isso não reconhece que indivíduos, independente de sua idade, são capazes de contribuir significativamente para o crescimento individual e coletivo do meio em que vivem e compartilhar suas experiências.

A discussão que apresenta este livro parte da necessidade de revelar situações de violência vividas por mulheres idosas que em muitas situações se encontram mascaradas pelo cuidado e “zelo de familiares”.

Este fenômeno que está presente no contexto familiar ao longo da história da humanidade foi revelado nas histórias de vida de mulheres participantes do estudo quando na realidade o foco de discussão não era este. Todavia, apesar de se buscar compreender a vida dessas mulheres e o que as levou a “optar” pela institucionalização revelou-se notadamente, o fenômeno da violência vivenciado em suas histórias.

Não se tem precisão do reconhecimento destas sobre tal fenômeno em suas vidas, mas constata-se que a existência de imposições de conduta, limitações na convivência, invasão da condição social, revelava o quanto essas mulheres se sentiam incomodadas com o fato vivido.

Outro aspecto marcante nesta discussão revela que essas mulheres, apesar dos maus tratos e de “serem levadas” a viverem em outro ambiente por questões pessoais e familiares, percebem o quanto a mudança de ambiente de moradia e o convívio harmônico neste novo cenário lhes fizeram bem durante a institucionalização.

Assim na discussão da violência na velhice, se reforça aqui, o que vem sendo dito há alguns anos por diversos pesquisadores sobre tal fenômeno, quer seja, este é um fenômeno de saúde pública, impactante, que precisa ser combatido por políticas públicas que protejam a pessoa idosa e que ao idoso cabe o valor, o respeito, e o real existir nas suas e nas vidas de outros em sociedade.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. M. B. de. **Aproximação epistemológica entre o conceito de habitus e a teoria das representações sociais: um caminho para apreender a identidade social do professor.** GT: Sociologia da Educação / N.º. 14, 2005.

ALVES, A. M. Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares. in: **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade** Anita Liberalesso Neri (Org.). São Paulo. Ed. Fundação Perseu Abramo. Edições SESC. 2007, 288p.

ARAÚJO, I., PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Escola Enfermagem USP**,45(4), 869-75. 2011.

ARAUJO, S. S. C. de et al . Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 203-216, Jun. 2006.

ARAUJO, L. F. de; LOBO FILHO, J. G. Análise psicossocial da violência contra idosos. **Psicol. Reflex. Crit**, Porto Alegre, v. 22, n. 1 p.203-16, jan/jun. 2009.

ASSIS, M. de et al . Avaliação do projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso: um estudo exploratório. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 29, p.367-82,Jun. 2009.

BAKER, A. A. **Granny-battering**. **Modern Geriatrics**, 1975, 5: 20-24.

BARBOSA MENDES, M.; GUSMÃO, J. L. de; MANCUSSI, A. C.; FARO, R. de C. B. de O. L. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.** v. 18, n. 4, p. 422-6. out./dez. 2005.

BARROS, M. B. de A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. **Rev. Saúde públ**, São Paulo,v. 20, n. 4, agos. p. 269-73, 1986.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Rio de Janeiro: N. Fronteira, 1990.

BENTO, L. F. **Avaliação da capacidade funcional de Idosos Institucionalizados**. Dissertação. 1999. (Mestrado em Enfermagem). UFPB/CCS, João Pessoa.

BETOLLETI, V. A. e AZEVEDO, M. L. N. de. A Sociologia de Pierre Bourdieu: considerações acerca do conceito de habitus. **Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**. v. 14, n. 2, jul./dez. 2009, p. 303-313

BÍBLIA. **A Bíblia Sagrada**. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1995.

BIRMAN, J. "O futuro de todos nós. Temporalidade, memória e terceira idade". **Estudos em saúde coletiva**, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, n. 86, maio, 1994.

BOTELHO, M. O. M. "**Idoso que cuida de idosa**". 164f. (*Dissertação em Ciências de Enfermagem*). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Universidade do Porto. Porto, 2007.

BOURDIEU, P. «Célibat et condition paysanne». in: **Le bal des célibataires**. Paris: Seuil. 2002, p.15-165.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J.-C. **A reprodução. Elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Tradução de Reynaldo Bairão. 4ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011.

BORDIEU, P. **A dominação masculina**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2002.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

\_\_\_\_\_. **Sociologia**. São Paulo, SP: Editora Ática, 1972.

\_\_\_\_\_. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983, 208 p

\_\_\_\_\_. **Coisas ditas**. Tradução: Cássia R da Silveira e Denise Moreno Pegorim. São Paulo: Brasiliense, 1990. 234 p.

\_\_\_\_\_. [1997] 2000. **Pascalian Meditations**. Cambridge: Polity Press. (Tr. Port. Meditações pascalianas), Oeiras, Celta, tr. Miguel Serras Pereira, 1998)

BRASIL, **Política Nacional do idoso. Programa Nacional de Direitos Humanos**. Brasília, DF: MJ/SNDH, 1998.

BRASIL, **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996** - dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 1996.

BRASIL, **Plano de ação governamental integrada para o desenvolvimento da política Nacional do idoso**, Brasília: DF, MPAS/SAS, 1997.

BRASIL. Decreto Federal nº 89.250, de 27 de dezembro de 1983. Regulamenta a Lei nº 7.116, de 29 de agosto de 1983, que assegura válida de nacional às Carteiras de Identidade, regula sua expedição e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 28 dez. 1983. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 75, de maio 1993b. Dispõe sobre as atribuições e estatuto do Ministério público. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 de maio de 1993. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993a, dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências - LOAS; **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Lei no 8.842/94. **Política Nacional do Idoso**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

BRASIL. **Decreto Federal nº 1.948, de 3 de julho de 1996**, Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de Janeiro de 1994, que Dispõe Sobre a Política Nacional do Idoso, e da Outras Providencias. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 novembro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP – **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: 1996.

BRASIL. Decreto Federal nº 2.170, de 04 de março de 1997. Dá nova redação ao art. 2º do Decreto nº 89.250, de 27 de dezembro de 1983. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 4 de março de 1997. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>. Acesso em: 10 de nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000, estabelece prioridade no atendimento ao idoso, maior de 60 anos, em todos os bancos, órgãos públicos e concessionárias de serviço público; **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 8 de nov, 2000. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Lei nº 10.173, de 08 de janeiro de 2001, estabelece prioridade na tramitação de processos judiciais de idosos, maiores de 60anos, em qualquer instância ou tribunal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 9 de jan. de 2001. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1o de outubro de 2003. Estatuto do idoso. *Diário Oficial [da] União*. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 novembro de 2011.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

BRASIL. lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, estabelece a obrigatoriedade dos estabelecimentos de saúde notificar a Vigilância Sanitária em caso de suspeita ou constatação de violência praticada contra maiores de 60 anos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 27 de jul. de 2001. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>. Acesso em: 10 de novembro de 2014.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República - casa civil, subchefia para assuntos jurídicos. 1988.

BRASIL. Lei nº. 10.741 de 01 de outubro de 2003. **Estatuto Nacional do Idoso**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 1996.

BRASIL, **Política Nacional do Idoso**. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília, DF: MJ/SNDH, 1998.

BRASIL. Secretaria de direitos humanos. Secretaria nacional de promoção defesa dos direitos humanos. **Dados sobre envelhecimento no Brasil**, 2017.

BRITO DA MOTTA, A. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Soc. Estado**. Brasília, v. 25, n. 2, p. 225-250, Agos. 2010.

BRUNO, H.C.; FROTA, M. H. P. O Enfrentamento da violência através do Estatuto Nacional do Idoso: paradoxos existentes entre a lei e sua prática. In: **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2007.

BURSTON, G. R. **“Granny battering”**. British Medical Journal, 1975.

BUSS, P. M. (Org.). **“Promoción de La Salud y La Salud Pública: Uma contribuição para debate entre las escuelas de salud de América Latina**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

CALDAS, P. C. **A saúde do idoso: a arte do cuidar**, Rio de Janeiro: ed. UERJ, 1998.

CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa: família ou instituição de longa permanência.. in: **Sinais sociais. Serviço Social do Comércio. Departamento social**, v. 3, n. 7 (maio-agos.), Rio de Janeiro: 2008, p 10-39.

CARLES, P. **“La Sociologie Est Un Sport de Combat”** (*A Sociologia é um Esporte de Combate*). Pierre Carles. Produção de Veronique Frégosi e Annie Gonzales. CD Productiona et VF film presentent, 2001. 1 DVD.

CARTA DE OTTAWA, 1986. In: BUSS, P. e Cols., **“Promoción de La Salud y La Salud Pública: Uma contribuição para debate entre las escuelas de salud de América Latina**, 2000.

CASA NOVA, J. L. **Uma avaliação conceptual**. Sociologia - problemas e práticas. Nº 18, 1995, p. 45-68.

CASTRO, A. P.; GUILAM, M. C. R.; SOUSA, E. S. S.; MARCONDES, W. B. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013.

CASTRO, A. P. **Ecos da violência: significados e repercussões em idosos**. Tese. (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013.

CATANI, A, M. P. B. e a formulação de uma teoria social que procura revelar os fundamentos ocultos da dominação. In. BRUHNS, H. T.; GUTIERREZ G. L. (Org). **O Corpo e o lúdico**. Campinas, SP: Autores Associados, 2000. p. 53-65.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: ed. Atheneu, 1998.

CUNHA, S. M. da. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada 2003** <http://maracuja.homeip.net/files/doc/estigma.pdf>.

CAVALCANTI, M. de L. T.; SOUZA, E. R. de. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Set. p.2699-2708. 2010.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no séc. XXI: Demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998.

CHOPRA, D. **Corpo sem idade, mente sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G.. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 11, p. 1163-1178, 2007. Suplemento.

DANTAS, B. M. et al. **Belice uma dimensão psicossocial**. Recife: [s. n.], 1993.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Fapesp, 1999.

**BRASIL, Decreto Federal nº 1.948, de 3 de julho de 1996 e o Decreto Federal nº 2.170, de 04 de março de 1997**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.gov.br/conselho/idoso/legislacao>. Acesso em: 10 de julho de 2016.

DERRIDA, J. **Gramatologia**. Tradução: Mirram Schnaiderman e Renato Jolini Ribeiro. São Paulo: Perspectiva. 1973.

DIAS, M. D. Mãos que acolhem vidas: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina. 2002. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.

DOMINGOS SOBRINHO, M.; MIRANDA M. M. de. **Educação e representações sociais Habitus estudantil, representação social de universidade e referentes identitários.** GT 12, Université Catholique de Louvain: 2003.

DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

ETO, J.; FIGUEIREDO FILHO, A. R. Os campos do esporte e da educação: proximidades e afastamentos segundo a teoria de Pierre Bourdieu. **Revista Digital** - Buenos Aires - Ano 15 - Nº 143 - Abril de 2010. Disponível: <http://www.efdeportes.com>.

FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa ocorrências, vítimas e agressores.** Brasília, DF: Universa, 2007.

FARINHA, V. A. M. **Identidade na velhice** – Um jogo de espelhos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2013.

FELIX, J. S. **Economia da longevidade: o envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos.** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP. 93 f. (Dissertação Mestrado em Economia Política). São Paulo, 2009.

FELIX, S. A. Crime, medo e percepções de insegurança. **Perspectivas**, São Paulo, v. 36, p. 155-173, jul./dez. 2009.

FERNANDES, M. das G. M. **Tensão do Cuidador Familiar de Idosos Dependentes:** análise conceitual. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - UFPB/CCS, João Pessoa, 2003.

FERNANDES, M. das G. M.; GARCIA, L. O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu. v. 14, n.35, p.879-90, out./dez. 2010.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário da língua Portuguesa.** Ed. Positivo, São Paulo: 2010.

FERRIGNO, J. C. **O conflito de gerações: atividades culturais e de lazer como estratégia de superação com vistas à construção de uma cultura intergeracional solidária.** 2009. 253 f. (Tese doutorado)- Programa de Pós graduação em Psicologia. São Paulo.

FERRIGNO, J. C. **O estigma da velhice:** uma análise do preconceito aos velhos à luz da ideia de Erving Goffman. A terceira idade, Centro esportivo Virtual, nº 24, 2002. Disponível em: <http://cev.org.br/biblioteca/o-estigma-velhice-uma-analise-preconceito-aos-velhos-luz-ideias-erving-goffman>. Acesso em: 02 de julho de 2011.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 24, n. 2, p. 409-415. Fev. 2008.

FILIZZOLA, M. **Como emplacar cem anos.** 3 ed. Rio de Janeiro: o cruzeiro, 1973.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia.** 7. ed. São Paulo: Ática, 2005.

FONSECA, R. P. et al. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro. v.13, n. 4, p.1275-1284. Ago. 2008.

FRAIMAN, A. **Coisas da idade.** São Paulo: Gente, 1995.

FREITAS, A. V. da S. Por trás dos muros: um estudo sobre a vida de idosos em instituição de longa permanência. Salvador: 2009. 247 f. **Tese (doutorado)** - Instituto de Saúde Coletiva Universidade Federal da Bahia.

FREITAS, C. A. S. L.; TEOFILO, T. J. S. Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2825- 2833, Set. 2010.

FREHSE, F.; GOFFMAN, E. - Sociólogo do espaço. **Rev. bras. Ciência e Sociedade.** vol.23 Nº 68, Oct. São Paulo, 2008.

FREUD, S. 1980. **Por que a guerra?** Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 22: 241-259, Imago, Rio de Janeiro.

GARCIA, H. (Org.) **Atual Dicionário Brasileiro Rideel**. São Paulo: Rideel, 2000.

GATTAZ, C. **Braços da resistência: antifranquistas em São Paulo - história oral da imigração espanhola**. [dissertação]. (S P): Faculdade de filosofia, letras e artes: 1996.

GAY, P. **O cultivo do ódio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

\_\_\_\_\_. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1983.

GOLDFARB, D. C. Pensando nas origens da violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Set. 2010.

HAIFLYCK, L. **Como e por que envelhecemos?** Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HERAT, M.; NEGRI A. **Multidões**. Tradução: Clóvis Marques. Rio de Janeiro, Ed. Record, 2004.

IBGE. *Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica, Sócio-econômica. Síntese de Indicadores Sociais*, Rio de Janeiro, 2002, v. 11.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. **IBGE**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 de Out. 2013.

INPEA - **International Network for the Prevention on Elder Abuse**, 1998 Disponível em: <http://www.inpea.net>. Acesso em: 09 de março de 2011.

KANAMURA, A. H.; VIANA, A. L. D'Ávila Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.5, p.814-820, Out. 2007.

KAWAMOTO, E. E. ; SANTOS, N. C. H. dos.; MATOS, T. M. DE. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KRUG E.; DAHLBERG; LINDA, L. .et al. eds.. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002.

- KUHN, T. S. **A estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1990.
- LAMARCA, G.; VETTORE, R. **O envelhecimento da população brasileira: a nova transição demográfica**. 2012. Determinantes Sociais da Saúde: portal e observatório sobre iniquidades em saúde, 2012.
- LELLO, J.; LELLO, **Dicionário prático ilustrado**. Porto Alegre: Artes gráficas, 1971.
- LIMA, Â. M. M. de; SILVA, H. S. da; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, Dez. 2008.
- LIRA, P Índice de violência criminalizada (IVC). In: **II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 62: Gestão em segurança pública**. Espírito Santo, SESP, 2004.
- LOPES, M. P. de S. A velhice no século XXI: a vida feliz e ainda ativa na melhor idade. **Acta Scientiarum**. Human and Social Sciences, Maringá, v. 34, n. 1, p. 27-30, Jan.-June, 2012.
- LOUVISON, M. C. P. et al . Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-40. Agos. 2008.
- LOUREIRO, M. do S. “Gosto de ser mulher”: representação da sexualidade feminina em uma comunidade rural. 1998. **Tese. (Doutorado em Enfermagem)** – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo.
- MAANEN, J. V. qualitative methods for organizational research: a preface. **Administrative Science Quartely**, v.24, n.4, p.520-37, Dez. 1979.
- MACHADO, R. F. de O.; VELASCO, F. de La Caridad G.; AMIM, V. O encontro da política nacional da educação ambiental com a política nacional do idoso. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, Dez. p. 162-169, 2006.
- MAIA, G. F. da; LONDERO, S.; HENZ, A. de O. Velhice, instituição e subjetividade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 24, Mar. 2008.
- MARQUES, F. D. C. **Famílias envelhecidas: percursos e Diversidade**. TESE. (Doutorado) - Universidade de Aveiro, 2013.

MARTINS, A. A. A enfermagem como prática social. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, vol. 34, Número 13. abril: 1997.

MASCARO, S. A. **O que é velhice?** Rio de Janeiro: Campus, 1997.

MAUSS, Marcel. **Ensaio de sociologia**. Trad: Luiz João Grio e J. Guinsburg. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2005.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 1998.

\_\_\_\_\_. **Manual de história oral**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 1996.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Editora Contexto, 2007.

MELO, Z. **Os estigmas: a deterioração da identidade social**. PUC Minas, 2011. Disponível em: <http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anais-pdf/estigmas.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2011.

MINAYO, M. C. S. **Saúde e Doença: Um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

MINAYO M. C. de S. et al. **Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde (Panorama ENSP 2)**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Secretaria de Desenvolvimento Educacional, 1990. 168 p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. de Souza; SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23. 1999.

MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. de S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, nº 3, p. 783-791, mai-jun. 2003.

MINAYO, M. C. de S. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Maria Cecília de Souza Minayo (Org.). 2ª ed. Brasília:: Secretaria dos Direitos Humanos, 48p. 2005.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência contra idosos: é possível prevenir. in: Brasil. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2005. p. 340.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de S.; PAULA, Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, nº 6, p. 2719-2728, Set. 2010.

MINAYO, M. C. de S. A violência sobre a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 07-18, 1994. Suplemento.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. S. R. (Orgs). **Violência sob o olhar da saúde** – A infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. 284 f.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência contra idosos: É possível prevenir. in: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.p. 141-170. 340 f.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 11, n. 2, p. 375-383. Jun. 2006.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, nº, p. 783-791, mai-jun, 2003.

MOREIRA, M. R. L. P. **Rejuvenescer a velhice**. 2 ed. Brasília, DF: UNB, 1996.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 59-79, mar. 2008.

MOTA, E. M. “**Envelhecimento social**”, In: Debates sociais. Rio de Janeiro: CBCISS, ano XXII, número 230, 1990.

MOTTA, L. da; AGUIAR, A. C. de. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 2, p. 363- 372. 2007.

MOURA, G. A. de; SOUZA, L. K. de. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 11, n. 1, jan./jul., 2012.

NAZARETH, J. M. – O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. **Geriatria**. ISSN 0871-5386. Vol. 7, n.º 64 (1994), p. 5-17.

NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Org.). **Velhice e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 2ª ed. 2004, 232 p.

OLIVEIRA, C. M. **A identidade do idoso no processo de institucionalização**: estudo exploratório. DISSERTAÇÃO (Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 2014.

OLIVEIRA, F.; BARROS, A. **A economia da independência imperfeita**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1997.

OLIVEIRA, J. B. A. de; LOPES, R. G. da C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, 2008. Jun.

OLIVEIRA, R. P. de; NUNES, M. de O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saude sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, Dec. 2008.

OMOTE, S. Deficiência: da diferença ao desvio. In: MANZINI, E.J.; BRANCATTI, P.R. (Orgs.) **Educação Especial e Estigma**: corporeidade, sexualidade e expressão artística. Marília: UNESP, Marília-Publicações/CAPES, 1999, p. 3-21.

OMS. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002.

ONU- Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional para o envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Série Internacional em Direitos Humanos. v. 1, 2002. p. 51-52.

PAIXAO JR., C. M; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1137-1149, Jun. 2006.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 10ª ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2002.

PASCHOAL, S. - Autonomia e independência. In NETTO, M. – **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 313-323.

PAULIN, G. S. T. **O sentido do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos: uma estratégia de promoção de saúde**. Ribeirão Preto, 2011.155f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2011.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: PAVÃO, S. S. **A identidade com o lugar de pessoas idosas institucionalizadas: um estudo exploratório realizado em dois lares da ilha terceiras (Açores)**. Dissertação (Mestrado) – Universidade dos Açores. Angra do Heroísmo, 2013.

PEREIRA, F. A. A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. **Revista Transdisciplinar de Gerontologia**. Universidade Sênior Contemporânea. Ano II, v. I, p. 5-10, Jan./Jun. 2008.

PERKINSON, M. A.; SOLIMEO, S. L. Aging in Cultural Context and as Narrative Process: conceptual Foundations of the Anthropology of Aging as Reflected in the Works of Margaret Clark and Sharon Kaufman. **The Gerontologist**, 2013.

PINO, A. Violência, educação e sociedade: um olhar sobre o Brasil contemporâneo. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 763-785, out. 2007.

PORTO, P. M. **O envelhecimento populacional e a atenção à saúde do idoso na Região Metropolitana de Campinas**. 2011. 838f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. São Paulo, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: G. koogan, 1997.

RAMOS, P.R. A imagem, o som e a fúria: a representação da violência no documentário brasileiro. **Estud. av.** São Paulo. v. 21, n.61, p. 221-239. 2007.

RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. de P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Set. 2010.

ROCHA, M. F. **Idade verdadeira**: Como ficar emocional e fisicamente mais jovem, 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

RODRIGUES, F. A. "**Cabelo branco não incomoda**" História de vida de mulheres residentes em uma instituição de idosos. 2001. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública). UFPB, João Pessoa.

ROSIN, Z. G. **Perda de Entes Queridos**. 19 ed. Minas Gerais: Copyright, 1999.

ROIZEN, M. F. **Idade Verdadeira**: Como Ficar Emocional e Fisiologicamente mais jovem – Viver mais, parecer menos. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis (RJ):Vozes,1986

SAFFIOTI, Heleieth Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANCHES, A. P. R. A.; LEBRAO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, Set. p. 90-100, 2008.

SANDRA DE SÁ. **Solidão**. São Paulo: BMG Ariola, 1994. Acervo Especial. 1 cd. Faixa 07.

SANTAANNA, M. R. Velho: Quem é este sujeito? Onde é o seu lugar?: **Rev. Catarinense de história**. Santa Catarina, n. 02, 1994.

SANTANA, J. A. **A influência da migração no processo envelhecimento de Minas Gerais e suas regiões de planejamento**. X Seminário sobre a Economia Mineira, 2008.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, S. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica**. J Ped. 1999; pp. 401.

SANTOS, S. C. **O Cuidar da Pessoa Idosa no Âmbito Domiciliar: Uma relação de ajuda na Enfermagem.** 1997. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública). UFPB, CCS.

SANTOS, E. R. dos. et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2741-2752. Set. 2010.

SANTOS, S. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica.** *J Ped.* v. 75, n. 6, p. 401-6, nov-dez. 1999.

**SAÚDE EM MOVIMENTO. Terceira Idade - Envelhecimento e suas relações com a Atividade Física.** *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Vol.11, Nº 3, Brasília, Julho/Setembro 2003. Disponível em: <http://www.saudeem movimento.com.br>. Acesso em: 20 de julho de 2016.

SERRA, J. do N. **Violência Simbólica Contra os Idosos: forma sigilosa e sutil de constrangimento.** *R. Pol. Públ.* São Luís, v.14, n.1, p. 95-102, jan./jun. 2010.

SERRA, J. do N. **As Múltiplas Faces da Violência contra os Idosos: violência simbólica contra os idosos, forma sutil de constrangimento de cidadania.** in: *II Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luiz - Maranhão. 2005, Eixo temático 6, 23 a 26 de agosto, p. 7.

SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M. Construction of the identity of Public Health players in Brazil: a review of the literature. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.46, p.549-60, jul./set. 2013.

SILVA, L. R. F. **Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional?** **Physis**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 801-815. 2008.

SIM/DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade e Banco de Dados do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde.** Disponível em: <<http://datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 30 maio 2016.

SIQUEIRA, J. E. (ORG.) Conhecer a pessoa idosa. **Caderno de Saúde**. Londrina: ed. UEL, 1997.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 39-54. Jan. 2008.

SIMÕES, R. **Corporeidade e Terceira Idade**: a marginalização do corpo idoso. Piracicaba: Unimep, 1999.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. Brunner & Suddarth **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1999.

SOARES, G. A. D. **Mortes no trânsito, mortes esquecidas, mortes evitáveis**. Boletim segurança e cidadania, ano 2, nº 6, maio de 2002.

SOBRAL, B. O trabalho educativo na terceira idade: uma incursão teórico-metodológica. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, 2001.

SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. <http://br.monografias.com/trabalhos>, 2009.

SOUZA, A. A. F. de. **Inteligência e criatividade na maturidade e velhice**. Campinas: PUC - Campinas, 156 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 2011.

SOUZA, J. A. V. de; FREITAS, M. C. de; QUEIROZ, T. A. de. Violência contra os idosos: análise documental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 268-72. Jun. 2007.

SOUZA, E. R. de. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 48-64. mar. 1993.

SOUZA, E. R. de; CORREIA, B. S. C. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2753-2762, Set. 2010.

SOUZA, E. R. de et al. Tendências da produção científica brasileira sobre violências e acidentes na década de 90. in: **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Maria Cecília de Souza Minayo et al (Org.) Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª reimpressão, 2011. 284 p.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, Set. 2010.

SOIEHIT, L.; MATOS, P. C. **Os idosos brasileiros no século XXI**: Demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate, 1997.

STEPHENS, C.; BREHENY, M. MANSVELT, J. **Volunteering as reciprocity**: beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age. *J. Aging Stud*, 2015.

STHAL, H. C.; WEY BERTI, H.; CASTILHO PALHARES, V. de. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 20, núm. 1, enero-marzo, pp. 59-67, 2011.

TELLES, J. L. A construção das políticas públicas nos espaços democráticos de participação cidadã: a violência contra pessoas idosas na agenda do movimento social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2669-2671. Set. 2010.

TERSARIOL, A. **Dicionário Brasileiro RIDDEL**. Rio Grande do Sul: EDELBRA, 1998.

THIBIERGE, S. **Corpo e identidade**: questões de psicopatologia individual e coletiva. *Ágora*, v.2, jul/dez, 2015.

TORRES, Mabel Mascarenhas; SANTOS SÁ, Maria Auxiliadora Ávila dos. Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer. **Revista Ciências Humanas** – Universidade de Taubaté (UNITAU) – Brasil, v. 1, nº 2, p. 1-10, 2008.

TORRES, M. M. e SANTOS SÁ, M. A. dos. **Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer**. **Revista Ciências Humanas** – Universidade de Taubaté (UNITAU) – BRASIL – VOL. 1, N. 2, 2008.

TOURAIN, A. In: Debert, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp, 2004.

TSURUNONO, E. R. da S. **A proteção social da pessoa idosa: desafios e estratégias para enfrentamento da violência familiar em Caxias do Sul**. 2011. 192 f. Porto Alegre, 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade

de Serviço Social, Pós-graduação em Serviço Social. PUCRS. Rio Grande do Sul, 2011.

UCHÔA, E.; FIRMO, J., O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. de. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. in: Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Jr. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. P. 25-35.

VASCONCELOS, M. D. Pierre Bourdieu: A herança sociológica. *Rev. Educação e sociedade*, Campinas, São Paulo. ano XXIII, n. 78, p. 77-87. abr. 2002.

VENTURI, Gustavo; BOKANY, Wilma. A velhice no Brasil: contrastes entre o vivido e o imaginado. in: **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. Anita Liberalesso Neri (Org.). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. 288p. 21-31p.

VERAS, R. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002.

VERAS, R; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

VERAS, R. P. et al . A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-1126. Agos. 2008.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p.548-54, mai/jun. 2009.

VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: relume dumará, 1997.

\_\_\_\_\_. **Pais jovens com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: relume dumará , 1994. p.48.

VERENA, A. **História Oral: A experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.

VIANA, H. **Alagados**. Rio de Janeiro: EMI, 1987. 1 disco sonoro. Faixa 4.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde** - uma introdução ao tema. 2000: Porto Alegre, Tomo editorial. 2000. 136 p.

VILELA, E. M. **Desmedicalizando o conceito de saúde**. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: 1996.

WACQUANT, L. **Notas para esclarecer a noção de habitus**. Generated by Foxit PDF Creator Foxit Software, 2007. Disponível em: <http://www.foxit-software.com> For evaluation only. Acessado em 14 de agosto de 2011.

WASELFISZ, J. J. (Org.). **Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil**. Brasília, DF : Ministério da Justiça, 2011.

WATSON-GECEO, K. A. Ethnography in ESL: defining the essentials. *Tesol Quartely*, Alexandria, v. 22, no 4, p.575-592, dec. 1988.

WESTERMEYER, J. F. Predictors and characteristics of successful aging among men: a 48-year longitudinal study. **Int'l. J. Aging and human development**., Chicago, Illinois, 2013.

WILES, J. L.; LEIBING, A.; GUBERMAN, N.; REEVE, J.; ALLEN, R. E. S. The meaning of "Aging in Place" to Older People. **The Gerontologist**, 2011.

ZIMERMAN, G. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ZIZEK, S. *Bem vindo ao deserto do real*. Tradução: Paulo César Castanheira. Bomtempo Editorial. São Paulo, 2003.

## **ANÚBES PEREIRA DE CASTRO**

Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Residência na área de concentração Médico cirúrgica pelo Hospital das Clínicas - HC/UFPE; Docente estagiária no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra CES/UC – PDSE/CAPES; Líder do grupo de Pesquisa Violência e Saúde UFCG/CNPq. [anubes@ensp.fiocruz.br](mailto:anubes@ensp.fiocruz.br).

FORMATO *16x23 cm*

TIPOLOGIA *Cambria*

Nº DE PÁG. *110*

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- EDUFCG

