

ADRIANO DA SILVA ROZENDO

**CONSTRUÇÃO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO E EXPERIÊNCIAS DA
VELHICE**

ASSIS

2010

ADRIANO DA SILVA ROZENDO

**CONSTRUÇÃO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO E EXPERIÊNCIAS DA
VELHICE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. José Sterza Justo

ASSIS

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Milene Rosa de Almeida – CRB-8/8264

Rozendo, Adriano da Silva
R893c Construção social do envelhecimento e experiências da
 velhice / Adriano da Silva Rozendo.
 Assis : [s.n.], 2010.
 106 f. : il. + anexos.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade
Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, 2010.
Orientador: José Sterza Justo.

1. Velhice. 2. Políticas públicas. 3. Envelhecimento –
aspectos sociais. I. Título. II. Autor.

CDD 305.26

RESUMO

O aumento percentual da população idosa vem provocando um enorme impacto no espaço e no cenário da sociedade brasileira e tem sido relatado como o principal impulso para as mudanças no modo de se conceber e agir sobre a velhice. As idades avançadas da vida passaram a atrair a atenção de vários segmentos da sociedade, principalmente do Estado, do mercado e das ciências. Com isso, foram criados mecanismos específicos de gestão do envelhecimento, tais como o asilo de velhos, a aposentadoria, a geriatria, a gerontologia e um conjunto de leis específicas. A presente pesquisa teve como objetivo percorrer as conexões que se estabelecem entre os saberes científicos, o aparato legal, as políticas públicas e contrastando-as com a experiência vivenciada no envelhecimento. A fim de compararmos as garantias legais com a realidade vivida pelos idosos, dedicamos parte do nosso trabalho à análise da situação do idoso em uma das cidades com maior proporção de idosos do estado de São Paulo. Como primeira observação empírica sobre o município analisado, cabe assinalar o fosso que separa o discurso oficial da realidade vivida. Os serviços disponíveis na cidade dirigidos aos idosos retratam bem que as garantias previstas na legislação nem sempre se efetivam na prática em forma de políticas públicas. A cidade mostra a força da gerontologia e dos projetos de atenção, executados por entidades públicas ou privadas, na condução da vida dos idosos arregimentados como uma população subdividida em segmentos ou grupos distintos. Clubes de idosos e projetos mais elitizados, como o da Universidade Aberta à Terceira Idade, delimitam um segmento tido como o de uma velhice ativa e saudável, programas de saúde preventiva gerenciam os corpos dos idosos, os asilos confinam desautorizados a morarem sozinhos ou com seus familiares, as delegacias de polícia, o Conselho Municipal do Idoso e o fórum local são os destinos daqueles que vivem em situações de maus tratos e negligência. Apesar de todo aparato de gestão, parte da realidade vivida pelos idosos escapa aos enquadramentos científico-estatais. As experiências de envelhecimento ultrapassam significados e práticas instruídos pelos saberes técnico-científicos e por políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Velhice, políticas públicas, legislação.

ABSTRACT

The percentage increase of the old population is provoking an enormous impact in the space and in the scenery of the Brazilian society and has been reported as the principal impulse for the changes in the way of conceiving and to act about the old age. The advanced ages of the life started to attract the attention of several segments of the society, principally of the State, of the capitalism and of the sciences. There were created specific mechanisms of management of the aging, like the asylums of old, retirement, the geriatrics, the gerontology, and a set of specific laws. The present research had objective go through the connections that are established between the scientific knowledge, the legal pomp, the public policies and to contrast it with the experience lived by the aging. In order to compare the legal guarantees with the reality lived by the old ones, we dedicate part of our work to the analysis of the situation of the senior citizen in one of the cities with bigger proportion of old population of the state of Sao Paulo. As the first empirical observation, about the city examined, it suits to mark the trench that separates the official speech of the reality experienced in life. The services available in this city, turned to the seniors citizens, show well that the guarantees predicted in the legislation not always bring effect in practice in form of public policies. The city shows the strength of the gerontology and of the projects of attention, executed by public or private entities, in the driving life of the old age, regimented like a population subdivided in segments or distinct groups. Clubs of seniors and others elitist projects, as the Universidade Aberta à Terceira Idade delimits a segment understanding like an active and healthy old age; programs of preventive health manage the bodies of the old ones; the asylums border the disallowed ones to living alone or with their relatives; the police stations, the Municipal Council of Senior Citizen and the local forum are the destinies of that ones surviving in situations of ill-treatment and negligence. However, in spite of every pomp of management, part of the reality lived by the old population escapes to the framings made by the State and the Science. The experiences of aging exceed the meanings and practices instructed for the scientific-technically's knowledge and for public policies.

KEY WORDS: Old age, public policies, legislation.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
OBJETIVO.....	10
METODOLOGIA.....	11
CAPITULO I MECANISMOS DE PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE A VELHICE.....	15
1.1 Velhice e terceira idade.....	15
1.2 O asilo de velhos – uma política higienista	22
1.3 Aposentadoria e seguridade social.....	26
1.4 A geriatria e a gerontologia.....	30
1.5 A familiarização da velhice: uma herança higienista.....	35
CAPITULO II A LEGILAÇÃO DO IDOSO.....	47
2.1 A constituição federal de 1988 - contexto e processo constituinte.....	48
2.2 A velhice prevista na constituição.....	50
2.3 Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 – a Política Nacional do Idoso.....	52
2.4 O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso.....	55
2.5 O Decreto 1948 de 03 de julho de 1996.....	57
2.6 Portaria 73: Normas e Padrões de Funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa.....	59
2.7 Decreto 6.800 de 18 de março de 2009.....	60
2.8 Lei nº12 213 os fundos Nacional, Estadual e Municipal do Idoso.....	61
2.9 Lei nº 10.741: O Estatuto do Idoso.....	62
CAPITULO III MAZELAS NA EXPERIÊNCIA DA VELHICE.....	72
4.1 Os serviços e políticas públicas municipais.....	73
4.2 A delegacia de polícia, Ministério Público e o Conselho Municipal do Idoso.....	80
4.3 A Delegada.....	81
4.4 O Promotor de Justiça.....	83
4.5 O Conselho Municipal do Idoso.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
NOTAS.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	100
ANEXOS.....	107
ANEXO A.....	107
ANEXO B.....	108
ANEXO C.....	109
ANEXO D.....	110

APRESENTAÇÃO

Podemos afirmar que, atualmente, o Brasil vivencia uma transição demográfica decorrente da ampliação da expectativa de vida estimada em 73,1 anos para o homem e 75,6 anos para a mulher, o que configura a longevidade como fenômeno evidente em nosso cotidiano (BRASIL, 2007). O aumento da expectativa de vida do brasileiro vem sendo relacionado à melhoria das condições gerais de saúde da população idosa, possivelmente devido ao progresso da tecnologia médica, às mudanças comportamentais, ao desenvolvimento de programas específicos para idosos e à elevação do status socioeconômico (PARAHYBA; VERAS, 2008). Desse modo, verifica-se um aumento percentual da população idosa, associada também, às quedas de natalidade (WONG; CARVALHO, 2006 apud NOGUEIRA et. al., 2008).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/IBGE (BRASIL, 2007), o Brasil tinha, em 2005, 18.500.000 (dezoito milhões e quinhentos mil) idosos, que representavam 10,5% da população brasileira. Há ainda, até 2050, a expectativa de que a pirâmide etária inverta sua base, ou seja, de que a população idosa ultrapasse a população de 0 a 14 anos (IBGE, 2000).

No Brasil, um país habituado a se ver e a agir como jovem, seguramente, sofrerá um impacto profundo desta inevitável revisão de si, com a ascensão demográfica da população idosa. Tal visão juvenil seguida de uma representação do país do futuro, da vitalidade, do dinamismo, da criatividade e assim por diante, terá agora que assimilar outras características trazidas pelo espectro do seu envelhecimento. Deverá integrar a velhice como parte do seu quadro social, como parte do delineamento de suas feições e como partícipe da construção de seu destino.

O aumento da população idosa exige modificações no planejamento das políticas públicas setoriais. Segundo a Secretaria Especial dos Direitos Humanos - SEDH, órgão responsável pela política nacional do idoso, o aumento da proporção dos mais velhos pressiona a implantação de benefícios, serviços, programas e projetos relacionados à promoção dos direitos humanos dos idosos (SEDH, 2008). As palavras do discurso oficial da SEDH ocultam o temor das nossas governanças em relação ao suprimimento das demandas de serviços, projetos e programas, enfim, de políticas e investimentos públicos decorrentes da

iminente transição demográfica que se desabrocha no horizonte do país. Neste sentido, as preocupações com a seguridade social, especialmente no que tange ao sistema previdenciário e de saúde, tornam-se as mais prementes e concretizam-se em medidas que arrocham, cada vez mais, as aposentadorias e pensões. O impacto do envelhecimento da população nas aposentadorias e pensões desencadeia o chamado “fator previdenciário” e as constantes reformas do sistema de previdência social procuram atrasar ao máximo a concessão do benefício. Já na área da saúde, os investimentos públicos priorizam os chamados programas de “prevenção da saúde do idoso”, com vistas a diminuir eventuais custos com futuros tratamentos terapêuticos.

Conforme assinala Debert (1999, p. 12), a preocupação da sociedade com o processo de envelhecimento “deve-se, sem dúvida, ao fato de os idosos corresponderem a uma parcela da população cada vez mais representativa do ponto de vista numérico”. Na mesma linha de raciocínio, Haddad afirma que: “Crescendo numericamente, os velhos se tornam objeto de estudo. As propostas aparecem pela via da Ciência, do Estado, dos meios de comunicação” (1986, p. 17). A partir da segunda metade do século XX, a velhice veio à tona e passou a gerar demandas e a atrair olhares. Logo se tornou matéria de interesse público. Se tempos atrás, na civilização ocidental, a velhice era silenciada ou mesmo ignorada pela sociedade (BEAUVOIR, 1990), atualmente ela passa a ser o centro das atenções.

Passado o período de ostracismo da velhice, durante o incandescer do signo do “novo” na nascente modernidade, a ciência lança seu olhar atento sobre o envelhecimento, enxergando nas idades avançadas da vida, um espaço aberto para escoamento do excesso do contingente das diversas especialidades que, atualmente, abarrotam o *rol* dos desempregados. Enxerga ainda, um campo vasto e inexplorado, passível de produção do saber e exercício do poder, legitimados nos anais do conhecimento. O interesse tardio da ciência moderna pelo envelhecimento é endossado pelo Estado, que propaga seus saberes nos discursos político-legais dirigidos especificamente à velhice e difundidos entre a população em geral, conferindo-lhe assim, ainda mais credibilidade. O mercado, por seu turno, não ficou fora desta corrida pelo ouro, elaborando serviços e produtos especializados, que se convertem em lucratividade segura.

O idoso, definitivamente, teve seu espaço no cenário social ampliado consideravelmente, alcançando expectativas nunca dantes imaginadas. É a população emergente que impulsiona a elaboração de uma série de tecnologias específicas, como leis,

serviços, produtos, além das especialidades científicas, àquelas que compõem a geriatria e a gerontologia.

Como suporte imprescindível para as atenções e ações da ciência e do Estado em relação à velhice, se coloca o desenvolvimento do aparato jurídico-legal voltado para população idosa. A Constituição Federal de 1988 abriu espaço para a elaboração e promulgação de um conjunto de leis que, atualmente, ocupam um espaço significativo no campo jurídico. No espaço da legislação sobre a velhice, o Estatuto do Idoso possui o maior destaque e força de ação.

O fato é que, atualmente, com o aumento da longevidade da população, surge uma grande diversidade de intentos, discursos e práticas em relação à velhice. Espraíam-se significações e enquadramentos das experiências de envelhecimento por meio de discursos e práticas que se instituem como verdades.

Diante desse cenário atual de irrupção da velhice, dirigimos nosso trabalho de pesquisa para o exame das forças que impulsionam as figurações do envelhecimento e lhes dão contornos, formas, significações e lugares no universo da sociedade.

Para tanto, estruturamos a presente dissertação como um relato de pesquisa que, partindo da explicitação inicial de seus objetivos e da metodologia, percorre temas organizados em capítulos.

No primeiro, abordamos mecanismos de produção de sentido, tais como aqueles que operam por meio do recorte da terceira idade no espectro geral da velhice; que operam pelo higienismo e asilo do idoso; pela aposentadoria; pela produção de saber da geriatria e da gerontologia e pela exaltação ideológica da família como local mais apropriado para se viver a velhice.

No segundo capítulo, analisamos as retratações da velhice pela legislação brasileira, particularizando o Estatuto do Idoso, por considerá-lo a Lei maior e mais recente sobre os idosos, que estabelece direitos e comanda as políticas públicas e ações sociais em relação à velhice.

No terceiro capítulo, passamos do plano das produções ideativas da ciência, das leis e das políticas públicas para o plano das experiências concretas do envelhecimento, tomando como referência casos de denúncias de maus tratos, negligência ou exploração, praticados contra idosos, registrados em delegacias de polícia, fórum e Conselho Municipal do Idoso, de uma cidade de aproximadamente 100.000 habitantes, do interior do Estado de São Paulo.

OBJETIVO

O objetivo da presente pesquisa é desmembrado em três partes. A primeira delas foi percorrer as conexões que se estabelecem entre os saberes científicos, o aparato legal, as políticas públicas e seus sentidos e materializações sobre a velhice. Para tanto, recorreremos à literatura científica sobre o envelhecimento; a literatura sobre a história das ações do Estado em relação à população idosa, à legislação e a documentos sobre políticas públicas específicas.

A segunda teve como meta mapear imagens, representações, concepções e identidades presentes na literatura científica, na legislação e nas políticas públicas específicas e em outras produções dirigidas à população idosa.

A terceira teve como propósito específico verificar os desdobramentos dos discursos da ciência, da legislação e das políticas públicas em experiências da velhice de um município do interior do Estado de São Paulo com um dos mais altos índices de idosos. Destacamos a complementaridade entre as partes desmembradas do objetivo geral, pois os elementos que compõem cada uma estão estreitamente articulados com as demais. Vale ressaltar que a extensão do objetivo proposto não expressa pretensões de elaboração de uma pesquisa totalizante e universalizadora.

METODOLOGIA

O método adotado na presente pesquisa tem como principal referência a Hermenêutica-Dialética, conforme a proposta de Minayo (2000). Tal metodologia considera a fusão de dois métodos distintos. De um lado, o Hermenêutico, que busca a explicação e interpretação de um pensamento através da averiguação dos sentidos discursivos, por meio de uma análise lingüística, ou temática (HABERMAS, 1982, MINAYO, 2000). De outro, a dialética busca analisar o objeto na sua historicidade, portanto inserido em um processo social, de transformação constante (GONÇALVES, 2001). Habermas (idem) e Minayo (idem) enxergaram uma potencial complementaridade entre os dois referenciais, sistematizando um caminho metodológico que se encaixa perfeitamente no propósito do presente trabalho e no das pesquisas sociais em geral (GOMES, 2002).

A referida metodologia pressupõe que a trama histórica na qual se insere o objeto de estudo, deve ser tomada como fonte matricial de análise. O princípio fundamental é que os sujeitos, grupos sociais, leis, conhecimento, ideologias e tantos outros elementos que compõem a mundaneidade são constituídos historicamente e de forma provisória. Tais elementos se transformariam ao longo do tempo sendo, portanto mutáveis e influenciados pelo estrato histórico no qual se situam.

Segundo Minayo:

O objeto das ciências sociais é histórico. Significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado (2000 p. 20).

Marx observou na modernidade um período de transformação, impulsionado pelo advento do modo de produção capitalista, que disparava transformações na constituição subjetiva dos sujeitos (GONÇALVES, 2001). Neste sentido, a essência humana passa a ser

compreendida como um produto histórico-social. As constatações marxianas podem ser re-codificadas na contemporaneidade, assinalada pela literatura como um período de constantes transformações em velocidade nunca antes experimentada pelo homem (BAUMAN, 1998). Sendo assim, a chamada “pós-modernidade” confere ainda mais pertinência e legitimidade ao método Hermenêutico-Dialético.

A Hermenêutica-Dialética busca a interpretação da realidade, considerando os aspectos contraditórios entre o “aparente” e o “real”. Considera também que a linguagem e seus significantes aparentes possuem conotações e significados que expressam e ao mesmo tempo constituem seus referentes. Portanto, a tarefa do pesquisador é analisar a conjuntura sócio-histórica, na qual o objeto de estudo está inserido e, assim, deve buscar posicionar-se frente a sua especificidade social. O saber, o Estado, as ciências, os acontecimentos históricos, a legislação, as identidades, os registros documentais, as instituições, os discursos e tantos outros elementos históricos que permeiam o objeto de estudo, tornam-se componentes fundamentais de análise. Então, a partir da análise sócio-histórica, extraem-se os significados (alguns mais e outros menos aparentes) e tecem-se as devidas considerações.

A metodologia adotada supõe a implicação do pesquisador no processo de produção de significados e conhecimento, descartando a “neutralidade” defendida pelas ciências positivistas. Neste sentido, a compreensão básica é a de que nem a teoria nem a prática, ou seja, nem os elementos de análise, nem o pesquisador são isentos de interesse, de preconceito e de incursões subjetivas, de identidades e intencionalidade.

Neste sentido, a análise Hermenêutica-Dialética apropriada por nós:

(...) se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido (MINAYO, 200, p. 221).

A Hermenêutica-Dialética, descrita por Minayo (2000), foi traduzida de acordo com as especificidades do nosso objeto matricial de estudo, a velhice. Foram mapeados e analisados os componentes sócio-históricos, político-econômicos e jurídico-científicos, que circunscreviam o grupo abordado.

O primeiro passo foi a consulta bibliográfica acerca da temática, que nos auxiliou na elaboração do caminho a ser seguido na presente pesquisa. A leitura bibliográfica apontou a necessidade da análise de acontecimentos históricos, leis, documentos, políticas públicas, órgãos, discursos científicos, instituições, serviços, onde estava inscrita a velhice. Orientados pelos pressupostos metodológicos adotados, buscamos compreender os significados dos elementos mencionados, os interesses, as implicações práticas, a formação de representações e identidades, as intencionalidades envolvidas e outras instâncias subliminares. A análise levou em consideração, sobretudo, as contradições entre “aquilo que é dito” e “aquilo que é entendido”.

Dentre os elementos de análise destacam-se a os asilos de velhos, a aposentadoria, a geriatria e a gerontologia no Brasil. Particularmente, o conjunto da legislação dirigida à pessoa idosa, despontou-se como um objeto digno de maiores atenções, tomando um espaço de maior relevo em relação aos demais. A legislação, mais do que qualquer outro elemento histórico reflete aspirações de classes, políticas, científicas, religiosas, culturais, econômicas, enfim, da sociedade em geral.

Diante do vasto campo legislativo do idoso, foi necessário fazer um recorte no material de análise, tomando como ponto de partida a Constituição Federal de 1988. Longe de pretendermos propor uma análise totalizadora da legislação do idoso, partindo da Constituição Federal, esclarecemos que perante a vastidão de Leis, Portarias e Decretos promulgados a partir de 1988, foram selecionados aqueles julgados de maior relevância, após leitura prévia da legislação do idoso em geral.

Dentre os mecanismos legais selecionados, o Estatuto do Idoso tomou maior relevo na presente pesquisa, em razão da sua importância, desdobramentos e transformações que desencadeou na vida dos idosos e na sociedade contemporânea. Diante do exposto, foi feita uma análise detalhada oriunda de uma leitura sistemática do conteúdo do Estatuto, dedicando-lhe um capítulo exclusivo neste trabalho.

Foi também levada a cabo, a análise do desdobramento dos saberes sobre a velhice, dos direitos formais e das políticas públicas na vivência concreta do envelhecimento expressa nas ações de proteção e garantias sociais. O campo de análise selecionado, nesta etapa da pesquisa, foi o próprio *lócus* onde a realidade é vivenciada, ou seja, na cidade. No nosso caso, escolhemos um município de médio porte localizado no interior do Estado de São Paulo.

Tal escolha não foi aleatória sendo motivada por dois principais fatores. O primeiro, pelo perfil demográfico da cidade que apresenta um elevado percentual de população idosa, significativamente maior que as médias apresentadas no Estado de São Paulo e no conjunto da federação. O segundo fator foi motivado por estarmos na presidência do Conselho Municipal do Idoso desta localidade durante o período de realização da pesquisa, o que nos colocou em contato direto com a experiência do envelhecimento no município. Em âmbito local, tomamos como objeto de estudo, as políticas públicas, os serviços e projetos desenvolvidos na cidade, além de outras ações e iniciativas arrematadas na municipalidade.

Uma fonte de investigação importante foi o arquivo do Conselho Municipal do Idoso da cidade em foco. Foram analisados ofícios, denúncias, mandados judiciais e projetos de Lei, referentes ao período de Julho de 2008 a dezembro de 2009.

A entrevista estruturada foi também utilizada como recurso metodológico para coleta de dados (ANEXOS A; B e C). As entrevistas foram realizadas durante os meses de agosto e setembro do ano de 2009, sendo dirigidas a atores sociais diretamente implicados na atual constituição histórica da velhice e na atual realidade experimentada pelos anciãos. Foram selecionados para realização das entrevistas o presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, com sede na Cidade do Rio de Janeiro; um Curador do Idoso e uma Delegada, ambos responsáveis pelas ocorrências que envolvem idosos na cidade examinada. Os três atores sociais envolvidos foram informados do propósito das entrevistas e concordaram com a publicação das informações cedidas na presente pesquisa.

A entrevista foi compreendida como um instrumento que traz a tona informações “subjetivas”, que só podem emergir com a contribuição dos atores sociais envolvidos na trama histórica na qual se insere o grupo analisado. De modo que as consciências individuais são capazes de expressar a consciência coletiva, pois o pensamento individual se integra no conjunto da vida social. Portanto, pode-se considerar que as opiniões expressas pelos indivíduos entrevistados traduzem opiniões da sociedade em geral. Enfim, entendemos que as opiniões recolhidas nas entrevistas puderam refletir incidências que se convertem em

discursos e práticas, refletindo também experiências amplas dos idosos na municipalidade tomada como objeto de estudo.

CAPÍTULO I MECANISMOS DE PRODUÇÃO DE SENTIDO SOBRE A VELHICE

1.1 Velhice e Terceira Idade

Na sociedade contemporânea é comum nos defrontarmos com diferentes nomenclaturas que designam as idades avançadas da vida: “melhor idade”, “futuridade”, “feliz idade”, “maturidade”, “nova juventude” e assim por diante. Duas delas apresentam significados matriciais que delimitam formas de existência bastante distintas entre os anciãos, a “velhice” e a “terceira idade”.

Ambas as categorias coabitam no cenário social no Brasil, mas são separadas por um fosso psicossocial e econômico. O termo velhice carrega uma série de conotativos pejorativos que marcam o estigma da experiência do envelhecimento, enquanto a terceira idade designa uma parcela da população idosa inserida nas práticas ética, estética e política de uma sociedade consumista.

A velhice, a terceira idade e outros recortes etários servem para periodicizar as fases da vida e conferir identidades a seus referentes. Estes recortes não são naturais ou inerentes à essência humana, pois são produzidos socialmente através de períodos históricos da humanidade (DEBERT, 2007). Segundo um estudo realizado por Cohen (1994) as diferenciações das idades avançadas da vida são próprios das sociedades capitalistas. A autora usa como exemplo o caso da Índia, onde até a década de 80 não existiam conceituações definidas sobre o envelhecimento. Com o avanço do capitalismo e a propagação do “*american way of life*” no referido país, houve uma incisiva intervenção da gerontologia internacional, para a propagação das noções de velhice já difundidas nas sociedades ocidentais capitalistas.

Phillip Ariès (1981) foi um dos estudiosos a enfatizar que as categorias etárias são construídas nos processos sociais. Ao pesquisar a construção social da infância, constatou que

ela não existia até a idade média tal como é concebida atualmente, sendo constituída a partir do século XVIII. Segundo o autor, uma série de procedimentos, tratamentos e espaços sociais passaram a permear a infância, conforme ela ia concretizando-se como uma fase da vida distinta. Mas não só a infância se configura como uma construção social. Áries, no mesmo livro que trata da infância e da família, também ressalta que a velhice é uma construção social antiga e aparece descrita como uma fase peculiar da vida, normalmente associada a características negativas. Segundo ele, uma conhecida enciclopédia da Idade Média, que compilava conhecimentos diversos e muito antigos, já descrevia a velhice como um período de decrepitude física e mental.

Para Silva (2008), o termo velho é fortemente associado aos sinais de decadência física e incapacidade produtiva, sendo utilizado como forma de tratamento pejorativo, sobretudo para os velhos pobres. Porém, nem sempre o vocábulo velho esteve associado a negatividades. Segundo Peixoto (2007), até meados do século XX, o termo velhice não tinha pares e a denominação “velho” e “velhote” serviam para designar pessoas com mais ou menos status social. Os significados depreciativos dos termos teriam surgido junto com o desenvolvimento dos meios de produção capitalista e se impregnaram nas idades avançadas da vida com imagens vinculadas à invalidez para o trabalho.

A partir da segunda metade do século XX, uma divisão social e identitária começou a ser construída para diferenciar os velhos das camadas médias urbanas dos demais estratos menos favorecidos da população envelhecida. A denominação “velho” não serviria para designar os indivíduos das camadas médias urbanas que adentravam as aposentadorias a partir da década de 1960.

A partir da década de 60 o termo começa a desaparecer da redação dos documentos oficiais franceses, que passam a substituí-lo por ‘idoso’, menos estereotipado. Ao mesmo tempo, o estilo de vida das camadas médias começa a se disseminar para todas as classes de aposentados, que passam a assimilar as imagens de uma velhice associada à arte do bem viver. Surge o termo ‘terceira idade’ que torna pública, estabiliza e legitima a nova sensibilidade investida sobre os jovens e respeitados aposentados (SILVA, 2008, p. 162).

Segundo Correa (2008), o aparecimento da expressão “terceira idade” denota o processamento de um recorte na representação da velhice para diferenciar um segmento considerado capacitado para uma vida ativa. A terceira idade passa a se propagar como uma

expressão usada para designar uma fase da vida produtiva e, sobretudo, inserida no mercado de consumidores: uma figuração do idoso refuncionalizada e revitalizada em espaços sociais estreitamente ligados à produção e ao consumo. Enfim, diferentemente da “velhice”, a “terceira idade” se caracterizaria pelas realizações pessoais. As nomenclaturas utilizadas para delimitar distinções entre os mais velhos são importantes: a “velhice” e a “terceira idade”, os “velhos” e os “idosos”. Para Peixoto (idem) o vocábulo “terceira idade” surgiu junto com instituições e agentes especializados no tratamento da velhice que prescreviam a este grupo etário vigilância alimentar, exercícios físicos, necessidades culturais, sociais e psicológicas.

Debert (1999b, p.43) esclarece que existe uma heterogeneidade entre os idosos, afastando hipóteses elaboradas recentemente que supõem que a experiência do envelhecimento desencadeia um processo de homogeneização dos sujeitos envelhecidos. Segundo a autora, as nomenclaturas servem para delimitar as diferenças entre dois públicos bastante distintos. O termo velhice serviria para designar um período da vida de retraimento frente à pobreza, a dependência e a passividade. Tal denominação retrata o ancião como “doente, isolado, abandonado pela família e alimentado pelo Estado”. Já o termo “terceira idade” designa idosos ativos, inclusive sexualmente, aptos a desafios e novas experiências, com poder aquisitivo suficiente para driblarem os estigmas e os sinais estéticos do envelhecimento.

De acordo com Birman (1997), os recortes identitários servem para delinear compartimentos etários como currais psicossociais nos quais as pessoas são colocadas e predestinadas a assumirem padrões de condutas socialmente úteis: uma forma social cronológica que dá contorno e conteúdo para a subjetividade. No caso das idades avançadas da vida, estas estratificações são bastante influenciadas pelas questões econômicas e as duas categorias básicas, velhice e terceira idade, são separadas por um fosso econômico, que serve para delimitar duas classes cronologicamente semelhantes mais socialmente distintas.

Mercadante (2005) sugere que a visão de um corpo imperfeito, em declínio, enfraquecido, enrugado, que acompanha as idades avançadas da vida, em especial ao segmento denominado velhice tendem a ultrapassar os limites do corpo, agregando tais imagens à identidade dos sujeitos. Segundo a autora, as imagens pejorativas sobre os mais velhos não avaliam só o corpo, mas, expandem-se para a personalidade, o papel social, econômico e cultural do idoso. É estabelecida uma relação com o tempo, em relação à proximidade da morte que mina as expectativas do sujeito e o seu posicionamento frente a si, aos outros, às coisas do mundo e enfim, à sociedade.

É interessante notarmos que os idosos da atualidade não se enxergam como velhos, no sentido conotativo dos termos, conforme já mencionado. Não raramente, nos deparamos com pessoas bastante envelhecidas que, ao se referirem à velhice, posicionam-se a léguas de distância dela apesar dos anos que lhes acompanham. Em alguns casos chegam até mesmo a lançar um tom de caridade ao se dirigirem aos chamados velhos. Esta ocorrência é bastante comum dentre os dirigentes de instituições asilares, já idosos, mas que não se colocam, absolutamente, no lugar de velhos. Esta cena cotidiana foi bem retratada durante a realização de uma oficina com um grupo de idosos freqüentadores do programa Universidade Aberta à Terceira Idade - UNATI, descrita a seguir por Correa:

Ao longo desses anos de experiência com o grupo de idosos, uma das oficinas foi de veras intrigante e, ao mesmo tempo, elucidativa. Com o intuito de construirmos um conceito de velhice, realizamos uma atividade na qual os participantes teriam de se expressar com gestos e comportamentos típicos, de acordo com as várias idades da vida. Na fase referida à infância, eles a representaram de forma lúdica, imitando brincadeiras e fazendo gracejos. O olhar sobre a adolescência foi caracterizado por gestos típicos, tais como um andar desmazelado, o emprego de uma fala com gírias e trejeitos consumistas e frívolos. A fase adulta foi caracterizada pela escassez do tempo, na figura de um adulto envolto com seu trabalho, na correria do dia-a-dia. Por fim, ao solicitarmos que os idosos representassem a velhice, eles a caracterizaram como uma fase decrepita, como se o corpo estivesse em franco estágio de degenerescência e ruína. Esses gestos nos chamaram a atenção, pois percebemos claramente que o grupo não se via nessa condição de velhice. Afinal, que velhice era aquela significada por eles? E como esse grupo de fato se representava? (2008, p. 42-43)

Nesse sentido, Mascaro também retrata outro episódio muito interessante:

Uma reportagem publicada no jornal Estado de S. Paulo, 28.11.1989, ilustra bem esta tendência. Os idosos que freqüentavam um centro de convivência e lazer em Jaguariúna (SP) rejeitaram o nome “Lar dos velhinhos”, que seria dado ao local, e se propuseram a procurar outro que afastasse a imagem de senilidade (...) (2004, p. 69).

Haddad (1986) aponta que, no final dos anos 60, se inaugurava no Brasil um novo paradigma de serviços à velhice que seria um importante propagador das noções de terceira idade, inicialmente promovido pelo SESC e, posteriormente, pelas Universidades Abertas à Terceira Idade - UNATIs (DEBERT, 1999).

O paradigma emergente no SESC tinha como objetivos a promoção do bem estar social, a ocupação do tempo livre e a refuncionalização da velhice, implementados dentro de espaços criados especialmente para esses fins, nomeados como “espaços de convivência”.

As atividades desenvolvidas no SESC estavam atreladas a práticas esportivas, ao lazer, à cultura, ao conhecimento, enfim, vinculavam a velhice a uma vida ativa. Este modelo de atendimento à velhice colaborou para a criação da “terceira idade” no Brasil. Diferente da categoria “velhice”, a “terceira idade” passa a ser retratada como uma fase ativa da vida repleta de dinamismo e possibilidades de realização. Podemos encontrar tais representações nas nomenclaturas vinculadas ao público idoso na contemporaneidade: “melhor idade”, “feliz idade”, “maturidade” e outras designações acompanhadas de valores melhorativos.

O caso das UNATIs tem muita semelhança ao do SESC. O programa foi inicialmente proposto pela Universidade Católica de Santos. Foi o desdobramento de um programa iniciado em 1990, que visava ocupar o espaço e o tempo ociosos do campus e dos participantes, respectivamente. “Tal proposta não se destinava especificamente às pessoas da 3ª idade, mas, “às preocupadas em se manter dinamicamente atualizadas e em contato com as principais tendências do pensamento moderno e que, além disso, tivessem disponibilidade no período vespertino” (SANTOS, 1997, p. 08). Porém, devido à intensa procura de idosos que passaram a formar extensas filas de espera, a coordenação do campus resolveu elaborar um programa específico para esta faixa etária. E assim surgiu, em 1991, a primeira UNATI do Brasil.

De acordo com dados apresentados pelos fundadores do Programa, a maioria dos usuários da UNATI é composta por mulheres, entre 50 e 75 anos, casadas ou viúvas, com escolaridade compreendida entre primeiro grau completo e ensino superior. Estas mulheres, em sua maioria, exerciam atividades remuneradas no magistério, funcionalismo público, no setor de comércio e de serviços. Seus principais interesses na UNATI são assuntos relacionados à saúde, relações familiares, aprimoramento pessoal e cultura. De acordo com o perfil traçado do usuário UNATI, é possível enxergá-lo como a típica população que alcançou

o status de idoso ao adentrarem nas idades avançadas da vida, que vislumbra aprimoramento e realizações pessoais, preenchendo assim todo seu tempo livre.

É possível fazer um contraponto entre as possíveis formas de existência na velhice e na terceira idade. De um lado, temos a imagem do velho, ocioso, sedentário, sentado em uma cadeira de balanço, usando pijamas e pantufas, carregando no rosto as marcas do tempo. Do outro, a imagem do idoso atarefado, trajado com roupas de ginástica, agitado, completamente estereotipado com os signos da juventude. Se a velhice é marcada pelo estigma da pobreza, do isolamento e do sedentarismo, a terceira idade está imersa em um verdadeiro *frenesi* de consumo e atividades, que acabam estrangulando as singularidades dos sujeitos. Assim, programas e serviços como o SESC, as UNATIs, os clubes de dança de salão, e tantas outras especialidades da terceira idade, formatam os idosos como indivíduos totalmente hepáticos e distantes de si mesmos. O excesso de atividades na qual se insere a terceira idade, capitaneado pelas instituições e serviços especializados suprimem outras potencialidades, inexploradas e que acabam sendo encobertas pela atribulação do cotidiano.

A terceira idade é aclamada pelo mercado e pelos prestadores de serviços que lhes dirigem comerciais televisivos exclusivos oferecendo-lhes pacotes turísticos, produtos específicos e empréstimos bancários para dar conta de todo o consumo. Insere-se em uma lógica político-econômica e social que se engendra na divisão e na gestão das populações. Se por um lado, a terceira idade segue padronizada dentro do planejamento capitalista a ela prescrito, por outro, a velhice, não atende ou não se enquadra em muitas expectativas político-econômicas e acaba sendo incorporada a estratégias de gestão menos aclamadas.

A sociedade contemporânea ou “pós modernidade” é reconhecida pelo consumismo e pelo excesso de produção de resíduos desse consumo, ou seja, o lixo. Segundo Bauman (2005), o prazer da sociedade pós moderna pode estar mais relacionado à produção de lixo que ao consumo, sendo o lixo, um produto próprio deste período. O autor, que aprecia muito o uso da linguagem metafórica, fez uma relação entre a produção de lixo material e a produção de lixo humano, nomeando a segunda como “refugo humano”.

Neste sentido:

A produção de “refugo humano”, ou mais propriamente, de seres humanos refugados (os “excessivos” e “redundantes”, ou seja, os que não puderam ou não quiseram ser reconhecidos ou obter permissão para ficar), é um produto inevitável da modernização. E um acompanhante inseparável da modernidade (BAUMAN, 2005, p. 12).

O refugo humano é constituído por indivíduos que não se adaptam aos padrões éticos, estéticos, políticos da sociedade. Bauman (idem) elenca uma série de grupos identitários que fazem parte do amontoado de refugo humano, tais como imigrantes e infratores da lei. Traduzindo a leitura do estudioso sobre a produção de refugo humano, é possível incluímos no bojo desta materialidade, parte da parcela envelhecida da população, principalmente daquela denominada como velhice.

A velhice não cumpre inteiramente os mandamentos do mercado, preferindo, ainda, um ritmo cadenciado de consumo. Foge dos padrões estéticos da sociedade contemporânea, que cultua o corpo jovial e disciplinado, privilegiando outros estímulos e sensações relativos à corporeidade. Escapa à política que tenta normatizar e ordenar as camadas envelhecidas da população, dentro de uma série de disciplinas, preferindo viver suas singularidades ao seu próprio tempo e espaço. Por isso mesmo, é deixada à margem da sociedade, relegada ao esquecimento e isolamento social e, quando necessário, destinada ao itinerário último da trajetória dos dissidentes: os depósitos de lixo humano.

Em suma, as prisões como tantas outras instituições sociais, passaram da tarefa de reciclagem para de depósito de lixo. (...) Se reciclar não é mais lucrativo, e suas chances (ao menos no ambiente atual) não são mais realistas, a maneira certa e lidar com o lixo é acelerar a “biodegradação” e decomposição, ao mesmo tempo isolando-o, do modo mais seguro possível, do habitat humano comum (BAUMAN, 2005, p. 108)

A figura dos asilos de velhos serve bem para retratar os referidos depósitos de refugo humano, assinalados por Bauman. Atualmente, as entidades asilares passam por uma recodificação de suas características precípua imbuídas no conceito de “instituição total” clássica (GOFFMAN, 1999). Na maioria das vezes, localizam-se em áreas afastadas da urbe, possuem um imponente portão fechado e restringem a saída dos seus usuários. Raramente,

depois do ingresso, algum interno retorna ao convívio social, sendo assim a destinação final do refugio, modelando as subjetividades à realidade intramuros (FALEIROS; JUSTO, 2007).

1.2 O asilo de velhos – uma política higienista

As imagens, representações, conceitos, dentre tantas outras produções subjetivas que circundam a velhice na sociedade contemporânea foram produzidas dentro de um conjunto de acontecimentos históricos. Neste sentido, o processo de urbanização e higienização das cidades, ocorridos no Brasil durante o século XIX, constituem-se como importantes marcos na história da velhice.

O processo de urbanização¹ pode ser considerado como propulsor das políticas públicas no Brasil. Tal processo foi impulsionado pela transferência da família real portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro, no início do século XIX. A coroa trouxe consigo a necessidade de implantação de órgãos da administração pública, que logo foram multiplicando-se na cidade. A instalação da burocracia estatal disparou o crescimento do Rio de Janeiro, aumentando vertiginosamente sua densidade populacional. Uma crise demográfica se instauraria no final do século, quando houve um intenso fluxo migratório, principalmente de estrangeiros em busca de empregos em razão da abolição da escravidão. Contudo, neste período, o Estado não havia elaborado um projeto de desenvolvimento urbanístico e políticas públicas para atender as demandas que emergiam no centro urbano, em especial em relação às políticas de habitação, saneamento e saúde (GROISMAN, 1999).

O crescimento populacional acelerado teria tido, ainda, enorme impacto sobre as condições de vida: agravaram-se muito os problemas de habitação, tanto em termos de quantidade, quanto de qualidade. Segundo Carvalho (1987), os velhos problemas de abastecimento de água, de saneamento e de higiene viram-se agravados de maneira dramática no início da República com o mais violento surto de epidemias da história da cidade. O ano de 1891 foi particularmente trágico, pois nele coincidiram epidemias de varíola e febre amarela, que vieram juntar-se à malária e à tuberculose. Nesse ano, a taxa de mortalidade atingiu seu mais alto nível, matando 52 pessoas por cada mil habitantes (op. cit., p. 47).

Com isso, o conglomerado citadino tornava-se um propagador de doenças, trazendo à tona a necessidade de planejamento urbanístico e implantação de políticas públicas.

A população pobre que se amontoavam em cortiços e nas ruas passou a ser vista como um grave problema de saúde pública e principalmente um risco ao bem estar da aristocracia, pois a “pobreza que se aglomerava” era vista como nefasta, atrasada, pestilenta e muito inferior em relação aos cidadãos europeus. Diante da aglomeração de miseráveis, encarada como um alarmante fenômeno social, o Estado, a aristocracia, com o suporte da medicina social, passaram a arquitetar um projeto de urbanização, investido por um forte ímpeto higienista².

Uma parcela dos pobres, que poderia funcionalizar-se, aparada pelos núcleos familiares ficava entregue ao recrutamento militar e policial. Aos desamparados e/ou considerados incapacitados, eram reservados espaços de segregação higienizados como prisões e asilos. A tarefa dos higienistas era a de converter os sujeitos à nova ordem urbana (COSTA, 1989, p.33-36).

A intervenção do Estado e da medicina sobre a vida pública e privada dos sujeitos foi tamanha que gerou indignação em diferentes estratos da sociedade. A Revolta da Vacina³, eclodida no início do século XX, foi um episódio na história do Brasil, que refletiu bem a contestação da população perante a demasiada intervenção médico-estatal.

De acordo com Foucault (1999), o higienismo já havia sido vivenciado anteriormente na Europa no século XVIII. O autor descreve o projeto urbanístico francês que se baseava na construção de corredores de circulação de ar, na periferação dos perigos à saúde (cemitérios, abatedouros, população pobre, etc.) e na formação de um sistema de policiamento e vigilância médica, voltados para o corpo e a saúde dos indivíduos. O projeto higienista conferia

demasiado poder à categoria médica, que passou a ocupar os espaços da administração pública e de encarregar-se, em parceria com o Estado, da gestão das populações.

(o médico reformador da economia ou da política é um personagem freqüente na segunda metade do século XVIII); sobre-representação dos médicos nas assembleias revolucionárias. O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o "corpo" social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX (FOULCAULT, 1999, op. cit., p. 112).

No Rio de Janeiro oitocentista, os moradores das ruas eram considerados o grupo de maior risco ao bem estar social, devido à maior incidência e proliferação de doenças nos estratos menos afortunados da sociedade. A população de rua era composta, principalmente por prostitutas, escravos libertos, órfãos e velhos, que eram classificados em duas categorias distintas: os “mendigos” e os “vadios”. Os vadios eram considerados prejudiciais à sociedade e a ordem urbana, para eles as medidas eram punitivas, sendo destinados as casas de correção. Já os mendigos não eram vistos como marginais, à eles a sociedade procurava praticar a caridade. Os mendigos eram aqueles indivíduos considerados inválidos, dentre eles os velhos desamparados, para os quais foram implantados os asilos de velhos. (COSTA, 1989).

É exatamente no contexto da execução do projeto de urbanização higienista da cidade do Rio de Janeiro durante o século XIX, que as pesquisas apontam a emergência dos asilos de velhos no Brasil, como políticas públicas. Os asilos foram sendo criados pelos mesmos arquitetos do projeto urbanístico higienista, Estado e aristocracias, ou “filantropia-higiênica”. No período em questão, o principal objetivo dos asilos de velhos era o estabelecimento da ordem social urbana, através do isolamento (travestido de “amparo”) da população idosa catalogada no *rol* da mendicância. Os asilos de velhos podem ser considerados a primeira política pública dirigida especificamente à população idosa e o marco inicial na catalogação da velhice como um público específico.

Groisman (1999b, p. 71) nos ajuda a desvendar o processo de formação de imagens, identidades e concepções de velhice propagadas pelas instituições asilares. Em sua pesquisa

sobre a constituição histórica das instituições para velhos, na cidade Rio de Janeiro, o autor selecionou uma instituição específica para exame, a qual qualifica como “modelar”: o “Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada”. Fundado em 1890, por iniciativa do Estado, da Igreja e da sociedade civil, enfim, da “filantropia-higiênica”, o asilo obteve grande visibilidade, tornando-se “um lócus privilegiado para a elaboração de representações sociais sobre o envelhecimento” na época.

A visibilidade social galgada pelo asilo se vinculava também ao grande interesse que despertava nos jornais cariocas, interessados em noticiar a “temível velhice”. No intuito de angariar recursos financeiros para a instituição, as notícias jornalísticas difundiam imagens carregadas de simbolismo, que vinculavam a velhice à tristeza, à desilusão, ao desamparo, à invalidez, à santidade, à morte e à pobreza. Tais imagens logo foram sendo incorporadas ao imaginário coletivo e à própria velhice como categoria de pensamento.

Vale destacar que os asilos de velhos constituem uma fonte paradigmática de produção de sentidos que ainda hoje marca a experiência do envelhecimento. A própria instituição, tradicionalmente fundada por iniciativas da filantropia cristã, vincula-se a santidade, aos cuidados dos corpos degenerados e das almas redimidas de velhos desamparados, enfim a misericórdia. Sua imagem é imaculada e, portanto, tudo que dela provém recebe a chancela da legitimidade. Assim, tecem concepções predominantemente pejorativas sobre a velhice, abrindo espaço para a desvalorização, desautorização e intervenção social sobre as idades avançadas da vida.

Para Neri (2005), no final do século XIX se instaurava, no Brasil, a categoria social “pobre”, composta principalmente por órfãos, imigrantes, leprosos, escravos libertos e velhos. Neri relembra que a solução encontrada para administrar a pobreza foi a apartação e contenção desta população em asilos. Para a autora, desde o referido período, foram construídas socialmente as associações depreciativas entre asilo, pobreza e velhice (idem, p. 09).

A partir dos apontamentos históricos é possível estabelecer relação entre imagens e representações do envelhecimento, não somente com a implantação dos asilos, mas também com a formação de grandes centros urbanos. O fato é que com a formação de centros urbanos há a formação de categorias sociais específicas e a re-significação de outras já existentes (trabalhadores, pobres, crianças, velhos, etc.) e uma condensação nas representações, imagens e tratamentos que antes se davam de forma dispersa em pequenas comunidades.

É no mesmo clima de urbanização e consequente fortalecimento e capilarização do Estado que surge outra tecnologia dirigida aos longevos. Estamos nos referindo a aposentadoria, conforme será abordado a seguir.

1.3 Aposentadoria e seguridade social

A aposentadoria, mais do que um salário benefício garantido aos trabalhadores segurados tornou-se outra importante marca na história da velhice, conferindo-lhe imagens, identidade e representações sociais. No Brasil ela surgiria⁴ no final do século XIX como uma política de assistência ou seguro social do trabalhador, sendo provedora de recursos financeiros aos inválidos, dentre eles, os de idade avançada (HADDAD, 1986).

No Brasil, a primeira concessão ao direito à aposentadoria data do final do século passado, mais exatamente de 1890, quando o Ministério da Função Pública concedeu aos trabalhadores das estradas de ferro federais o direito à aposentadoria. Nos anos que se seguiram, outros funcionários públicos adquiriram este direito: trabalhadores do Ministério das Finanças (1891), da Marinha (1892), da Casa da Moeda (1911), dos Portos do Rio de Janeiro (1912). Mas vale assimilar que os primeiros direitos trabalhistas foram concedidos logo após a abolição da escravidão (1888), quando os ferroviários obtiveram o direito de férias remuneradas. Entretanto só a partir dos anos 20, com a elaboração da Lei Elói Chaves, que cria as caixas de aposentadoria e pensão (CAPs), é que se desenvolveu um sistema de proteção social no interior das empresas.” (PEIXOTO, 2007, p. 79)

As Caixas de Aposentadorias e Pensões eram organizadas por empresas nas quais a única participação estatal dava-se pelas diretrizes da Lei Elói Chaves. As CAPs assistiam aos trabalhadores segurados e suas famílias oferecendo aposentadorias, pensões, pecúlios e assistência médica. A participação de representantes de trabalhadores ocorria em seu principal órgão diretivo, o qual era composto por três membros designados pela empresa e dois do corpo de empregados, eleitos por votação direta. A partir de 1930, somaram-se às CAPs os

Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Os IAPs eram autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho e abrangiam determinadas categorias de trabalhadores urbanos, porém este não contemplava os trabalhadores rurais. (CORTES, 2002).

Tanto os asilos de velhos quanto a aposentadoria, se tornariam mais que políticas de assistência voltadas à população idosa. Estas estratégias de gestão se incorporariam a própria velhice, conferindo-lhe uma identidade própria a partir da condição de seus beneficiários ou usuários. As imagens ventiladas pela aposentadoria, assim como no caso dos asilos de velhos, vinculariam as idades avançadas da vida à invalidez e à pobreza, impregnando simbologias pejorativas à identidade social dos anciãos.

Analizando a previdência social no Brasil, Groisman afirma que o surgimento das aposentadorias está vinculado às modificações ocorridas nas práticas de assistência à população carente. “As empresas, e posteriormente o Estado, assumiriam um papel até então desempenhado pelas organizações filantrópicas”. O advento da aposentadoria representou o reconhecimento da necessidade de prestação de assistência a uma parcela da velhice, diferenciando-a de outros beneficiários de serviços de assistência; conferindo-a identidade específica (1999, p. 30).

A mudança na prática de assistência reflete o refinamento de gestão de populações exercido pelo Estado moderno. No caso da velhice, o Estado toma mão de uma estratégia bastante eficaz difundida mundialmente: o seguro social.

Para Foucault (2008) a seguridade social é uma estratégia de gestão de populações que visa dar “condições de assegurar em toda e qualquer circunstância a subsistência do indivíduo e das pessoas a seu encargo” (idem, p. 274). Porém, tais encargos ou os recursos necessários para seus provimentos são descontados do próprio salário da classe trabalhadora, uma “solidariedade que é imposta a massa dos assalariados para seu único e exclusivo benefício, para o benefício de seus filhos e de seus idosos” (FOUCAULT, 2008, p. 274). Tal como assinala Foucault, a Constituição Federal de 1988, Lei que regula a seguridade social no Brasil, estabelece as seguintes diretrizes em relação aos critérios de arrecadação:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na

forma da lei, incidentes sobre:

a) **a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;**

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

(...) (BRASIL, 1988, negrito nosso)

O seguro social constitui a garantia do mínimo necessário para a sobrevivência de seus segurados. Foucault define os provimentos da seguridade social da seguinte maneira:

Em linhas gerais, trata-se simplesmente de assegurar, não a manutenção de um poder aquisitivo, isso de forma alguma, mas de um **mínimo vital** para os que, de modo definitivo ou passageiro, não poderiam assegurar sua própria existência. É a transferência marginal de um máximo a um mínimo. Não é em absoluto o estabelecimento, a regulação tendente a uma média” (2008, p. 196-197, negrito nosso).

Conforme Jordão (apud HADDAD, 1986, p. 70) o modelo de seguridade social brasileiro, de contribuição “tríplice”, ou “tripartite” (Estado, empresa e empregado) segue os primórdios do modelo proposto pela Prússia⁵, no século XIX, uma forma de “associação de classes” que visava o fortalecimento do aparelho burocrático estatal.

Atribui-se a Bismarck a criação, em 1883, do primeiro sistema de seguro social mediante contribuição tríplice (...), sistema este que passou a servir de modelo para outros países. O sistema tinha por finalidade cobrir os riscos dos acidentes de trabalho (...) e demais providências quanto ao amparo econômico-financeiro das pessoas que em função da idade ou do tempo de serviço prestado, já não podiam trabalhar ou eram consideradas como já tendo esgotada sua capacidade de trabalho produtivo (...) (JORDÃO, 1976, apud HADDAD, idem, p. 70-71)

Haddad (1986) recorda importantes transformações do sistema de seguridade social no Brasil, identificando interesses e poderes que influenciaram sua constituição. Conforme a autora, durante o governo de Juscelino Kubitschek, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS. A LOPS uniformizou a legislação do sistema previdenciário referente às contribuições, propondo o modelo de arrecadação tríplice⁶. Em 1966, os serviços e benefícios da seguridade social foram concentrados em “um imenso aparelho burocrático”, criado pelo governo militar de Castello Branco, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. A condição de segurado do INPS garantia ao idoso o benefício mensal de um salário mínimo, assistência social e de saúde. Para a autora, este foi um período de muita euforia, de grandeza e ufanismo no país, propagados pelo discurso otimista do Estado. O governo militar promovia o arrocho salarial da classe trabalhadora, defendendo os interesses da classe dominante-burguesa e para “tapar o buraco”, criava um sistema de seguro social para “obscurecer as contradições” (op. cit., p. 58-61).

Na concepção de Simões (2007, p. 15), a criação do INPS unificou o sistema previdenciário dividido até então pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, geridos sob influência de categorias profissionais e sindicatos independentes. Ainda segundo o autor, a medida contribuiu para desvincular a luta pelos direitos de previdência e assistência social, das lutas sindicais, induzindo os sindicatos a concentrar suas reivindicações para os trabalhadores ativos.

Em 1977 foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, órgão subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Dentre as atribuições do SINPAS estavam previstas a concessão e manutenção de benefícios, prestação de serviços na área de Assistência Social (HADDAD, 1986). A portaria nº 2.864, de 1982 do MPAS, descreve outras atribuições do SINPAS:

3. Os serviços prestados pela LBA, INPS, INAMPS e CEME, entidades integrantes do SINPAS, serão de natureza preventiva, terapêutica e promocional, visando o atendimento das necessidades básicas da população idosa.

3.1 – São consideradas ações de natureza preventiva as que se voltam, preferencialmente, para o desenvolvimento de atitudes positivas ao envelhecimento.

3.2 – São consideradas ações de natureza terapêutica as que visam ao tratamento de dificuldades e problemas apresentados pelos idosos.

3.3 – São consideradas ações de natureza promocional as que propiciam ao idoso condições de ser socialmente útil frente à família e a comunidade (BRASIL, 1982, apud HADDAD, idem, p. 67).

Ao analisar a portaria 2.864, Haddad faz uma importante constatação. A autora aponta a presença dos saberes propagados pela geriatria e pela gerontologia no conteúdo da portaria em questão. Para Haddad “os escribas do “Estado de exceção”, ao longo de quase duas décadas, se aperfeiçoaram na arte da redação de discursos fundamentados nas “ciências neutras” (1987, p. 67)

As considerações da autora são de extrema importância para pesquisas que pretendam analisar políticas públicas, legislações e outros dispositivos de gestão da velhice. Quando se refere às “ciências neutras”, não se menciona apenas às ciências enraizadas no positivismo. Mais do que isso, a autora aponta, indiretamente, às especialidades da geriatria e da gerontologia. As duas especialidades científicas orientariam as práticas da gestão da velhice no contemporâneo, estabelecendo paradigmas refinados e escamoteados de controle. A partir da legitimidade conferida pelas ciências, as duas especialidades puderam elaborar padrões de conduta que ordenam a vida dos mais velhos e dos demais segmentos etários, sustentados pela promessa de uma longevidade cada vez mais extensa e saudável.

A geriatria e a gerontologia tomariam os espaços da legislação, demonstrando assim seu poderio ao dar o tom do discurso legal e gerenciar concepções acerca da velhice. Extrapolando seu suposto campo de ação em torno da saúde e do bem estar social da população idosa, a geriatria e a gerontologia se tornariam poderosos gestores e propagadores de identidades, concepções e imagens sobre o envelhecimento e na forma de tratamento da sociedade em relação aos sexagenários.

A importância da geriatria e da gerontologia como orientadoras das políticas públicas destacada pela literatura científica, levou-nos a fazer um exame cuidadoso das referidas especialidades. Para isso, foi tomada mão de fatos históricos, concepções e práticas que circundam as referidas especialidades. A partir da análise histórica, foi possível encontrar algumas raízes da geriatria e da gerontologia fincadas em outro saber previamente estabelecido, também utilizado como uma poderosa estratégia de gestão de populações, que igualmente incidiu sobre a própria velhice. Estamos nos referindo à medicina social e ao movimento higienista, propagados na

Europa a partir do século XVIII (FOUCAULT, 1999) e importados pelo Brasil no século XX ⁷. (COSTA, 1989, MACHADO, 1978).

1.4 A geriatria e a gerontologia

A geriatria e a gerontologia surgiram no início do século XX. O fundador da Geriatria teria sido o médico norte-americano, Ignatz Leo Nasher. Foi ele quem introduziu o termo geriatria na comunidade médica, com um artigo de 1909, escrito para o *New York Medical Journal*. A publicação de seu livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatments* (As doenças da velhice e seus tratamentos), em 1914, é considerado o marco fundamental da especialidade geriátrica.

O envelhecimento, para Nasher, era um processo de degeneração celular. Nas quatrocentas páginas que compunham *Geriatrics*, ele se dedicava a detalhar, com o máximo de precisão, a maneira como os velhos deveriam ser diferenciados a partir de seus corpos. De acordo com Katz, capítulos sobre queda de cabelos, unhas quebradiças, ressecamento da pele, irregularidades da textura muscular, perda de dentes, entre outros, mapearam o estágio de degeneração fisiológica como sendo diretamente relacionado ao nível celular. Desse modo, o que caracterizaria o envelhecimento seriam os processos patológicos. Nasher tinha algumas dificuldades para distinguir entre o estado normal e o patológico na velhice. É impossível, escreveu ele, traçar uma linha precisa entre a saúde e a doença na velhice (KATZ, 1996, apud GROISMAN, 2002). De acordo com a geriatria e a gerontologia, o envelhecimento:

É um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-los à morte (BRÊTAS; OLIVERIA, 1999, p.61).

Laslett (1991, apud SILVA, 2008, p. 159) destaca a importância e a pregnância, em termos de imaginário cultural, da metáfora médica da velhice cuja principal consequência foi produzir a relação entre velhice e doença. Conforme Silva (2008, p. 159), a metáfora médica da velhice passou a exercer acentuada influência social, determinou amplamente o seu espectro no imaginário cultural como também definiu representações sobre a experiência de envelhecer.

De acordo com Debert (1999, p. 196) a gerontologia surgiu na década de 30 do século XX, no interior de disciplinas como a psicologia e a sociologia. Segundo Katz (1996, apud SILVA 2008), o termo teria sido cunhado em 1913 por Elie Metchnikoff, um médico discípulo de Charcot. A gerontologia emergiu como uma especialidade interdisciplinar, com vistas a dar suporte à geriatria que, em contrapartida, lhe conferiu legitimidade.

O surgimento da gerontologia como disciplina é mais complexo do que o da geriatria. Muitos autores teriam contribuído para a formação do campo gerontológico, colaborando com concepções que variavam da busca por curas milagrosas para o envelhecimento até o discurso da demografia, inspirada pelas idéias malthusianas, que via o possível aumento do número de idosos como uma ameaça para a ordem social.

No Brasil, a primeira sociedade de geriatria foi fundada em 1961, na cidade do Rio de Janeiro, denominada “Sociedade Brasileira de Geriatria” (DEBERT, 1999; GROISMAN, 1999; GUEDES, 2000). Em 1969, tornou-se “Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia”- SBGG, dando abertura para a entrada de outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, etc. Os gerontólogos tinham como papel fundamental auxiliarem os geriatras, contribuindo com saberes e práticas bio-psico-sociais sobre o envelhecimento (GUEDES 2000). Em 1982 foi fundada uma associação congênere: a Associação Nacional de Gerontologia - ANG (DEBERT, 1999).

Até 1972, a SBGG só tinha 34 filiados entre geriatras e gerontólogos, sendo necessária a divulgação da geriatria e gerontologia para propagação de suas especialidades (GROISMAN, 1999). Em 1999 o número de associados havia saltado para 1.500 e, no ano de 2009, chegou a 2.525 filiados.

Desde 1971, a SBGG foi autorizada pela Associação Médica Brasileira a conceder os títulos de Especialista em Geriatria e em Gerontologia, após avaliação dos candidatos (GOMES, 1994, apud GUEDES 2000). O título de geriatra é facultado exclusivamente aos médicos e o de gerontólogo, aberto a todos os demais profissionais graduados (idem, p. 72).

Dentre os filiados da SBGG, 65,50% são médico(a)s , sendo que destes 21,03% são titulado(a)s em geriatria. Dentre o(a)s gerontólogo(a)s a distribuição se dá da seguinte maneira: Assistentes Sociais: 1,35%, Dentistas: 3,84%, Enfermeiro(a)s: 3,32%, Fisioterapeutas: 4,95%, Fonoaudiólogo(a)s: 1,54%, Nutricionistas: 1,35%, Pedagogo(a)s: 0,75%, Professore(a)s: 2,73%, Psicólogo(a)s: 4,43%, Terapeutas Ocupacionais: 2,49%, Outras áreas: 7,75%.

Uma guinada notável do discurso da gerontologia ocorre quando ela deixa de enfatizar a doença para encarar o envelhecimento como um processo natural que se inicia no útero e termina no túmulo, portanto, é o processo da vida (FEATHERSTONE, 1998, apud BRÊTAS; OLIVERIA, 1999, p. 62).

A possibilidade da manutenção do autocuidado durante todo o processo de vida é condição básica para um envelhecimento bem sucedido, visto que como mencionamos anteriormente a integridade física e psíquica do corpo, representadas pela capacidade de autonomia do ser humano no desenvolvimento de habilidades cognitivas, controles fisiológicos do organismo e controles emocionais, é o marco delimitador entre o processo de envelhecimento saudável e o patológico, além do que a perda desses controles e capacidades leva a estigmatização das pessoas idosas. (FEATHERSTONE, 1994, apud BRÊTAS; OLIVERIA, 1999, p. 71).

Entendendo o processo de envelhecimento como parte do homem, desde o útero materno através da prevenção deste processo, a geriatria e a gerontologia pretendem, na verdade, gerenciar toda a extensão da vida humana. Além de comandar a morte, passam também a orientar e controlar a vida. Desse modo, as duas especialidades teriam uma natureza interventiva. A face interventiva da geriatria justificar-se-ia por suas origens na medicina social oitocentista. No caso da gerontologia, pelo seu tripé fundador, que se baseou na geriatria higienista, na psicologia e na sociologia (DEBERT, 1999), as duas últimas, ramificações das ciências humanas, reconhecidamente normatizadoras e ordenadoras de populações.

Segundo o receituário da gerontologia, o envelhecimento será cada vez mais satisfatório quanto maior for o poder do indivíduo em “assimilar e não renunciar às mudanças físicas, psicológicas e sociais, adaptando-se, sem sofrer em demasia, aos novos papéis sociais que desempenhará no decorrer da sua vida”. (PERLADO, 1995, apud BRÊTAS; OLIVEIRA, 1999, p. 62).

De acordo com Groisman (2002, p.77), é preciso fazer uma abordagem crítica do discurso geriátrico-gerontológico, pois a natureza interventiva das referidas especialidades estaria relacionada a uma estratégia de controle social sobre seu objeto. Conforme o autor,

A prevenção parece ser a saída encontrada pela gerontologia para escapar do binômio saúde-doença. Com o discurso da prevenção, todos os sujeitos são passíveis de intervenção, independentemente de seu estado de saúde ou de sua inserção na normalidade. Pela urgência da prevenção, não importa também quando começa a velhice, pois a prevenção deve começar muito antes. Lutando por um envelhecimento bem-sucedido, a geriatria/ gerontologia parece delinear o seu mais ambicioso projeto, que é disciplinar a vida humana em toda a sua extensão.

Para Tótor (2008), a promessa de uma vida longa e sem doenças está expressa em diferentes enunciados que compõem os diversos saberes e se traduzem em normas de conduta válidas para todas as fases da vida. O prêmio para aqueles que vivem conforme as normas propostas é uma vida longa, uma velhice saudável, preservando o vigor da juventude. Conforme a autora, velhos e jovens são atingidos por esse ideal, pois uma velhice decrépita torna-se um risco virtualmente presente desde o nascimento.

É preciso governar os corpos ao longo da vida e mesmo os jovens estão presos nas malhas dessa relação de poder, cujo objetivo é a salvação de cada um, individualmente, e da população, em geral, dos males do envelhecimento. (...) Tratar a velhice como doença é a forma de produção de um sujeito sujeitado ao poder, ao saber do médico e aos demais profissionais da área de saúde (idem, p. 24).

A junção dos poderes do Estado, como poderoso gestor de populações com os saberes da geriatria e gerontologia, como produtores de saber/verdade gerenciam a vida dos idosos, norteados pelo paradigma do biopoder/biopólitica⁸ (FOUCAULT, 2005). Neste sentido, de acordo com Debert, os interesses da gerontologia e da geriatria demonstram, mais uma vez, estar em plena sintonia com as práticas do Estado, pois a regulação “estatal do curso da vida está presente do nascimento até a morte, passando pelo sistema complexo que engloba as fases de escolarização, entrada no mercado de trabalho e aposentadoria (1994, p. 20).

Ainda segundo Debert:

O discurso gerontológico é um dos elementos fundamentais no trabalho de racionalização e de justificação de decisões político-administrativas e do caráter das atividades voltadas para um contato direto com os idosos. Mesmo quando o poder de decisão final não é do gerontólogo, ele é o agente que, em última instância, tem a autoridade legítima para definir as categorias de classificação dos indivíduos e para reconhecer nos indivíduos os sintomas e os índices correspondentes às categorias criadas. (1994, p. 27-28).

Na prática, o receituário da geriatria e gerontologia buscam majorar a vida e estancar os processos do envelhecimento (TÓTORA, 2008). O controle sobre a população idosa se torna mais eficiente e imperceptível, escamoteando o exercício do poder, articulando-se às ações do Estado com as recomendações geriátrica-gerontológicas.

1.5 A familiarização da velhice: uma herança higienista

É possível identificar no discurso e na prática propagados pela geriatria e gerontologia, heranças da medicina social e das práticas higienistas do século XIX, no sentido de ordenar, regular e gerir a vida dos idosos. Assim como a medicina social oitocentista, o receituário geriátrico-gerontológico estabelece uma série de procedimentos e padrões de conduta, sobre a égide do envelhecimento saudável ou quiçá da vida eterna. Mais do que uma especialidade da medicina e das ciências sociais, a geriatria e a gerontologia se constituem como poderosas estratégias de gestão de população, o que justifica seus estreitos laços de cumplicidade com o Estado. Um dos seus traços mais marcantes, herdados do higienismo oitocentista, sem dúvida, é o discurso de normatização do sujeito pelo núcleo familiar.

A partir da terceira década do século XIX, a família brasileira passou a ser, incisivamente, definida pela medicina e pelo Estado, como incapaz de proteger a vida de crianças

e adultos. No curso do Segundo Império, a medicina social focalizou a família citadina, procurando modificar a conduta física, intelectual, moral, sexual e social dos seus membros com vistas a sua adaptação ao sistema econômico, político e social. (COSTA, 1989, p.33). Deste modo, passou-se a ordenar e preparar a família, que posteriormente seria delegada pelo Estado, como instituição responsável pelo cuidado dos mais velhos.

Segundo Costa (idem), a saída encontrada pela aristocracia e pela medicina social foi a propagação dos valores burgueses em relação à família e à ordenação e normatização do núcleo familiar. Os altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos eram tomados como justificativa pelas práticas interventivas. Através da propagação dos ideais higienistas, a medicina conseguiu impor à família uma educação física, moral, intelectual e sexual inspiradas nos preceitos sanitários da época. Nota-se que a ação da pedagogia médica extravasou os limites da saúde individual. A higiene, enquanto alterava o perfil sanitário da família, passou a modificar também sua feição social. (idem, p.12).

A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, modelo histórico de família burguesa, passava a ser objeto de gestão do Estado, lugar de disciplina, higiene e moral, lugar de controle dos indivíduos e de ordenação social. A norma familiar instituída pela medicina solicitava de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização, transformando a família em dispositivo de vigilância e de tutela dos indivíduos. O controle educativo terapêutico instaurado pela higiene iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos, através da atividade terapêutica e dos cuidados com a saúde. (COSTA, 1989, p.16)

Michel Foucault consegue identificar um campo de práticas que podem ser consideradas como diretamente portadoras e transformações quem se procura analisar, evitando esta clivagem infinita entre política e psicologia, levando em consideração o que ele chama de bio-político: essa proliferação de tecnologia políticas que irão investir sobre o corpo, a saúde, as formas de se alimentar e de morar, as condições de vida, o espaço completo da existência, a partir do século XVIII, nos países europeus. (Donzelot, 1986, p. 12).

Conforme assinala Foucault (1999) a família se tornaria o centro das atenções da política higienista no séc. XVIII na Europa. Donzelot (1986) aponta que a mulher seria utilizada como a principal interventora do núcleo familiar. Esta que até então era desvalorizada pela sociedade, passou a assumir um papel de extrema importância, se tornando o olho e o agente da medicina e do Estado no núcleo familiar, responsável direta por sua normatização e ordenação, assim como pelo “bem estar social”. (DONZELOT, 1986). Para tanto, a “dona de casa” ganhou certo número de instrumentos e aliados, como a instrução primária, o ensino da higiene doméstica, o repouso do domingo (repouso familiar em oposição ao de segunda-feira, tradicionalmente ocupado em bebedeiras) e a habitação social⁹ (DONZELOT, 1986, p. 42).

As práticas de cuidado exercidas no âmbito doméstico não mereciam atenção e eram exercidas pelas comadres, pelas domésticas e pelas nutrizes que compartilhavam seu saber e sua prática. A medicina doméstica surge colocando-se a serviço dos ideais higienistas e converte as práticas do cuidar, exercidas no âmbito privado das famílias, em uma nova estratégia de controle. As mulheres foram convocadas a assumir *status* de guardiãs completas das crianças e dos doentes, exercendo a arte da enfermagem doméstica, tornando-se parceiras dos médicos. Essa promoção da mulher ao *status* de educadora e auxiliar médica lhe conferiu um novo poder na esfera doméstica. (MAFFIOLETTI, 2006, p, 1088)

A medicina doméstica se desenvolvia no interior das famílias burguesas de modo bastante diferente em relação às famílias menos favorecidas. Nas famílias burguesas as normas se atentavam, principalmente, à educação (com foco na moral) e cuidado das crianças. Já nas famílias pobres as campanhas públicas visavam à moralização e higiene de todos os indivíduos (COSTA, 1989). Tal prática era impulsionada pelas concepções das ciências ou do Estado e, a da aristocracia que atribuíam às doenças, à desordem e todos os desprazeres sociais, às camadas menos favorecidas da população. A associação era devida aos hábitos “nefastos” típicos dos pobres, como a promiscuidade, a fornicção, e tantas outras “degenerações”. (DONZELOT, 1986).

A filantropia, a assistência social e a medicina concentraram-se para manobrar os laços de solidariedade familiar e a vida dos indivíduos.

Essas intervenções demográficas junto aos ricos e demográfico-policiais sobre os pobres permitiam a proliferação e a liberação de uma mão de obra politicamente dócil para o livre jogo do mercado de trabalho. A ação médico-filantrópico-assistencial conduzia a vida privada sem desrespeitar o pacto social. (...) Este esquema compreensivo nos deu as chaves fundamentais para a interpretação das relações entre família, medicina e Estado no Brasil do séc. XIX. A higiene da elite familiar brasileira seguiu de perto este rumo, integrando a série de medidas normalizadoras que buscavam organizar a sociedade independente (COSTA, 1989, p. 52).

O discurso promovido pela medicina vinculava a prosperidade da família à sua sujeição ao Estado (COSTA, 1989, p.63). A cumplicidade pactuada entre medicina e Estado, como estratégia de controle e ordenação social é apontada por vários autores (COSTA, 1989; DONZELOT, 1986; HADDAD, 1986; FOUCAULT, 1999). No Brasil, a medicina desenvolveu uma série de normas sanitárias e higiênicas em prol da ordenação social de acordo com os interesses do Estado. Em contrapartida, o Estado “aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas” (COSTA, 1989, p. 29).

A familiarização dos indivíduos, a normatização da família pela medicina e o pacto estabelecido entre Estado e medicina como estratégia de controle social, iria incidir diretamente sobre as ações públicas voltadas à velhice até a atualidade. A geriatria e a gerontologia herdariam o *modus operandis* da medicina social do século XIX, dando continuidade ao seu legado.

O discurso acerca do núcleo familiar é um dos carros chefes do discurso geriátrico-gerontológico, na contemporaneidade e talvez a principal herança deixada pela medicina social oitocentista. O discurso “familiarizador” dos higienistas se renovou na geriatria e na gerontologia e, iria influenciar diretamente as políticas públicas e legislações dirigidas à velhice. Segundo a atual presidência da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG:

A relação entre idoso e família é uma realidade incorporada a toda e qualquer atividade onde se discuta Gerontologia ou o processo de envelhecimento devido a seu grau de importância. Essa relação é sem dúvida um dos pilares para o

envelhecimento bem sucedido. Em todos os nossos congressos, cursos, etc. esse tema é colocado em discussão. (Informação verbal) ¹

Apesar das grandes modificações ocorridas com a estruturação da família, recentemente, ela ainda continua e, talvez ainda mais forte, como instrumento das ações do Estado e das práticas de saúde utilizados como ferramenta de gestão social e da subjetividade. O programa de Saúde da Família, considerado como a menina dos olhos da saúde pública na atualidade, é a grande mostra do fortalecimento da família como locus primordial das ações higienistas e de controle dos corpos e de gestão de populações pela via das ciências da saúde. Aliás, a ampliação das equipes de saúde para além dos médicos, incluindo também enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros profissionais é outro indicador do fortalecimento da área da saúde como instrumento de políticas de gestão da vida pelo Estado.

A aliança entre Estado e Medicina social iria ser renovada com a geriatria e a gerontologia. Ainda hoje, se podem notar nos discursos legais e nas políticas públicas, a estreita relação entre o Estado, a geriatria e a gerontologia. Ao examinar os conteúdos publicados e difundidos pela geriatria e gerontologia do período de 1976 a 1984, Haddad diz que é colocada em questão, em regra geral, a relação idoso-família. (1986, p.33.).

O Estado, dando provas da cumplicidade e aceitação do receituário geriátrico-gerontológico, se pronunciava da seguinte maneira, pela portaria 2.864 do Ministério da Previdência e Assistência Social – MAPS, arrolando seis objetivos:

- prevenir a marginalização e **promover a integração do idoso na família** e na comunidade através de programas preventivos, terapêuticos e promocionais;
- estender a assistência ao maior número de idosos, proporcionando-lhes atendimento global;
- prevenir a segregação do idoso, através de incentivos a programas inovadores que aumentem a eficácia do atendimento das necessidades básicas do idoso, com sua ativa participação;
- garantir padrões de qualidade nos serviços especializados para **atendimento ao idoso junto à família** e a sua comunidade;

¹ Informação fornecida pela atual presidência da SBGG, em agosto de 2009.

-promover programas educativos visando estimular a adoção de atitudes positivas em relação ao envelhecimento;

-proceder a melhor utilização e aproveitamento dos recursos destinados à assistência ao idoso (...) (BRASIL, 1982, apud HADDAD 1986, p. 65-66).

Analisando a portaria, Haddad (1986) se pronuncia da seguinte maneira: “Ora, este dispositivo legal atende a muitas das normas prescritas pela gerontologia-geriatria” (idem, p.67). Mais recentemente, a presença da geriatria e da gerontologia, se tornaria ainda mais marcante na legislação dirigida à população idosa. O discurso legal, definitivamente, incorporaria o discurso familiarizador dos saberes geriátricos e gerontológicos.

É possível visualizar o referido discurso nas principais leis que norteiam as políticas públicas voltadas para a população idosa em âmbito nacional. Para tanto, selecionamos alguns trechos da Constituição Federal de 1988, da Política Nacional do Idoso – PNI - de 1994 e do Estatuto do Idoso de 2003:

Constituição Federal:

Capítulo VII - Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso

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

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares (BRASIL, 1988, negrito nosso)

Política Nacional do Idoso:

Art. 3º - A Política Nacional do Idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - **a família**, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito a vida;

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias **famílias**, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

(...)

Art. 10 - Na implementação da Política Nacional do Idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - na área de promoção e assistência social:

a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das **famílias**, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais;

(...)

Estatuto do Idoso:

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

Art. 50. Constituem obrigações das entidades de atendimento:

(...)

VI – diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;

(...) (BRASIL, 2003, negrito nosso).

A relação de cumplicidade entre Estado, gerontologia e geriatria já havia sido constatada e analisada por Haddad (1986) e Correa (2007). Conforme HADDAD (1986), as práticas e saberes da Gerontologia e da Geriatria, no Brasil, foram cooptados pelos interesses do Estado burguês. Essas duas especialidades ignoraram na elaboração de seus regimes de verdade, as questões objetivas do público idoso, principalmente aquelas mais estreitamente relacionadas à realidade histórica e cultural brasileira.

As considerações de uma especialista da gerontologia retratam bem o processo de “aculturação” promovido pela gerontologia, conforme as acima apontadas:

(...) o velho e o corpo envelhecido são fundamentos legítimos de uma ciência cujas preposições são universalizáveis. Existe um velho universal, bem como um modo universal de falar a respeito disso, e a gerontologia versa – e deve versar – sobre esses universais. Os objetos universais da gerontologia não são localizáveis em discursos culturais ou históricos específicos. (COHEN, 1994, p. 82-83).

Para Haddad, o objetivo principal da Gerontologia e Geriatria em cumplicidade com o Estado, era a disciplinarização dos velhos. No trecho a seguir, fica bastante evidente tal cumplicidade na proposta da abolição da aposentadoria por tempo de serviço apoiada no regime de saber geriátrico-gerontológico considerando, exclusivamente, o ônus causado pelos benefícios de aposentadoria ao Estado:

A aposentadoria não é raro uma espécie de doença ou de morte que toma conta progressivamente do indivíduo, acabando por liquidá-lo, em geral, antes do tempo. O trabalho é o melhor prêmio que a vida pode oferecer ao homem. Sem ele a vida perde completamente o sentido, passando a ser pesado fardo. Pesado e inútil. O que se faz preciso é trabalhar com entusiasmo e, sobretudo com humor, pois desse é que nasce a sublime alegria de viver (STIEGLITZ, 1978:29, apud HADDAD, 1986, p. 43)

Autoritariamente, as duas especialidades buscam disciplinar os velhos através do discurso cientificista, fincados nos saberes da medicina social oitocentista, tendo como núcleo de controle a família. De acordo com Guedes, o receituário geriátrico-gerontológico, tem o seguinte planejamento para os idosos:

De gerenciar suas relações, buscando, se possível, educar o núcleo familiar no qual vive o idoso. Nas palavras de uma geriatra e gerontóloga [é] fundamental que a família venha junto para que seja possível melhorar essa relação (2000, p. 76).

A familiarização do idoso insere-se na antiga tática do fazer da família, em qualquer tipo de arranjo ou configuração, a base da normatização, disciplinarização, controle e gestão de corpos e da subjetividade. Todavia, a legitimidade do discurso geriátrico-gerontológico, que vincula a família como elemento fundamental para pensar o bem estar na velhice, vêm sendo contestada por especialistas europeus já há alguns anos (DEBERT, 1999b). Segundo Evandrou e Victor:

(...) o fato de os idosos viverem com os filhos não é garantia da presença do respeito e do prestígio nem da ausência de maus tratos. As denúncias de violência física contra idosos aparecem nos casos em que diferentes gerações convivem na mesma unidade doméstica. Assim sendo, a persistência de unidades domésticas plurigeracionais não pode ser necessariamente vista como garantia de uma velhice bem sucedida (...) (apud DEBERT, 1999b, p. 52)

Os esforços para engajar a família na gestão do envelhecimento estão trazendo um novo personagem para a cena do núcleo familiar: a figura do cuidador. Diferentemente da mulher/mãe/esposa que foi destacada nas práticas higienistas tradicionais, a presença do idoso na família não está necessariamente associada à figura feminina ou da esposa. O cuidador doméstico do idoso é um personagem com um perfil mais profissional do que derivado de um vínculo de parentesco. Nas famílias ricas, o cuidador é normalmente chamado de enfermeiro – independente de sua formação profissional – ou de acompanhante, contratado como empregado doméstico para esse fim. Nas famílias pobres ou menos abastadas, o encargo de cuidar do idoso acaba sendo assumido por um membro da própria família, no entanto, a ciência insiste em classificá-lo como “cuidador”. A mesma classificação tem sido utilizada para denominar os funcionários de asilos que lidam diretamente com idosos. Apesar de existirem cursos de formação de cuidadores de idosos, ainda não existem subvenções públicas dirigidas ao incentivo desta prática. A aplicação de recursos para cuidados domiciliares poderia diminuir a procura por vagas em instituições asilares, dando condições objetivas para a manutenção do idoso no espaço doméstico.

A aparição da figura do cuidador relacionada ao idoso, seja nos asilos ou nas famílias, traz consigo a substituição de relacionamentos e vínculos pessoais informais, calcados no senso comum e em laços emocionais/afetivos por relacionamentos e práticas instruídos pelos conhecimentos científicos. Tanto é que surge a preocupação com a formação e treinamento de cuidadores de instituições de longa permanência ou familiares com base nos conhecimentos da gerontologia. Começam a aparecer na literatura científica das ciências da saúde, artigos sobre os cuidadores de idosos, assim como projetos voltados para a formação, treinamento e assistência aos cuidadores (CALDAS, 2003; GIACOMIN et. al, 2005; GONSALVES et. al, 2006; MELLO et. al, 2008) .

As chamadas “capacitações” ou cursos de aprimoramento profissional dirigido aos “cuidadores de idosos”, tomam espaço importante nas agendas dos órgãos executivos dos municípios. Nas esferas estadual e federal, têm sido distribuídos vários guias e *folders* informativos, com “dicas de cuidados” voltados para os “cuidadores”. Não bastasse os esforços empreendidos pelo Estado na regulação dos cuidados, há ainda os cursos particulares oferecidos principalmente pelas associações de classe da gerontologia. Assim, é possível formar cuidadores “profissionais e especializados”, sobretudo, legitimadores e propagadores do conhecimento gerontológico.

A noção de cuidado é uma construção que se fortalece e dissemina mais amplamente associada à figura do idoso (PINTO, 2005). As práticas junto aos idosos têm sido chamadas de “práticas de cuidado”, por isso, mesmo o encarregado de tais práticas é chamado de cuidador. O que significa cuidar? Quais sentidos estão sendo gerados pela figura do cuidador? Quais as representações de velhice que são engendradas pela noção de cuidado?

A resposta a essas perguntas foge aos objetivos centrais deste trabalho, entretanto queremos apenas apontar que a figura do cuidador e a noção de cuidado é outra via importante de infiltração da geriatria e da gerontologia na família e na construção social da velhice mediante suas alianças com o Estado.

De acordo com Haddad (1986, p. 33) “a gerontologia e a geriatria apresentam-se como as principais instâncias produtoras da ideologia da velhice”. Na mesma linha de raciocínio, pode-se afirmar que as associações de classe das referidas especialidades, como a SBGG e a ANG, operam, ordenam, legitimam e autorizam os profissionais, os saberes e os sentidos vinculados à velhice. Ainda na mesma linha de raciocínio da autora, pode-se também afirmar que os procedimentos para promoção da aliança entre Estado, gerontologia e geriatria são gerenciados e legitimados por estas associações de classe.

As alianças estabelecidas entre Estado e ciência costumam ficar bem evidentes nos discursos legais. Os trechos selecionados a seguir expõem, de maneira bastante explícita os laços estreitos entre Estado, geriatria e gerontologia expressos na legislação do idoso:

Na Política Nacional do Idoso, de 1994:

Art. 4º - Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso:

(...)

V - **capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia** e na prestação de serviços; (...)

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento; (...)

Art. 10 - Na implementação da Política Nacional do Idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

(...)

II - na área de saúde:

(...)

e) desenvolver formas de **cooperação** entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e **entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia** para treinamento de equipes interprofissionais;

f) **incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;**

(...)

III - na área da educação:

(...)

c) **incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;**

(...) (BRASIL, 1994)

No Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996,

Art. 9º - Ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete:

(...)

XI - desenvolver formas de **cooperação** entre as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal, dos Municípios, as organizações não-governamentais e **entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia**, para treinamento dos profissionais de saúde;

XII - incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais;

(...)

Art. 10 - Ao Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, compete:

(...)

V - incentivar a inclusão de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores. (BRASIL, 1996)

No Estatuto do Idoso:

Art. 3º

(...)

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

(...)

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

(...)

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde (BRASIL, 2003).

A aliança estabelecida entre Estado, geriatria e gerontologia é apontada pela própria SBGG. De acordo com a atual presidência da SBGG:

A SBGG não tem se furtado a participar sempre que chamada pelo governo para implantar projetos e políticas públicas dirigidas à população idosa. (...) Recentemente a SBGG foi chamada para opinar em seminários realizados pelo Ministério Público, por ONGs e pelo Congresso Nacional, nos quais foram discutidas políticas públicas para o envelhecimento. A situação é um pouco melhor em alguns estados onde os governos estaduais e municipais buscam mais a opinião dos especialistas da SBGG, os quais se dedicam ao estudo do envelhecimento populacional, antes que o assunto seja discutido na mídia e muita gente comece a se interessar pelo assunto. A SBGG foi fundada em 1961 e desde então seus membros têm chamado a atenção das autoridades e dos formuladores de políticas públicas, principalmente de saúde, para os desafios do envelhecimento populacional. **É preciso que as políticas sejam discutidas com quem se dedica ao estudo do problema e que estejam realmente na ativa, junto aos idosos.** É necessário que sejam políticas do Estado Brasileiro e não de governo, sem continuidade. Dessa forma, estaremos contribuindo para que o Brasil continue a ostentar o título de país da América Latina que tem um dos melhores conjuntos de leis e portarias para o "enfrentamento" do envelhecimento populacional. Infelizmente, essas leis permanecem no papel com poucas ações implementadas, principalmente na área da saúde pública. Por isso, nosso trabalho incessante em todas as esferas, onde temos acesso, para garantirmos melhor qualidade de vida aos idosos brasileiros. (Informação verbal)²

CAPÍTULO II A LEGISLAÇÃO DO IDOSO

O surgimento de legislações específicas dirigidas aos mais velhos revela a intenção do Estado em regular o envelhecimento populacional. Se no Brasil imperial, as medidas ou políticas dirigidas aos idosos surgiam por iniciativa majoritária da sociedade e da filantropia ou ficavam a cargo da própria família, atualmente o Estado passa a normatizar todos os tratamentos dirigidos aos anciãos, por meio do seu instrumento maior, a legislação. Para Debert: “O Estado é a forma mais diferenciada e desenvolvida do ordenamento político –

² Informação verbal cedida pela atual presidência da SBGG, em agosto de 2009.

jurídico que, em nossa sociedade, tende a absorver cada vez mais funções anteriormente própria da família (1994, p.18).

Neste sentido, Correa esclarece que:

Por muito tempo, ela (a velhice) foi considerada como objeto da esfera privada e familiar. Cabia aos parentes e familiares ou à iniciativa de associações filantrópicas cuidarem de seus idosos. Com a constituição de um saber específico, por meio da gerontologia e da geriatria e, com o advento da aposentadoria sob responsabilidade do Estado, a velhice passa a ocupar o lugar de objeto de gestão pública (2008, p. 33).

De acordo com as pesquisas de Groisman (1999b), Neri, (2005), Haddad, (1986), podemos afirmar que do Brasil Colonial até a atualidade, foram elaborados um vasto conjunto de leis, decretos, portarias e políticas públicas que tomaram os idosos como público alvo. A produção de legislação dirigida à população idosa ganhou maiores proporções após a promulgação da Constituição Federal de 1988, considerada um marco histórico da legislação e dos direitos da pessoa idosa.

A grosso modo, a legislação do idoso regula direitos, políticas públicas, práticas, formas de tratamentos, serviços, instituições, espaços e outras especificidades relacionadas à velhice. O discurso legal traz consigo um conjunto de simbologias, imagens, ideais e valores sobre o envelhecimento, orientando também imagens, concepções, representações e afetos dirigidos aos mais velhos. Sendo assim, a legislação do idoso extrapola o campo de garantias de direitos e políticas públicas que seria sua função precípua, influenciando também na forma da sociedade agir e pensar sobre a velhice e o envelhecimento.

2.1 A Constituição Federal de 1988 - contexto e processo constituinte

A Constituição é considerada um marco de reconhecimento dos direitos dos idosos como um público específico e diferenciado por prever políticas públicas específicas. Segundo Ceneviva (2004, p. 12), a Constituição de 1988 foi: “o campo apropriado e original de catalogação específica do idoso como um subsistema individuado no universo do direito”. A Constituição é uma lei de extrema importância no Brasil, sendo considerada de maior importância em relação a qualquer outra. Por isso, exige reflexões prévias a análise de suas implicações sobre a velhice.

O período constituinte considerado de abertura democrática envolveu muitas disputas de interesses políticos e econômicos. Conforme Souza (2003), este foi um período de disputas entre interesses políticos e entre o poder executivo e legislativo. Para a autora, a Constituição não refletiu os anseios da sociedade em geral, atendendo somente aos interesses de um pequeno grupo “constituinte”. Neste sentido, a autora considera a Constituição como ilegítima, pois “para ser reconhecida como legítima e conferir autoridade legal ao poder do Estado, uma Constituição deve ter como fonte a participação dos eleitores pelos seus representantes aos quais deveria caber a discussão e a elaboração de seus princípios e enunciados” (Souza, 2003, p. 38).

A disputa de poderes ocorria entre parlamentares, poder legislativo, poder executivo, partidos políticos (recentes e remanescentes) e grupos dominantes. A batalha se travava, principalmente, pelos cargos de chefia nas comissões e assembleias constituintes:

É compreensível, nesta linha argumentativa, a disputa pelo cargo da relatoria-geral da comissão de sistematização, uma vez que esta detinha, na forma do primeiro regimento interno, maior ascendência decisória em relação ao plenário geral. (...) pode-se afirmar que as relatorias desempenham um papel importante nos processos decisórios na medida em que influem sobremaneira na elaboração dos anteprojetos encaminhados à votação. Como centralizadores de todas as informações disponíveis (...). Os presidentes das comissões, por sua vez, concentrariam grande poder na medida em que influenciavam diretamente as decisões regimentais. (op. cit., p. 43).

O grupo majoritário de constituintes que ocupava quase que absolutamente os cargos de chefia das comissões e assembleias constituintes, era formado por políticos do chamado “Centro Democrático”, também conhecido como “Centrão”. Compunha-se por uma parcela dos parlamentares do PMDB, pelo PFL, PDS e PTB, além de outros partidos menores. O “Centrão” tinha o perfil liberal-conservador, sendo apoiado pelo poder executivo, pela burguesia nacional e internacional e por representantes das tendências mais conservadoras da

sociedade. Conseguiu influir decisivamente na regulamentação dos trabalhos da Constituinte e no resultado de votações importantes, como a duração do mandato do ex-presidente José Sarney estendido para cinco anos (SOUZA, 2003).

Pode-se considerar que, as disputas entre as forças hegemônicas na elaboração do texto constituinte permaneceram mesmo após a promulgação da Constituição. Houve várias emendas no texto promulgado em 1988, a maioria delas proposta pelo governo de Fernando Henrique Cardoso. De acordo com Couto e Arantes:

Um dos aspectos mais evidentes e controversos da democracia brasileira contemporânea diz respeito ao fato de que a nossa Constituição, promulgada em outubro de 1988, não adquiriu até o momento as condições de estabilidade e permanência que normalmente caracterizam os textos constitucionais. Observando-se a dinâmica política e a produção legislativa pós-1988, é possível afirmar, sem exagero, que o país permaneceu numa espécie de agenda constituinte (...) (2006, p. 41).

Segundo Celina Souza, foram sessenta e duas emendas em vinte anos desde a promulgação, sendo que nenhuma das outras seis Constituições brasileiras anteriores alcançaram tão elevada “taxa de emendamento” (2008, p. 797).

Para Soares e Araujo (2008), a Constituição Federal não passa de um mero engodo simbólico e legitimador dos poderes hegemônicos em nossa sociedade. Foi na prática comandada e manipulada pelo PMDB, que segundo Pimenta é: “o partido das oligarquias burguesas regionais mais corruptas e mais retrógradas do Brasil” (PIMENTA, 2006, p.01).

A existência de um constitucionalismo simbólico pode conduzir ao pensamento de que a Constituição positivada, a Constituição jurídica, constitui, no dizer de Lassale, mera “folha de papel”, sendo os fatores reais de poder, que o mesmo autor chama de Constituição Real, a verdadeira força que determina as leis e as instituições da sociedade. Assim, a normatividade sempre sucumbiria à realidade fática. O direito constitucional, portanto, teria apenas a função de justificar as relações de poder dominantes, não estando a serviço de uma ordem estatal justa (HESSE, 1991, Apud SOARES; ARAUJO, 2008, p.7074-7075).

2.2 A velhice prevista na Constituição

Sem ignorar interesses corporativos e as disputas de poder que acompanharam todo o processo constituinte de 1988, o fato é que a velhice aí apareceu como objeto de preocupação da sociedade e do Estado. Se antes a velhice era ignorada, relegada ao ostracismo ou pelo menos não era objeto de maiores preocupações do Estado, a partir de 1988 não resta mais dúvidas de que, para o bem ou para o mal, passou a ser tratada como assunto de importância nacional e de gestão pública planejada e orientada científica e politicamente. Diferentemente de outros preceitos constitucionais que caíram no esquecimento posteriormente e sequer foram regulamentadas em forma de lei, as questões relacionadas à velhice se mantiveram vivas e foram coroadas com o Estatuto do Idoso.

Dentre os direitos atribuídos à velhice pela Constituição de 1988, tendo a idade como único critério de concessão, nota-se maior atenção voltada às questões relacionadas à seguridade social. Foram estabelecidos os direitos à saúde, à aposentadoria, à previdência, à assistência social e ao amparo na velhice (artigos: 40; 93; 201; 202; 203; 229 e 230), serviços estes que compõem o sistema de seguridade social no Brasil¹⁰.

São também direitos garantidos pelo mecanismo constitucional, a indiscriminação por idade (artigo 3^o inciso IV), voto facultativo (artigo 14, parágrafo 1^o, alínea “c”) o transporte coletivo urbano gratuito (art. 230, parágrafo 2^o); vantagem ao candidato mais velho em caso de empate em eleições (art. 77); a isenção de impostos de acordo com a fonte de renda (art. 53); a aposentadoria por idade aos segurados da previdência social (artigo 201, parágrafo 7^o, inciso II) e salário benefício de um salário mínimo mensal para os não segurados da previdência social, que não podem prover sua própria subsistência (artigo 203, inciso IV).

Porém, a Constituição Federal não concedeu apenas “vantagens” aos mais velhos. A idade avançada também foi considerada como critério de exclusão (para aqueles com sessenta e cinco anos ou mais) para admissão aos cargos de ministro do Tribunal de Contas da União (art. 73), do Supremo Tribunal Federal (art. 101), do Supremo Tribunal de Justiça (artigo 104), do Tribunal Superior do Trabalho (artigo 111, Parágrafo 1^o) e para o cargo de Juiz (artigo 107). A aposentadoria compulsória aos setenta anos de idade prevista aos servidores públicos e juízes, também pode ser entendida como um critério de exclusão, pois a idade

avanzada é tomada como único critério para o afastamento do cargo (Artigo 40, parágrafo 1º, inciso II; artigo 93, inciso VI).

No artigo 93, é possível enxergar nitidamente a relação entre a idade avançada e invalidez no texto constitucional.

Art. 93. Lei complementar, de iniciativa do Supremo Tribunal Federal, disporá sobre o Estatuto da Magistratura, observados os seguintes princípios: (...)

VI - a aposentadoria com proventos integrais é compulsória por invalidez ou aos setenta anos de idade, e facultativa aos trinta anos de serviço, após cinco anos de exercício efetivo na judicatura; (BRASIL, 1988, negrito nosso).

A relação entre invalidez e velhice surgiu com a institucionalização das aposentadorias, tornando-as praticamente sinônimas. Com isso, idade avançada transformou-se em uma marca independente da “invalidez”. Fato este que exclui muitos idosos aptos ao trabalho, inclusive aqueles bastante saudáveis, tal como está expresso no trecho da Constituição Federal acima exposto.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, houve a abertura para a formulação de um vasto conjunto legislativo, voltado exclusivamente a população idosa. Deste modo, o idoso passaria a ser catalogado, como um público específico, com características biológicas, psicológicas e sociais próprias, necessitando assim de leis, tratamentos e políticas exclusivas.

O campo legislativo, desbravado a partir dos preceitos constitucionais, pode ser considerado como uma verdadeira estratégia de gestão do Estado neoliberal. Como bem se sabe o Estado neoliberal, ou Estado mínimo, procura ao máximo se eximir de suas responsabilidades de gestor, que envolvam a administração direta de instituições, de pessoal e de serviços, buscando sempre privatizar estas instâncias. Neste sentido a gestão neoliberal não

se faz presente nos espaços físicos. A o foco administrativo passa a priorizar o funcionamento e regularização da sociedade, maximizando seus territórios de poder, ao passo que diminui os gastos públicos. E assim vão se multiplicando as leis, tal como no caso da população idosa, uma estratégia burocrática para manutenção e potencialização do poder estatal.

2.3 Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 – a Política Nacional do Idoso

Após seis anos da promulgação da atual Constituição Federal, entrava em vigor no dia 4 de janeiro de 1994, a Lei nº 8.842, a Política Nacional do Idoso – PNI. A referida lei estabelecia diretrizes para as políticas públicas voltadas aos idosos, estipulando finalidades, princípios, organização e gestão da política nacional do idoso.

Um aspecto bastante marcante da PNI é o forte ímpeto geriátrico-gerontológico presente no conteúdo da lei. A presença dos saberes geriátrico-gerontológico é uma constante que permeia as concepções de velhice presentes no texto Lei, expressamente marcado por cientificismos, confirmando que as referidas especialidades lograram um vasto campo de gestão sobre a velhice e o envelhecimento. Como exemplo, podemos observar o Artigo 1º da PNI:

Art. 1º - A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL 1994).

A Lei 8.842 se destacou, principalmente, pela criação dos Conselhos do Idoso nas esferas nacional, estadual e municipal. Tais Conselhos foram estabelecidos pela PNI, como órgãos permanentes e deliberativos, responsáveis pela formulação, coordenação, supervisão e

avaliação das políticas do idoso em suas respectivas esferas da administração pública (BRASIL, 1994, Artigo 7^o).

Porém, ao conferir tamanha autonomia e prestígio aos Conselhos do Idoso, estes órgãos poderiam transformar-se em espaços de contestação, embate e divergências em relação aos interesses do Estado. Neste sentido, o Estado tomou as medidas cabíveis no intuito de docilizar a atuação destas instâncias “democráticas”, reservando metade dos seus assentos aos membros do poder público. Devido a composição dos Conselhos do Idoso estabelecida pela PNI, é possível compará-los à extensões do aparelho burocrático Estatal, conforme pode-se constatar no artigo 6^o da PNI, que trata do assunto.

Art. 6º - Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipal do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicos e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área (BRASIL, 2004).

De acordo com o artigo 6^o da PNI, a composição dos Conselhos do Idoso é dividida igualitariamente entre membros do poder público e de entidades prestadoras de serviços à população idosa. Tal composição transformou os Conselhos do Idoso em mais um desdobramento burocrático do Estado já que seus membros estariam atrelados diretamente ao poder público, pois de um lado estariam os representantes de órgãos e entidades públicos e de outro, os prestadores de serviços, na maioria das vezes, representantes de instituições mistas¹¹, submissas aos interesses do Estado.

Ainda pode-se notar que, na composição dada pela PNI, não há a garantia de participação da própria população idosa na atuação dos Conselhos do Idoso, em especial de representantes de usuários de serviços públicos. A ausência de segmentos de idosos revela que o Estado desqualifica os mais velhos considerando-os incapazes de gerir seus próprios interesses. De maneira geral, a composição proposta pela PNI revela a ilegitimidade dos Conselhos do Idoso em sua gênese.

É necessário frisarmos que este não é um problema apenas dos Conselhos da pessoa idosa. De acordo com Andrade (2007) a composição de todos os conselhos (da Assistência Social, da Saúde, da Educação, etc.), quando reguladas por leis elaboradas pelo próprio

governo, acaba deslegitimando estes potenciais canais de participação popular, transformando-os em verdadeiros aparelhos burocráticos do Estado. Com isso, há a inversão da função dos conselhos que passaram de lugares de enfrentamento, em sua origem¹², para lugares de aceitação.

De Acordo com Andrade:

Outra crítica em relação aos Conselhos diz respeito à burocratização da participação, já que a agenda é muitas vezes definida de cima para baixo, sem tempo hábil para que os conselheiros avaliem melhor os temas sujeitos à deliberação. No caso dos Conselhos Municipais de Assistência Social, por exemplo, a função de dar concessão/renovação do atestado de funcionamento das entidades de assistência social se sobrepõe a outras funções. Desse modo, o debate sobre a política municipal de assistência social acaba por ficar em segundo plano (PERISSINOTTO, 2002, apud ANDRADE, 2007, p. 79).

O intuito do Estado na criação de conselhos em diversas áreas de gestão, aparentemente é tomar a frente da iniciativa popular e cooptar totalmente estes espaços, supostamente de participação e controle exercidos pela população. De acordo com Andrade, a criação de espaços participativos pelo governo tem originado diversas críticas, por serem espaços criados de cima para baixo, chamados de *invited spaces* (espaços a convite). Com isso, há excessiva burocratização da participação nesses espaços assim como para o risco de deslegitimação de outros espaços participativos espontaneamente criados por dada comunidade (idem, p. 38).

2.4 O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

Em 13 de maio de 2002 o Decreto nº 4.227 criava o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI. A PNI de 1994 regulava as atribuições e composição dos conselhos do idoso, abrangendo todo o território nacional, como órgãos permanentes e deliberativos, responsáveis pela formulação, coordenação, supervisão e avaliação das políticas do idoso. Já o Decreto nº 4.227 concebia o CNDI como órgão **consultivo** na elaboração e implantação da

Política Nacional do Idoso, sem nenhuma autonomia para tomar frente, definir ou participar efetivamente na elaboração de metas, objetivos, paradigmas, rumos, etc. nas políticas dirigidas à população idosa.

O Decreto mencionado não previa sequer a participação de membros da sociedade civil no CNDI como estava previsto anteriormente na já fragilizada PNI. O Decreto 4.227 reservou os assentos do CNDI apenas aos membros da administração pública federal. Se a composição dos conselhos do idoso dada pela PNI transformava tais órgãos, na prática, em desdobramentos burocráticos do Estado, como apontamos anteriormente, a composição do CNDI dada pelo Decreto 4.227 deixava-o ainda mais submisso aos interesses do Estado.

Art. 4º O CNDI será composto:

I - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:

- a) da Justiça;
- b) das Relações Exteriores;
- c) do Trabalho e Emprego;
- d) da Educação;
- e) da Saúde;
- f) da Cultura;
- g) do Esporte e Turismo;
- h) do Planejamento, Orçamento e Gestão;

II - por dois representantes do Ministério da Previdência e Assistência Social e,

§ 1º Os membros governamentais do CNDI serão indicados pelos titulares dos respectivos órgãos e designados pelo Ministro de Estado da Justiça (...) (BRASIL, 2002).

Em 17 de junho de 2004, o Decreto nº 5.109 alterava as atribuições e composição do CNDI elevando-o a colegiado de caráter **deliberativo**, dando a seguinte composição:

Art. 3º O CNDI tem a seguinte composição, guardada a paridade entre os membros do Poder Executivo e da sociedade civil organizada:

I um representante da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e de cada Ministério a seguir indicado:

- a) das Relações Exteriores;
- b) do Trabalho e Emprego;
- c) da Educação;
- d) da Saúde;
- e) da Cultura;
- f) do Esporte;
- g) da Justiça;
- h) da Previdência Social;
- i) da Ciência e Tecnologia;
- j) do Turismo;
- l) do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- m) do Planejamento, Orçamento e Gestão; e
- n) das Cidades;

II quatorze representantes de entidades da sociedade civil organizada, sem fins lucrativos, com atuação no campo da promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, que tenham filiadas organizadas em, pelo menos, cinco unidades da Federação, distribuídas em três regiões do País.

§ 1º Os representantes de que trata o inciso I, e seus respectivos suplentes, serão indicados pelos titulares dos órgãos representados.

§ 2º Os representantes de que trata o inciso II, e seus respectivos suplentes, serão indicados pelos titulares das entidades representadas (...) (BRASIL, 2004)

O Decreto nº 5.109 garantiu a participação da sociedade civil organizada além dos membros do governo. Todavia, como já apontamos anteriormente, o conceito de sociedade civil organizada, abrangem representantes de entidades mistas, prestadores de serviços,

especialistas da área e membros de clubes de serviço. Deste modo, mais uma vez os sexagenários, principalmente os representantes de usuários de serviços, foram excluídos das cadeiras do CNDI.

O tratamento dado à população idosa não foi o mesmo dispensado às especialidades da geriatria e da gerontologia. Muito pelo contrário, na atual composição do CNDI há assentos titulares e suplentes reservados para representantes da Associação Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG e para a Associação Nacional de Gerontologia- ANG (BRASIL, 2009).

2.5 O Decreto 1948 de 03 de julho de 1996

O Decreto 1.948, promulgado em 03 de julho de 1996, passou a regular as disposições da Lei nº 8.842 estabelecendo competências aos órgãos e entidades públicas. O Decreto distribui tarefas e metas específicas a cada órgão da administração federal, de acordo com a competência específica de cada um deles, delegando a coordenação da política nacional do idoso ao Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS.

Seguindo a mesma tendência da PNI, o Decreto 1.948 também é bastante marcado pela presença dos saberes geriátrico-gerontológico, em especial ao decretar modalidades de instituições voltadas ao atendimento da população idosa. No referido quesito, o Decreto abriu um vasto horizonte de serviços, instituições e programas, especializados para os idosos como alternativas ao atendimento asilar. A variedade de instituições não asilares, além de atender a demandas específicas da população idosa, atende também às necessidades da geriatria e da gerontologia. Ao estabelecer uma variedade de serviços com objetivos e públicos específicos, estipula-se a necessidade de mão de obra especializada, garantindo assim, um vasto campo de atuação para profissionais das duas especialidades.

O artigo 4º faz a relação das modalidades de atendimento “não-asilares”, retratando a variedade de especificidades e especialidades que circundam a velhice:

Art. 4º Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:

I - Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;

II - Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia - local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;

III - Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;

IV - Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;

V - atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;

VI - outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade (BRASIL, 1996).

2.6 Portaria 73: Normas e Padrões de Funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa

A Portaria 73 entrou em vigor em 10 de maio de 2001 e constitui uma importante etapa de regulamentação da Política Nacional do Idoso – Lei 8.842, de 04/01/1994 (BRASIL, 2001). A Portaria intitulada “Normas e Padrões de Funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa”, na mesma linha do Decreto 1.948, dispunha sobre novos paradigmas institucionais na assistência ao idoso a serem consolidados em âmbito nacional de acordo com os indicadores sócio-econômicos, as demandas, as peculiaridades sócio-culturais de cada ente federado.

Seguindo a tendência da legislação do idoso em geral, o saber geriátrico-gerontológico marcou sua presença na Portaria 73. A justificativa apresentada na portaria e as modalidades de atendimento seguem-se abaixo:

A literatura aponta para o fato de que uma proporção crescente do segmento populacional em idades avançadas e vivendo mais, acarreta pressões no sistema de assistência, previdência social, saúde, educação e trabalho. Diante do exposto a

Secretaria de Estado de Assistência Social, em parceria com OG's, ONG's e ministérios setoriais, propõe novas modalidades de atenção ao idoso, que poderão ser adequadas à realidade de cada município, entendendo que é fundamental a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber:

- Família Natural
- Família Acolhedora
- Residência Temporária
- Centro Dia
- Centro de Convivência
- Casa Lar
- República
- Atendimento Integral Institucional
- Assistência Domiciliar/Atendimento Domiciliar (BRASIL, 2001).

A referida Portaria estabelece definição, objetivo, justificativa, público alvo, metas e normas de funcionamento para cada modalidade de atendimento. As modalidades de atendimento abrangem a uma grande diversidade de demandas específicas da população idosa. Todavia, vale lembrar que dos serviços propostos pela Portaria 73, apenas a modalidade asilar (Atendimento Integral Institucional) tem sido adotada como política pública de amparo à população idosa, salvo nos casos de alguns municípios que implantaram os denominados “Centros de Convivência”. Apesar de todo o discurso legal, na prática, as instituições asilares dominam o setor institucional de atendimento ao idoso.

Disputas e interesses a parte, a Portaria 73, junto com o Decreto 1.948, dispõem sobre medidas e serviços que de fato são necessários para a transição do atendimento asilar, para outras modalidades de serviços. Com isso, não se transformam apenas as modalidades de atendimento, mas também os paradigmas de produção de sentidos sobre a velhice, que podem contribuir para a produção de sentidos menos pejorativos, assim experiências mais dignas de envelhecimento.

2.7 Decreto 6.800 de 18 de março de 2009

O Decreto 6800 transferia a coordenação da PNI à Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH, integrante do Ministério da Justiça - MJ. Para tanto, foi alterado o artigo 2º do Decreto 1.948 de 1996 e revogados o artigo 13 do Decreto 1.948 e o inciso IIV do artigo 11 do Decreto 5.550 de 22 de setembro de 2005 que atribuía a coordenação da política Nacional do Idoso à Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS.

Nota-se, em comum entre os decretos que regulam a PNI, um jogo de troca da competência de coordenação da política nacional do idoso. Há em cada um destes decretos-leis, alterações quanto ao órgão responsável pela coordenação da política nacional do idoso. Em alguns casos as mudanças se justificam pelos rearranjos nas estruturas administrativas e atributivas da administração pública decorrente de movimentos de transições políticas.

Por outro lado, fica a impressão que a coordenação das políticas do idoso é uma atribuição indesejável que passa de mão em mão, sem se fixar em nenhuma delas e que os idosos não despertam interesses de investimentos e planejamento. Este fato se torna mais significativo com a alteração da coordenação da PNI para a SEDH, um membro do Ministério da Justiça. A transferência de um órgão da assistência social para um órgão da justiça pode ser interpretado como uma mudança paradigmática na política nacional do idoso, entendido agora como um sujeito de direitos. Mas, por outro lado, traz à tona a instabilidade e falta de planejamento a longo prazo para a execução de políticas públicas ao segmento em questão.

2.8 Lei nº 12.213: os Fundos Nacional, Estadual e Municipal do Idoso

Promulgada pela presidência da república no Diário Oficial da União, do dia 20 de janeiro de 2010, a Lei nº 12.213 institui a criação do Fundo Nacional do Idoso e autoriza a criação de congêneres nas esferas estaduais e municipais. Os referidos fundos se destinam a financiar os programas e as ações relativas ao idoso “com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2010). A Lei prevê deduções do imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas, das doações “devidamente comprovadas feitas aos Fundos Nacional, Estaduais ou

Municipais do Idoso. O total das doações não poderão ultrapassar 1% (um por cento) do imposto devido. Os fundos do idoso contarão, ainda, com recursos governamentais e contribuições de organismos e governos estrangeiros.

A Lei nº 12.213 do Idoso é o produto de longas e acalentadas discussões que vinham sendo feitas pelos conselhos dos idosos em todo o conjunto da federação. Esta discussão abordava a não dedução dos impostos de pessoas físicas e jurídicas, das doações em dinheiro feitas às políticas e serviços voltados à população idosa. A indignação dos conselheiros se dava pelo fato de que as referidas deduções já haviam sido aprovadas para as políticas da criança e do adolescente.

A instituição dos fundos do idoso reconfigura a importância dos conselhos do idoso, pois, segundo a Lei, os conselhos deverão ser os gestores destes fundos. Art. 4º É competência do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - CNDI gerir o Fundo Nacional do Idoso e fixar os critérios para sua utilização (BRASIL, 2010).

Sendo assim, haverá uma verdadeira corrida daqueles entes federados, principalmente municípios de pequeno porte, localizados nos rincões mais esquecidos deste país que não possuem os conselhos em funcionamento, no intuito de organizar e implantar estes órgãos. Com isso, os Conselhos do Idoso, que já vinham constituindo-se como ramificações do Estado, tendem a tornarem-se instâncias ainda mais burocráticas e superficiais, sendo encarados agora, como pré-requisito para a captação de recursos financeiros.

Em última análise, é possível compreender a instituição dos fundos do idoso como o reflexo das preocupações do Estado para com a vertiginosa elevação do percentual de idosos em relação às demais faixas etárias da população. Se no início década de 90, o Brasil se enxergava como um país jovem¹³ e direcionava sua atenção e investimentos à população infante juvenil, atualmente se volta aos sexagenários. Autorizando doações que até então só eram permitidas às políticas voltadas às crianças e adolescentes, o governo revela, que a partir de agora, deverá dividir os espaços, recursos e atenções, que até então eram dirigidos aos mais jovens, com os mais velhos. Revela ainda que, reconhece a realidade demográfica do país e que a receita dos recursos públicos não será suficiente para atender às demandas do crescente contingente de idosos, sendo assim necessário captar recursos diretamente junto à sociedade.

2.9 Lei nº 10.741: O Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso, lei nº 10.741, promulgado no dia 1º de outubro de 2003, é atualmente a legislação maior de garantia dos direitos da pessoa idosa no Brasil. Em conjunto com a PNI de 1994, dispõe sobre normas e diretrizes para a formulação e execução de políticas públicas e serviços destinados à população idosa definida pelo próprio Estatuto como aquela com 60 anos ou mais.

Não podemos afirmar que o Estatuto do Idoso (ANEXO D) trouxe mudanças significativas aos direitos da pessoa idosa, mas sim, extensões e especificações de direitos já previstos anteriormente. Alguns deles já estabelecidos desde a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948. Podemos afirmar assim que, o Estatuto tornou público que a velhice é portadora de direitos, refletindo a necessidade da imposição de um mecanismo legal (e punitivo) para o cumprimento destes direitos. O Estatuto acaba refletindo bastante a importância que a velhice adquiriu na sociedade brasileira desde o final do século passado.

O Estatuto do Idoso foi um projeto de lei, apresentado em 1997 pelo então senador Paulo Paim (um dos deputados “Constituintes” de 1988), elaborado por assessores. Em entrevista cedida à revista “*A Terceira Idade*”, Josepha Teothônia de Britto, ex-assessora do senador e uma das principais responsáveis pela elaboração do Estatuto, revela:

O Estatuto do Idoso foi o primeiro Trabalho que o senador Paulo Paim me pediu. Ele me falou que pediam muito a ele para fazer o Estatuto do Idoso, baseado no Estatuto da Criança e do Adolescente que já vinha trazendo algum resultado, não tudo o que se esperava, mas algum resultado. Ele disse: Pode deixar tudo e mergulhar nisso”. A gente começou a trabalhar em março e em agosto de 1997 demos entrada no projeto. (BRITTO, 2005).

Como desdobramento da Constituição de 1988, surgida no bojo de todo um longo processo de redemocratização do estado brasileiro após um duro período de ditadura militar, o

Estatuto finca suas origens num amplo debate sobre a sociedade brasileira que culminou com a referida Constituição, celebrada como a Constituição Cidadã. Portanto, não se trata de uma lei qualquer, surgida da iniciativa de algum parlamentar, mas de uma legislação decorrente de um amplo movimento social em torno da recuperação do estado de direito e do exercício da cidadania.

Sem ignorar interesses corporativos e as disputas de poder que acompanharam todo o processo constituinte de 1988, o fato é que a velhice aí apareceu como objeto de preocupação da sociedade e do Estado. Podemos tomar as menções ao idoso na referida Constituição como um marco importantíssimo do reconhecimento da velhice e de sua diferenciação como um segmento da população. Se antes a velhice era ignorada, relegada ao ostracismo ou pelo menos não era objeto de maiores preocupações do Estado, a partir de 1988 não resta mais dúvidas de que, para o bem ou para o mal passa a ser tratada como assunto de importância nacional e de gestão pública planejada e orientada científica e politicamente. Diferentemente de outros preceitos constitucionais que caíram no esquecimento posteriormente e sequer foram regulamentados em forma de lei, as questões relacionadas à velhice se mantiveram vivas e foram coroadas com o Estatuto do Idoso decretado em 2003.

O Estatuto, portanto, reflete e ao mesmo tempo produz um sentimento nacional em relação à velhice. Possui um caráter universalista e disciplinador do entendimento que se tem da velhice e do tratamento que se deve dispensar a ela no cenário social. É fruto de um amplo consenso em torno do qual se reúnem setores organizados dos próprios idosos, entidades prestadoras de serviços especializados, políticos que têm suas bases eleitorais e interesses nesse segmento, profissionais que atuam junto a essa população, pesquisadores e acadêmicos que elegem esse campo como local de seus objetos de estudo e investigação tornando-o uma especialidade da ciência.

O levantamento de pesquisas realizadas sobre o Estatuto do Idoso indicou a existência de poucos estudos sobre o assunto no campo das ciências sociais, dentre eles, alguns foram encontrados no campo do Direito (SILVA, 2007), (CENEVIVA, 2004) e outros no da saúde (MARZIALE, 2003), (MARTINS; MASSAROLLO, 2007). No campo da Psicologia, em nossas pesquisas, encontramos apenas um artigo que o tomou como objeto de análise. O referido artigo, intitulado *“AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA EXPRESSAS NO ESTATUTO DO IDOSO”*, de autoria da pesquisadora Anita Neri, que fora publicado em 2005, na revista *“A Terceira Idade”*. O artigo traz

importantes reflexões sobre o Estatuto do Idoso. Neri fez um amplo levantamento histórico sobre as políticas públicas para idosos no Brasil e ainda se atentou para vários trechos do Estatuto, fazendo análises das possíveis repercussões, de algumas concepções de velhice presentes no Estatuto, da condição do idoso no contexto social brasileiro, assim como sobre os avanços e retrocessos na política nacional do idoso decorrentes desta Lei.

Para Neri (idem, p. 07), o Estatuto “reflete a influência de atuação de especialistas, políticos e segmentos organizados de idosos”. Estabelece como direitos específicos à velhice alguns que já eram considerados universais ou que já eram previstos por leis anteriores e outros tratados nacionais e internacionais, como o direito à saúde, educação, liberdade, previdência, assistência social, etc. Segundo a autora, algumas inovações previstas pelo Estatuto acabam revelando o modo pela qual a velhice vem sendo retratada e registrada nas leis brasileiras, como carente e frágil necessitada de proteção e prioridades.

Cabe destacar que o Estatuto é um documento escrito, estruturado na linguagem do Direito como um conjunto de dispositivos jurídicos derivados da Constituição Nacional e publicado na forma de lei como decreto do Senado Federal. Sua extensão, adentrando vários aspectos da vida do idoso junto ao seu poder de lei estatutária baseadas na Constituição Federal, o torna um dispositivo crucial na atualidade de configuração da velhice.

A observação da estrutura do Estatuto revela as tônicas dadas a certos atributos vinculados à velhice, quando, por exemplo, um determinado tema é tratado como título de um capítulo ou por sua repetição ao longo do documento. Na leitura inicial, já se destacam as reiteradas referências à saúde/doença, cuidados e assistências essenciais, fragilidades, dependências, passividade e outros atributos desvitalizantes imputados à velhice. Até mesmo os direitos são formulados como concessões obrigatórias da sociedade ou do Estado e não como garantias de participação política.

É notável como o Estatuto, enquanto um dispositivo jurídico, produz um efeito de sentido de verdade, de determinação e de direito inquestionável. A linguagem jurídica não pode ser desprezada como produtora de importantes efeitos de sentido neste documento. A organização do texto sob a forma de capítulos, parágrafos, incisos, etc. e a redação sintética, direta e clara, geram sentidos de objetividade e determinação, ainda mais quando aliados a uma suposta força da lei.

A um leitor atento, dificilmente escapará a diagramação da página inicial do Estatuto que ostenta, na parte superior, o brasão da república do Brasil, seguido das inscrições “Senado

Federal”, “Comissão Diretora”, “Parecer nº 1301, de 2003, tudo isso em negrito e letras de tamanho grande. São indícios inequívocos de que o que se segue a essa primeira página é algo importante, sério e que tem o peso da chancela do símbolo maior do país - o brasão nacional - e a sub-escritura de uma suposta “importante instituição política” nacional: o Senado Federal. Diante de tal imagem inicial, o leitor não duvidará do peso e do valor desse documento.

O uso de numerações, típica do discurso jurídico, é outro aspecto formal que gera um efeito de sentido de ordem, precisão e seriedade. O decreto é de número tal, do ano tal, sugerindo que não cabe qualquer dúvida sobre sua existência e que poderá ser facilmente localizado, resgatado e recuperado naquilo que ele reza sem qualquer titubeio. Apresenta-se como uma vontade suprema e onipresente por ser um “decreto”, portanto, não cabendo contestações e por conter mandamentos de forma clara e precisa, distribuídos por compartimentos bem definidos e de fácil localização.

Ninguém ousaria tripudiar com dizeres, pronunciados por um Senado de uma República, como o que aparece no Título I, artigo 3º do referido Estatuto: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação (...)” (BRASIL, 2003). Está aí, de forma clara e contundente, uma determinação imposta a todos (família, sociedade e poder público) e com absoluta prioridade. Como nesse trecho, a linguagem do Estatuto não economiza verbos na forma imperativa, substantivos concretos e superlativos para fazer valer suas determinações de maneira inequívoca e sem vacilações. Esses elementos formais e contextuais do Estatuto participam ativamente da produção dos seus efeitos de sentido e não devem ser desprezados.

Não se pode ignorar que o referido Estatuto é uma regulamentação de um preceito constitucional, a saber, oriundo de uma constituição federal que foi celebrada como a “constituição cidadã”. Tudo que ali está, se reveste da força da legislação maior do país e, ainda mais, dessa força e legitimidade de uma constituição vista como redemocratizante e profundamente enraizada nas aspirações e na vontade popular.

As garantias relacionadas à cidadania são constantemente reforçadas no Estatuto, como se pode observar no artigo 10: É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

As “entidades de atendimento ao idoso”, assim denominadas pelo Estatuto, também aparecem com certo destaque, sendo dedicados a elas três capítulos exclusivos. Esta dedicação reforça o espírito do Estatuto em assegurar amparo, serviços e cuidados aos idosos, num certo sentido, encorpando, ainda mais, o esforço em apresentá-los como cidadãos de direitos. Por outro lado, a vinculação dos idosos a espaços geográficos e psicossociais específicos incide majoritariamente sobre as instituições.

O termo “entidades de atendimento”, tal como está disposto no Estatuto, não se refere, necessariamente, às instituições de longa permanência, como é o caso do asilo. Este é um sinal de reconhecimento na lei da ascensão de outras instituições de atendimento que vêm emergindo mais recentemente, como é o caso dos Centros de Referência do Idoso (CRIs), dos Centros de Convivência do Idoso (CCIs), Centros de cuidados-dia, Clubes da Terceira Idade e outros.

É importante observarmos uma mudança ou transição de paradigma de atendimento à velhice, conforme sugere a aparição destes novos paradigmas institucionais. Se antes o velho encontrava abrigo e assistência no espaço do “asilo”, na atualidade, o idoso se insere nas “entidades de atendimento” como as casas lares, residências assistidas, centros dia, centros de referência e convivência do idoso e outras instituições específicas. Mudam-se as nomenclaturas e os espaços, mas as idades avançadas da vida continuam sendo diferenciadas e apartadas do convívio e dos espaços comuns. Seja preso a uma cadeira de rodas em algum asilo ou participando de oficinas e outras atividades oferecidas em centros de convivência, o ancião permanece segregado em um “curral psicossocial”.

O lócus social da velhice ainda mantido como espaço de segregação somado às representações e imagens que retratam o velho como dependente e incapaz de suprir suas necessidades, autonomamente criam uma diferenciação com um sentido predominantemente pejorativo. Os Espaços delimitados pelo Estatuto acabam refletindo a percepção da velhice em nossa sociedade, fortemente associada à figura velho decadente e dependente que vive à margem em asilos, hospitais e outras instituições afins (AMO, 2003, apud MIGUEL et. al., 2007).

Junto a tais entidades, a família é apontada como um lugar importante para o assentamento do idoso. As insistentes menções à importância da família seguem o receituário geriátrico-gerontológico como já foi abordado anteriormente. Por outro lado, reforça a ótica que concebe o idoso como dependente e incapaz de gerir sua própria vida, ao delegar à

família a responsabilidade de sua tutela. Não se pode ignorar que é bastante conveniente para o Estado eximir-se de suas responsabilidades administrativas, pela via legal estatutária ao atribuí-las à família e a outros segmentos da sociedade. Com isso, o Estado revela suas pretensões de privatizar a gestão sobre o envelhecimento, colocando-se na privilegiada posição de instância reguladora.

Habitação própria é o espaço menos citado e vinculado ao idoso. O idoso independente abrigado em sua própria casa é mencionado insignificamente, comparando com o relevo tomado por outros espaços psicossociais.

Como se pode observar na análise dos espaços reservados à velhice, as especialidades, ou “Tecnologias de Diferenciação”¹⁴ marcam sua presença freqüente no Estatuto. A velhice é claramente compreendida pelo Estado, como um público específico mediante classificações, ordenações e separações que diferenciam os idosos dos demais estratos sociais. As noções de diferenciação da velhice tendem a se ramificar ainda mais de acordo com as próprias diretrizes do Estatuto, que abre o espaço de produção de concepções do envelhecimento à geriatria e gerontologia, disponibilizando os meios de comunicação em massa para divulgação dos saberes constituídos pelas duas especialidades:

Art. 3º

(...)

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

(...)

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

A imagem de pobreza que vem sendo associada à velhice, desde o século XIX, é outra constante no Estatuto. A assistência social, a prestação de benefícios aos idosos sem renda, a gratuidade nos transportes, os descontos em eventos e até mesmo a prestação de alimentos vão descortinando a concepção sobre velhice como uma fase da vida pauperizada e digna de caridade. Como bem aponta Neri (2005), estas “concessões” e outros “privilégios” previstos no Estatuto, não seriam necessários se o sistema previdenciário concedesse benefícios dignos aos aposentados e pensionistas.

CAPÍTULO III DOS ALIMENTOS

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

(...)

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (BRASIL, 2003).

O artigo 34 trás uma grande contradição presente no Estatuto. Apesar de considerar idoso, aquele indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos, as concessões que envolvem diretamente os gastos do Estado, passam a considerar idoso, os indivíduos com sessenta e cinco anos ou mais, como no caso da concessão do benefício de prestação continuada, prevista no artigo 34. Neste caso, apesar de todas as proteções estatutárias, há uma expropriação de direitos, que estende em cinco anos a concessão de benefícios considerados vitais. Apesar de retratar e difundir imagens de um envelhecimento pauperizado, o Estado priva o cidadão idoso, das condições de vida dignas, previstas no próprio Estatuto.

Dentre as políticas públicas previstas no Estatuto, a saúde se desponha como uma preocupação fundamental. À saúde foi dedicado um extenso capítulo, além de várias outras menções que surgem no decorrer da leitura do Estatuto. O artigo 15 elenca a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso como prioridades. A insistente preocupação com a saúde do idoso sugere ao leitor que o envelhecimento vem acompanhado de doenças e degenerações, assim como apregoa a geriatria clássica e os programas de prevenção da saúde do idoso que tomaram conta do cenário social.

O trecho abaixo retrata bem a face do Estatuto que concebe o idoso como limitado e frágil.

Art. 79. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de:

I – acesso às ações e serviços de saúde;

II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante; (...) (BRASIL, 2003)

Não são poucas as menções estatutárias às limitações físicas e psíquicas que supostamente acompanham a “peculiar condição da pessoa idosa” e que acabam caracterizando a velhice como uma fase marcada por uma constrição da vida. Mesmo quando retrata o idoso como independente, apto a realizações de atividades educacionais, culturais, esportivas e de lazer, o Estatuto vincula sua imagem a supostas peculiaridades limitadoras que acompanham o envelhecimento.

CAPÍTULO V

DA EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade (BRASIL, 2003).

Outras particularidades que potencialmente acompanham o envelhecimento, como a memória, as experiências de vida, a cultura e a sabedoria, que poderiam se exploradas pelo Estatuto, são mencionadas de forma insignificante.

Perante a figura de um idoso fragilizado idealizada pelo Estatuto, não são poucas as disposições sobre as chamadas “medidas de proteção” previstas na Lei, tal como podemos observar no artigo 2º “O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da **proteção** integral de que trata esta Lei (...)”; ou no inciso III do parágrafo único do artigo 3º “A garantia de prioridade compreende: (...) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a **proteção** ao idoso” (BRASIL, 2003, grifo nosso). Assim, o Estatuto delibera sobre uma série de medidas protetivas, dispostas em um título e dois capítulos exclusivos, reincidentes também em outros capítulos e demais estruturas da referida Lei.

Art. 43. As medidas de **proteção** ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;

III – em razão de sua condição pessoal (BRASIL, 2003, negrito nosso).

Ao estabelecer um vasto leque de medidas de proteção como garantias legais do idoso, o Estatuto também delibera sobre tantas outras de punição, direcionadas às pessoas físicas ou jurídicas, que violem os “direitos da pessoa idosa” previstos na Lei. A diferenciação do idoso em relação aos demais cidadãos é tamanha que os crimes cometidos contra a pessoa idosa são classificados como crimes específicos, deste modo, demandando medidas especiais de proteção ao idoso, assim como outras específicas de punição aos responsáveis. Crimes que podem ser cometidos contra qualquer cidadão, como omissão de socorro, estelionato e violação de direitos universais do homem, são considerados pelo Estatuto como crimes passíveis de punições exemplares quando cometidos contra idoso.

Não pretendemos aqui desqualificar a importância legal de se estabelecer medidas punitivas àqueles que violem os direitos da pessoa idosa. Pretendemos sim, esclarecer que o idoso concebido pelo Estatuto é um sujeito totalmente fragilizado, limitado e incapaz, digno de muitas medidas protetivas e, conseqüentemente, deve ser protegido também por uma série de penalidades dirigidas aos infratores legais. E é assim, em tom de ameaça, que o Estatuto procura construir condições de dignidade e qualidade de vida aos cidadãos idosos.

De acordo com análise extraída do Estatuto, as imagens que vinculam o idoso à dependência, invalidação, passividade e fragilidade e carência, têm frequências muito superiores às demais categorias. As imagens que vinculam a velhice pela autonomia, realizações e potenciais acabaram sendo pouco mencionadas.

Valores meliorativos como trabalho, cultura, aprimoramento pessoal e outros que denotam potencialidades inerentes à figura do idoso também estão presentes no estatuto, mas assumem uma significância secundária frente às tônicas pejorativas.

Como se pode observar, predominam as referências ao idoso como aquele sobre o qual pesa uma condição de fragilidade e um estado de passividade e incapacidade diante das

exigências da vida. A autonomia não deixa de ser uma imagem ventilada como ideal de velhice a ser alcançado pelos esforços e ações dos idosos, do Estado e demais instâncias da sociedade civil. A diferenciação dessa idade ou fase da vida das demais idades ou fases é também reconhecível no Estatuto, mediante referências diretas e reiteradas a um suposto fato de que a velhice traz consigo modos e formas específicas marcadas por limitações, fato esse sustentado por outro suposto saber, atribuído às especialidades que retratam a velhice dessa forma.

Não podemos afirmar que o Estatuto do Idoso constrói por conta própria as imagens pejorativas ou melhorativas sobre o envelhecimento. Na verdade, as disposições Estatutárias reproduzem e propagam as tônicas da sociedade em geral dadas às idades avançadas da vida.

CAPÍTULO III MAZELAS NA EXPERIÊNCIA DA VELHICE

Não pretendemos neste capítulo checar sistematicamente o que se apregoa no plano da gerontologia, da legislação e das políticas de Estado e o que se materializa na vida dos idosos. Tal empreita exigiria outra pesquisa que pudesse rastrear as diferentes vivências do envelhecimento, ainda que, no espaço restrito de uma cidade.

Pretendemos aqui, fazer um esboço dos serviços e políticas instalados no município analisado, contrastando-os com os discursos propagados pela geriatria e gerontologia, pela legislação e pelas políticas de Estado, buscando extrair os sentidos básicos desta arquitetura.

Também fizemos um levantamento junto ao Conselho Municipal do Idoso, as delegacias de polícia e ao Fórum da Comarca da localidade analisada, um município de médio porte localizado no interior do estado de São Paulo. Os registros de queixas envolvendo idosos como vítimas, serviram como documento sobre a vivência da velhice que se inscreve numa condição específica. Uma condição que até pode não ser a dominante, mas que diz de uma face da velhice pouco visível: aquela submetida à violência, negligência, abandono e à

exploração. Portanto, podemos falar de vidas de idosos que se inscrevem na contra-mão das estratégias de gestão do envelhecimento, na contra-mão do que prega a gerontologia e as políticas públicas. Ainda assim, lançaremos alguns *flashes* sobre essa velhice fugidia constituída na tragicidade do cotidiano.

A cidade na qual vamos pinçar a concretude da velhice que escapa aos modelos de envelhecimento criados pelo Estado e pela ciência, é um município interiorano, de médio porte, localizado no sudoeste do Estado de São Paulo. Nos últimos anos, essa cidade vem alterando seu perfil demográfico, passando a concentrar um elevado percentual de população idosa. Segundo dados da Fundação SEADE, o percentual da população com 60 anos ou mais nesse município era de 12,8% em 2006. Tal porcentagem era consideravelmente maior que a média estadual de 9,8% e da nacional de 10,6% em 2006 (IBGE, 2007; SEADE, 2006). Em 2009, a porcentagem de idosos no município subiu para 13,47 % enquanto a estadual elevou-se para 10,81 % (SEADE, 2009). Vários fatores que fogem dos interesses do presente trabalho, contribuíram para que a proporção de idosos crescesse além das médias estadual e nacional, fazendo com que essa cidade, involuntariamente, se antecipasse ao que viria a acontecer no resto do país: um aumento surpreendente da população idosa.

4.1 Os serviços e políticas públicas municipais nessa localidade

O estudo da cidade em questão será tomado como exemplo para o esboço de uma discussão sobre a relação entre a legislação e políticas públicas instituídas no plano geral da federação e a realidade vivida pelos idosos nos municípios. Na municipalidade em foco, são disponibilizados serviços e programas voltados para a população idosa, distribuídos entre as iniciativas privada, de filantropia, e do poder público. Os serviços e programas municipais abrangem as áreas de assistência, saúde, lazer e educação.

Na área da Assistência, estão instaladas no município três instituições de longa permanência e um conjunto de residências assistidas com dez unidades individuais. Juntas, as três instituições asilares têm a capacidade para atender cento e vinte e oito idosos e o conjunto

de residências assistidas, dez. O número dos idosos institucionalizados nessa cidade é menor que 1% do total da população idosa munícipe, percentual bastante pequeno em relação ao apontado por Mello (et. al, 2008), que indica que 5% da população idosa costuma ser admitida em instituições asilares. Atualmente, as referidas entidades funcionam em sua capacidade máxima de atendimento, sendo que têm listas de espera com aproximadamente quinze idosos, aguardando vaga em cada uma. Tanto os asilos, quanto as residências assistidas, foram implantados no município por iniciativa da filantropia cristã. As quatro instituições são mantidas por recursos próprios, por arrecadação das aposentadorias dos usuários e por convênios públicos. De acordo com as finalidades arroladas nos Estatutos Sociais das Entidades, seus serviços são voltados para a assistência à velhice, dependente e desamparada, desprovida de recursos e vínculos relacionais, sejam eles familiares ou comunitários. Mas na prática é possível observar que as instituições asilares do município estão se afastando do paradigma de atendimento filantrópico-cristão ao se adequarem à lógica administrativa do capital.

A caridade cristã vem sendo substituída pelos ideais capitalistas de lucratividade que transformam os asilos em verdadeiras empresas. Neste sentido, idosos que demandam maiores cuidados e que representam maiores gastos, estão sendo excluídos do assistencialismo asilar. Tal fato pode ser confirmado na leitura do regimento interno de uma das entidades que não fez questão de dissimular o peso do critério econômico na avaliação dos pedidos de ingresso de usuários.

Art. 2º Somente serão aceitas as internações de pessoas idosas, maiores de 60 anos, e que sejam independentes para suas atividades diárias.

Art. 3º A internação somente será admitida após a realização de uma sindicância com a pessoa pretendente, por parte da Entidade.

Art. 4º A entidade deverá considerar, no mínimo, relativamente à pessoa candidata à vaga, entre outras informações, principalmente:

(...)

c) não ser dependente de cuidados específicos, como banho, alimentação e locomoção,

d) situação sócio-econômica e familiar,

(...)

Art.6º Não serão permitidas internações de pessoas portadoras de doenças infecto-contagiosas ou que dependam de tratamento hospitalar, que estejam acamadas ou que dependam de auxílio de terceiros para sua movimentação e atividades diárias.

É importante destacar que o regimento interno acima descrito não é exclusivo de uma instituição asilar do município, mas sim uma reprodução de um modelo padrão, adotado por todas as instituições asilares que se encontram sob a direção de uma determinada “sociedade” ou “organização” de confrades católicos. A referida organização administra diversos asilos no Brasil, estando presente em muitos municípios brasileiros, tendo inclusive ramificações no mundo inteiro. Ora, se o próprio catolicismo, o maior arauto dos votos de pobreza, caridade e desapego material seleciona internos com maior poder aquisitivo ou ao menos aqueles que demandem menores custos, o que esperar daquelas instituições vinculadas a outras religiões ou grupos sociais que defendem explicitamente o lucro e o capital? Mesmo diante de uma comparação ilustrativa, a dúvida torna-se bastante concreta e baseia-se na observação do real.

Embora a quantidade de idosos asilados na cidade em tela não seja alta, quando comparada com índices nacionais, cabe ressaltar o valor simbólico dessas entidades e o quanto elas ainda marcam uma experiência de envelhecimento. Elas alastram um tipo ímpar de estigmatização do idoso, tomando como ícone “o idoso asilado”. O Asilo de velhos¹⁵ é ainda uma instituição com forte presença nas cidades e funciona como o grande emblema do destino de velhos pobres e/ou desamparados e rechaçados por suas famílias ou compreendidos como “refugio humano”. É nele que todos se miram para balizar seu próprio destino e é através dele que se ressalta por intimidação, o valor da saúde, da prevenção, da família, da filantropia e de tantas outras práticas e instituições necessárias à ordem política e social.

No ano de 2009, a câmara de vereadores dessa cidade dedicou-se com afinco à discussão de uma proposta da criação de uma “*CRECHE DO IDOSO*”, assim nomeada pelo vereador proponente. O título proposto pelo vereador foi motivo de acaloradas polêmicas que resultaram na sua mudança. O vereador proponente então, apresentou um “projeto substitutivo” à Câmara Municipal, alterando seu título, para “Centro de Convivência do Idoso”. Após a re-nomeação do projeto, ele foi aprovado por unanimidade de votos pelos vereadores e se converteu em uma lei autorizativa para a implantação do Centro encaminhada ao prefeito municipal.

O título do projeto inicial escancarava os sentidos conotativos expressos nas leis que tratam das entidades de atendimento e que regulam serviços como o proposto pelo vereador. Apesar dos científicismos presentes no projeto, o eufemismo do discurso legal passou despercebido na redação e logo foram revogados pela racionalidade governamental do coletivo de vereadores. A creche, como é conhecida pela sociedade, é um lugar de cuidados para crianças, dependentes e inimputáveis e expressou com clareza as intencionalidades implícitas ao projeto.

Dentre as justificativas apresentadas à Câmara, pelo vereador interessado, destacamos o trecho a seguir extraído do projeto de Lei:

Então, apresentamos o presente projeto de Lei, que tem como objetivo proporcionar ao idoso e seus familiares bem estar social, melhor qualidade de vida e melhor integração social, uma vez que muitas vezes estes ficam abandonados em seus lares sem ter como se medicar ou alimentar-se e até mesmo se banhar, sendo dependentes de seus familiares.

As justificativas mencionadas revelam, explicitamente, a concepção da velhice como uma fase da vida em processo de degeneração, abandonada, carente e dependente. O corpo envelhecido se torna o principal objeto de intervenção, digno de cuidados diversos. Assim, vão se desvelando às tônicas das políticas públicas que se efetivam nas municipalidades, centradas especialmente na área da saúde.

Existem dois programas centrados na saúde do idoso no município em questão: o “Agita / nome da cidade/”, de iniciativa do poder público municipal; e o “Melhor Idade” mantido pela UNIMED. De acordo com os coordenadores dos programas, são dois os principais objetivos a serem alcançados nas atividades propostas. O primeiro, a preservação da saúde através de atividades físicas, orientações alimentares e acompanhamento de equipe multiprofissional. O segundo, a participação dos idosos na vida social comunitária, através de palestras, dos encontros periódicos, da interação com a equipe multidisciplinar e atividades comunitárias.

A palavra de ordem, comum nos dois programas é a “prevenção” e promoção de saúde, sugerindo assim que a velhice acarretaria doenças que só poderiam ser evitadas por meio de atividades preventivas.

O programa “Melhor Idade”, faz parte de um pacote de convênio médico particular. Deste modo, agrega a idosos com determinado poder aquisitivo tendo um número reduzido de participantes.

Já o programa “Agita /nome da cidade/” tomou importantes dimensões, sendo frequentado por um grande contingente de idosos. Fundado em 2002, foi formulado com base no programa Agita São Paulo, da capital paulista. Foi implantado na cidade com a colaboração de técnicos vindos da cidade de São Paulo atuantes no programa paulistano. É executado pela Secretaria Municipal da Saúde nos postos de saúde do município. O programa segue diretrizes das políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo principal a prevenção da saúde do idoso através do combate ao sedentarismo, reforçando a idéia de “que é preciso ter uma velhice saudável, higiênica e forte” (CORREA, 2007, p. 59).

A “equipe multidisciplinar” desse programa conta com profissionais da medicina, enfermagem, educação física, nutrição, odontologia e da psicologia. O programa se desdobra a partir de metas traçadas pelo Ministério da Saúde, implantadas inicialmente na capital do Estado e posteriormente em municípios de menor porte, fato que indica a verticalização em relação às políticas de atendimento à população idosa que engendram saberes e poderes e partem das esferas maiores da administração até alcançarem as menores.

Na área do lazer, a cidade conta com o “Clube da Terceira Idade”, entidade filantrópica fundada por iniciativa da sociedade civil organizada conforme seu estatuto social. O referido clube oferece três bailes semanais, com banda ao vivo, todos eles regados com muita empolgação dos participantes. Além dos bailes, o Clube da Terceira Idade oferece atividades recreativas contínuas como jogos de truco, tranca, malha, bocha e sinuca, além de aulas de ginástica. O Clube da Terceira Idade, como retrata seu próprio nome, volta-se para os idosos inseridos nos ideais da categoria social “Terceira Idade”, ou seja, àqueles idosos aptos às atividades físicas, ao consumo e ao entretenimento.

O Clube da Terceira Idade não estabelece critérios etários para admissão de associados assim como para a participação nas atividades por ele promovidas. Nos bailes, embalados por

bandas ao vivo, é comum a presença de “menores de sessenta anos”, dentre eles pessoas bastante jovens, que esbanjam animação. Como é um dos poucos lugares de dança de salão, a barreira do preconceito é vencida pelos mais jovens que procuram esse tipo de diversão noturna. Assim, o Clube da Terceira Idade pôde proporcionar a chamada “interação intergeracional”, um objetivo arrolado por todos (legislação do idoso, geriatria, gerontologia, instituições específicas, etc.), mas alcançado por poucos.

Na área de educação é disponibilizado para idosos do município e região, o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade – UNATI, desenvolvido no Campus de uma universidade pública existente na cidade. A UNATI oferece um vasto leque de atividades, de segunda a sexta-feira, que ocupam todo o período vespertino. Fazem parte das atividades aulas de línguas estrangeiras, oficinas de psicologia, teatro, capoeira, de convivência (destinadas aos idosos asilados do município), música, artesanato, ginástica. Assim como no programa ‘Agita/nome da cidade’, ‘Melhor Idade’ e nos serviços do Clube da Terceira Idade, a UNATI atende a uma determinada parcela da população idosa do município, ativa e independente com perfil típico da “Terceira Idade”, que dentre outros interesses, procura ocupar o tempo ocioso, expandir ou renovar relações sociais e pessoais, cuidados com a saúde e o aprimoramento pessoal. A UNATI busca restabelecer uma vida repleta de fazeres e atividades, tal como ocorre na infância, na adolescência e na idade adulta. Desta estabelecem uma forma de resignificação da velhice, através do resgate de características das outras fases da vida, ignorando as singularidades e potencialidades inerentes ao envelhecimento.

O programa é oferecido em diversas universidades espalhadas por todo o Brasil. Nas UNATIs, as atividades seguem o receituário multidisciplinar proposto pela gerontologia e procuram ocupar o tempo ocioso da vida dos usuários. Nesse programa, a ciência se faz presente na gestão da população idosa, mas do que qualquer outro serviço ou programa já que os trabalhos são desenvolvidos no seio da produção do conhecimento, ou seja, dentro das próprias universidades. Nas UNATIs os saberes sobre a população idosa podem ser produzidos ou ainda postos em experimentação e servirem como indicadores e propositores seguros de legislação e políticas públicas. Neste sentido, a UNATI pode ser entendida como um exemplo paradigmático da ciência inserida na gestão da velhice, na produção, propagação e experimentações de conhecimentos específicos e políticas públicas, servindo, ainda, como laboratório da geriatria e da gerontologia.

Todavia não é possível afirmar que o conjunto de ações desenvolvidas no município em foco sejam suficientes para atender a heterogênea demanda da população de idosos. Boa parcela dos anciãos encontram-se à margem das políticas públicas e demais serviços, especialmente aqueles em estado de dependência total ou parcial, desprovidos ou desamparados pelos familiares. Muitas das ocorrências de abandono familiar se remetem diretamente às mazelas do mundo contemporâneo, como escassez de tempo (BAUMAN, 1998) e de recursos financeiros decorrentes da exploração do capital. Mesmo nos casos de idosos inseridos no núcleo familiar, a aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada - BPC não é suficiente para cobrir seus próprios gastos. Nestas situações, a família mesmo a contragosto acaba recorrendo às instituições asilares como forma de solução do problema.

A diminuição do núcleo familiar, a ausência de seus membros praticamente durante todo o período do dia, em função da absorção de todos pelo trabalho ou por afazeres escolares e o alto custo de empregados domésticos, torna inviável a manutenção de um dependente na rotina de uma casa. Agrega-se a essas condições adversas, os conflitos de geração que em muitos casos faz do idoso um personagem “*non grato*” no espaço familiar.

O fato é que muitos idosos e seus familiares se vêem em situações extremamente dilemáticas: por um lado não possuem condições, seja de que ordem for para manter o idoso em casa; por outro lado, se ressentem de terem que viver separados ou terem que mudar o idoso de sua própria casa para um asilo. Não se pode ignorar que muitas famílias vivem sob o temor de terem que, em algum momento, internar algum de seus idosos.

A falta de “serviços de retaguarda”, como forma de prevenção ao asilamento, não é uma realidade apenas do município que estamos focalizando, mas do Brasil como um todo. As garantias legais são apenas formais, como aquelas previstas no Decreto 1948 e na Portaria 73, em relação a serviços como centros dia, casas lares, residência temporária, assistência domiciliar, repúblicas e tantas outras alternativas previstas em lei. Na prática, os idosos são encaminhados às instituições asilares quando se encontram em situação permanente ou mesmo transitória de dependência, desamparo ou de esfacelamento da família.

A disposição e regulação legal dos serviços não asilares comprova que os escribas do Estado de direitos reconhecem a necessidade de implantação de serviços alternativos ao atendimento asilar. Todavia, tais alternativas existem apenas nos discursos legais. Até o momento atual, não foi feito ou pelo menos não foi tornado público planejamento algum para

implantação dos serviços em questão ou se delineou alguma política municipal de atendimento à população idosa.

A vastidão das garantias legais e o seu não cumprimento revelam que a população idosa, além de ter se tornado um atraente segmento do mercado consumidor e de políticas de gestão, dentre outras funcionalizações, tornou-se também um eleitorado específico bastante cobiçado e disputado pelos políticos. Assim, vão crescendo a cada dia o número de oportunistas autodenominados “deputado da terceira idade”, “vereador da terceira idade”, etc. Mesmo perante os dados estatísticos que apontam o vertiginoso aumento da população idosa, acompanhado da elevação da expectativa de vida e previsões de inversão de pirâmide etária, a assistência ao idoso dependente e desamparado, continua sendo o asilo de velhos, tal como no século XIX.

Durante a análise dos estatutos sociais das instituições, serviços e projetos de Lei do município, arquivados no CMI, também pudemos identificar traços marcantes dos saberes da geriatria e da gerontologia. Tal ocorrência comprova que as duas especialidades expandiram bastante seus campos de influência abrangendo agora todo o campo das ações dirigidas à população idosa. Como exemplo, podemos observar algumas finalidades arroladas pelo Clube da Terceira Idade:

Promover medidas e atividades que proporcionem ao idoso lazer, diversões, esportes, serviços que respeitem sua peculiar condição de idade;

Promover atividades ocupacionais motivando o idoso a substituir a rotina cotidiana por uma vida dinâmica e saudável;

Viabilizar formas alternativas de participação, convívio dos idosos com as demais gerações.

Os discursos da geriatria e da gerontologia se mostram bastantes capilares ao marcarem sua presença no município do nosso estudo em todos os programas e serviços prestados aos idosos. Vale ressaltar que, recentemente, as instituições asilares desse município tiveram que adequar seus Estatutos Sociais às diretrizes do Estatuto do Idoso, como pré-requisito para a continuidade de repasses de recursos financeiros governamentais, sendo assim obrigadas a incorporarem as prescrições geriátrica-gerontológicas.

4.2 A delegacia de polícia, ministério público e o Conselho Municipal do Idoso

Durante a realização deste trabalho, estando à frente da presidência do CMI do município estudado, recebemos vários casos de denúncias de abusos contra idosos que chamaram muito nossa atenção. A fim de mapearmos os casos mais frequentes de violação de direitos que envolviam idosos como autores ou vítimas, realizamos entrevistas com a responsável pela delegacia que atende casos desse segmento e com o promotor e curador do idoso desta localidade.

Fizemos também um levantamento dos casos relatados no Conselho Municipal do Idoso da cidade - CMI entre 2008 e 2009, envolvendo denúncias de violação de direitos da pessoa idosa. Para isso, nos utilizamos novamente dos arquivos do CMI.

4.3 A Delegada

Segundo a delegada responsável pelos atendimentos das queixas que envolvem idosos no município em tela, os casos mais frequentes de violação dos direitos da pessoa idosa relatados naquele distrito policial são, na maioria das vezes, os de maus-tratos seguidos pelos casos de violência e abuso financeiro, como a tomada de cartão de benefício. Para a delegada, na maioria das vezes, estas infrações vêm sendo praticadas pelos familiares mais próximos do idoso:

Algumas vezes os familiares vêm fazer uma denúncia de um parente relatando que este está cometendo abuso financeiro contra o idoso, tendo na verdade o interesse de se apossar, por sua vez, da aposentadoria do idoso, sem a intenção de realmente cuidar do idoso. (Informação oral)³

³ Entrevista concedida pela delegada de polícia do município em setembro de 2009.

Para a delegada, os idosos estão mais expostos a abusos financeiros, pois depositam confiança em seus familiares e em terceiros. Devido ao isolamento social que freqüentemente ocorre na velhice, o idoso acaba se tornando mais vulnerável aos abusos. Nos casos de maus tratos, os mais freqüentes registrados naquela delegacia, são as denúncias feitas por vizinhos que, temendo represarias, pedem para ficarem no anonimato, ou ainda, por algum parente que não reside com o idoso.

Segundo a entrevistada, há também casos em que o idoso aparece como autor de violação de direitos humanos, principalmente os do sexo masculino. Usualmente, estas ocorrências envolvem homens que cometem violência doméstica, física, moral ou verbal, contra suas esposas e/ou filhos.

Os casos que mais chamam sua atenção são os casos de violência doméstica cometida por filhos ou netos dos idosos. Para ela, esses casos são frustrantes, pois se sente “de mãos amarradas”. O fato é que na maioria das vezes a vítima não quer registrar o boletim de ocorrência para proteger o filho(a) ou o neto(a). Como neste exemplo que a senhora delegada nos relatou:

Há uma idosa, uma “senhorinha bem velhinha”, ela deve ter uns oitenta e tantos anos. Ela tem um filho muito agressivo, é usuário de drogas... já esteve preso várias vezes. Ele bate nela, machuca... ameaça de morte. A idosa dorme trancada no seu quarto com medo de ser agredida ou morta pelo filho. Toda vez que ela vem fazer denúncia contra o filho, a gente tenta tomar alguma providência e ela não deixa. De jeito nenhum! Não quer nem registrar boletim de ocorrência, chega na hora ela tem dó... não quer que faça nada contra ele. Ela já procurou a delegacia várias e várias vezes. A última inclusive foi agora no domingo dos dias das mães (3 dias antes da entrevista). Igual a essa idosa existem mais duas ou três que sempre vêm aqui fazer denúncia, bem velhinhas também. Elas vêm aqui pedir ajuda, mas chega na hora de registrar o boletim de ocorrência pra tomar as providências, aí elas dizem: *“não porque como é que nós vamu fazê depois... ai-ai meu filho...ai meu neto...não, não, não! Não quero, não quero!”*. E se a gente insistir muito chegam até a ir embora e deixam a gente falando sozinho. Às vezes tem denúncias de vizinhos, que contam até com detalhe das coisas que acontecem, porque ouvem e vêem tudo, mas quando agente chega lá o idoso diz *“que não tem nada...que não tá acontecendo*

nada, que tá tudo normal...que tá tudo bem". E como que a gente vai ajudar né? Não tem nem como fazer nada. Então é difícil!(Informação oral)⁴

De acordo com a entrevistada, todos os casos em que os boletins de ocorrência são registrados naquele distrito policial são encaminhados ao fórum onde é aberto o processo legal.

As informações colhidas na entrevista com a delegada revelam o intento da administração pública de intervir na vida dos idosos no sentido de aplicar as medidas punitivas aos infratores, tal como estão dispostas nas leis. Todavia, a reação usual do idoso, exposta pela delegada, retrata que, mesmo submetido a abusos e violência, prefere manter-se no seu núcleo de pertencimento, nas suas teias de afeto, pois a intervenção jurídica acarretaria drásticas mudanças no seu cotidiano que temem poder piorar ainda mais a situação. Talvez seu maior temor seja o de ficar à mercê da tutela do Estado e de seus órgãos administrativos, preferindo manter sua condição de "violado", porém, autônomo. Assim, a figura da delegada como interventora criminal converte-se na figura do conselheiro ou mesmo do psicólogo, enfim, daquele que se procura para desabafar frustrações.

4.4 O Promotor de Justiça

Segundo o Promotor de Justiça, há 12 anos incumbido da curadoria da pessoa idosa, as ocorrências mais comuns que chegam até ele são as de abandono por parte da família ou terceiros que se dispuseram a cuidar do idoso, seguido do uso indevido de benefício previdenciário.

⁴ Entrevista concedida pela delegada de polícia do município em setembro de 2009.

Em alguns casos, o idoso fica o dia todo sozinho, enquanto seus familiares saem para o trabalho. O problema reside no fato de alguns idosos não terem condições de se locomoverem sozinhos e de outros por “não terem discernimento”. Agressões físicas são mais raras. São bastante freqüentes as reclamações sobre o não fornecimento de passagens de ônibus, interestadual, gratuita. Mais recentemente, instaurei um procedimento para verificar o motivo pelo qual uma senhora idosa não teve preferência em vaga de UTI no Hospital Regional. (Informação oral)⁵

Conforme o promotor, é o vizinho quem costuma fazer a denúncia para a Promotoria. Entretanto, há casos em que outros familiares tomam a iniciativa, principalmente quando há o uso indevido do benefício previdenciário.

Os casos que mais chamam a atenção da curadoria do idoso são os de abandono familiar, seja pela falta condições de cuidar adequadamente do idoso ou por negligência. Porém, noutras ocorrências, a incúria pode partir do próprio Estado, como no caso relatado a seguir pela promotoria:

Eu fui procurado, tempos atrás, pela família de uma senhora idosa porque ela estava internada na Santa Casa de/ nome da cidade, necessitando de vaga em UTI, mas não havia nenhuma vaga no hospital. Houve um pedido de vaga em UTI pra ela junto a central de vagas do Estado de São Paulo e ela estava aguardando essa vaga, pois não havia disponibilidade de vagas no município e região. Então eu, imediatamente, encaminhei um ofício por fax para o responsável da central de vagas explicando que se tratava de uma pessoa idosa e que esta tinha preferência no atendimento conforme Estatuto do Idoso. Sem prejuízo disso telefonei ao responsável e recebi a informação de que não havia vagas disponíveis na região, mas que a central estaria tomando as providências necessárias para dar prioridade à idosa em qualquer vaga em UTI que surgisse na região. Este nosso contato foi numa sexta-feira pela manhã, entretanto a vaga só surgiu no domingo à tarde. Quando a UTI móvel veio até a cidade, para buscar a idosa e removê-la para Marília, onde havia sido disponibilizado a vaga, a idosa faleceu e não houve tempo dela ser levada a UTI. É um caso realmente que chama muita atenção porque tudo indica que se ela tivesse obtido a vaga, a chance de ela ter sobrevivido era muito maior. Também pelo fato de que, se esta idosa ou sua família, tivessem dinheiro, seria muito provável que ela estaria viva, pois poderia ser internada em uma UTI particular, talvez no mesmo hospital onde morreu. Ela estava havia muito tempo no hospital, aguardando essa vaga, quando sua família veio me procurar. Ela foi internada para fazer uma cirurgia no pé, mas houve uma complicação ela teve um problema, salvo

⁵ Entrevista concedida pelo Promotor de Justiça e Curador do Idoso da cidade em setembro de 2009.

engano, pulmonar que dificultava sua respiração. Ela ficou no hospital necessitando da vaga na UTI em razão dessa complicação. A internação na UTI era por recomendação médica, por conta do agravamento de sua saúde. Quando a família me procurou ela já corria risco de morte, o que de fato se consumou. (Informação oral)⁶

Após o falecimento da idosa a promotoria tomou as seguintes providências:

Depois do ocorrido eu instaurei um Procedimento. Além do procedimento criminal, também foi instaurado um inquérito policial na promotoria de justiça, para investigar porque não foi dada preferência a idosa, em razão do Estatuto da pessoa idosa. Pedi também a relação de outros possíveis casos para serem investigados, no sentido de analisarmos se, o caso desta idosa foi uma exceção ou se isso tem ocorrido com frequência. Eu pedi a relação de todas as pessoas inscritas na central de vagas, naquele período, para verificar se ela foi preferida. Temos que analisar todas as hipóteses do porque não foi dada a preferência pra ela já que se trata de uma pessoa idosa. O cerne da investigação é verificar se de fato não foi dada a preferência à idosa. Outro objetivo da investigação é saber se este caso foi excepcional ou se, de maneira geral, os idosos não estão conseguindo a preferência nas vagas. Inclusive hoje estava me lembrando do ajuizamento de uma ação civil pública que eu sancionei pedindo o aumento do número de vagas públicas em UTI, em “nome da cidade”. Há na cidade um número grande de pessoas que morrem entre o pedido de vaga e a disponibilização da vaga, salve engano 16 pessoas faleceram nos últimos dois anos. Mas esta ação foi julgada improcedente sobre o entendimento que o Estado é quem define o número de vagas para cada região. (Informação oral)⁷

Mais uma vez, os órgãos administrativos do Estado expuseram sua discriminação dos idosos por considerá-los um pesado ônus financeiro. Como se sabe, é bastante elevado o custo diário da permanência de um indivíduo em uma UTI. Portanto, este investimento deverá ser direcionado àqueles que têm utilidade para o mercado de trabalho, enfim, para aqueles que agreguem valor ao seu corpo. Neste sentido, justifica-se o posicionamento da Central de

⁶ Entrevista concedida pelo Promotor de Justiça e Curador do Idoso da cidade em setembro de 2009.

⁷ Entrevista concedida pelo promotor de justiça e Curador do Idoso da cidade em setembro de 2009.

Vagas em retardar ao máximo a disponibilização de UTI para a idosa, pois o seu falecimento não representaria uma perda significativa para a sociedade e/ou para os interesses da administração capitalista. Assim, consumado o fato resta à administração da saúde pública, simplesmente, elaborar sua defesa, frente aos questionamentos da justiça.

4.5 O Conselho Municipal do Idoso – CMI

De acordo com a análise dos documentos arquivados no CMI da cidade em questão, as medidas de proteção mais comuns que chegam até ele têm sido os mandados judiciais de abrigo de pessoa idosa¹⁶ em entidades asilares, expedidos por juízes de direito da comarca. Também são frequentes os casos de abandono familiar e abusos, principalmente financeiros. Na maioria das vezes, os casos de abandono vêm acompanhados de abuso financeiro e vice-versa. Tais ocorrências costumam chegar ao CMI através de denúncias anônimas ou ainda por comunicações enviadas pelo ministério público ou pela Secretaria Municipal de Assistência Social.

Não foram encontradas denúncias que envolvessem idosos como autores de atos infracionais no período analisado.

Os mandados judiciais são produtos de processos legais, civis ou criminais, deflagrados por denúncias feitas à promotoria de justiça, assim como no caso que será focalizado. Para que um processo judicial resulte em um “mandado de abrigo” é necessário que a situação do idoso “requerido”¹⁷ seja considerada como bastante grave e que a sua permanência, no ambiente onde vive seja avaliada como de risco iminente para sua integridade física. Estas ocorrências refletem bem os paradoxos existentes entre os discursos ou garantias legais e as políticas e serviços disponíveis nas municipalidades. Grosso modo, estes mandados representam a falência ou a inexistência do sistema público de assistência ao idoso no município.

No meio desta lacuna, o CMI se coloca como elo ou ponte entre os setores, poderes, leis e instituições que coexistem na mesma espacialidade, mas que não se comunicam ou ainda que não se conhecem.

Dentre os casos analisados, um chamou muito a nossa atenção, pois retrata bem as mazelas vivenciadas pela velhice nas municipalidades. Este caso também congrega as três ocorrências mais frequentes no CMI: mandado judicial de asilamento; abandono familiar e abuso financeiro cometido por familiar. Por tudo isso, este é um caso sobre o qual encontramos várias comunicações bastante intrigantes nos arquivos do CMI.

O ofício a seguir, do CMI ao Ministério Público - MP, foi o primeiro de uma série de comunicações que desencadearam um processo civil que atualmente tramita sob segredo de justiça. Algumas de suas partes não chegaram diretamente até o CMI¹⁸.

Ilmo Sr.

Informamos que recebemos uma denuncia anônima de maus tratos a idosa P., de 80 anos, residente na rua M. Apuramos a denúncia, através de visita domiciliar. Na visita, encontramos a Sra. P. muito debilitada fisicamente, muito magra, porém em plenas faculdades mentais. A Sra. P. nos relatou que sua filha C. de aproximadamente 40 anos, vem tomando mão de sua aposentadoria, sem lhe repassar nenhum montante, além de já ter sacado uma poupança da idosa tempos atrás. Devido a situação mencionada, a Sra. P. não tem meios de prover seus alimentos, assim como vestuário e outras coisas necessárias, sendo que suas necessidades de alimentos vem sendo providas pela vizinhança, fato que pudemos constatar durante a visita. A casa de Dona P. cheirava mal, tinha poucos utensílios domésticos, um aparelho de T.V. e uma Geladeira (vazia), enfim, estava em péssimas condições. Como se não bastasse tomar mão da aposentadoria da Sra. P., sua filha C., mora em uma casa da mãe sem pagar aluguel, situada a rua: R.(ao lado da casa da Sra. P.).

Dona P. nos disse que **tem muito medo** de denunciar a filha, pois seu neto, L., filho de C., é, segundo a idosa um “bandido perigoso”, já foi preso, e periodicamente faz visitas a mãe e comete pequenos furtos na casa da idosa.

Dona P. pede providências em relação a sua aposentadoria, que já não recebe há muito tempo, também quer que a filha deixe seu imóvel para que possa alugá-lo, porém a idosa necessita de intervenção do poder público, pois não consegue suprir estas demandas por conta própria (...).

Passada uma semana, o CMI, recebeu o seguinte ofício do Ministério Público - MP:

Prezado Senhor:

Através do presente, tenho a honra de solicitar de vossa senhoria, no prazo de 5 dias, que diligencie no local, entrevistando a Sra. P., para saber se ela quer vaga em asilo e se ela tem quem possa auxiliá-la no recebimento da aposentadoria. (...)

Por sua vez, o CMI em conjunto com um membro da Secretaria Municipal de Assistência Social do município, respondem ao MP:

(...)

Em visitas domiciliares realizadas nos dias 30 de janeiro e 03 de fevereiro, nós os representantes do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e o CMI (Conselho Municipal do Idoso), em apuração com a vizinhança da Senhora P, foi nos dito que a idosa continua recebendo alimentação dada por eles, sendo que a filha C. lhe disponibiliza algumas refeições esporadicamente. Foi nos informado ainda que devido ao grau de periculosidade do seu neto L. nenhum dos vizinhos entrevistados se disponibilizam a se responsabilizarem pelo recebimento da aposentadoria da idosa. Vale ressaltar que o cartão do benefício e os documentos pessoais da idosa se encontram em –poder de sua filha C.

Já em conversa com a Sra.P. a mesma nos relatou que não deseja, de forma alguma, ser abrigada em instituição asilar. (...)

Diante do exposto, achamos por bem solicitar um relatório acerca do Estado de saúde da idosa, como meio de nos interarmos de suas reais condições de saúde, sendo assim solicitamos um prazo de 15 dias para podermos informar ao ministério público, se a idosa tem condições de prover suas necessidades básicas, assim como administrar recursos financeiros por conta própria.

(...)

No decorrer do processo, um juiz de direito do município expediu um mandado solicitando perícia médica sobre o estado psíquico da idosa, conforme indicação do ofício acima exposto. Em resposta à solicitação foi emitido o seguinte laudo por um psiquiatra forense:

LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

Psiquiatria Forense

Exame médico-pericial nr: 251/09

Autoridade requerente: M.M. Juiz de Direito da 1ª Vara civil da comarca de (...)

Natureza do Exame: Psiquiatria-forense, Exame de Insanidade Mental

Objetivo: Instrução dos autos de processo (...)

Procedi ao exame psiquiátrico da senhora P., colhendo os seguintes dados e chegando as seguintes conclusões: (...)

Há cerca de dois anos, apresentou quadro de perda progressiva da memória recente, e episódios de agressividade. Desde então vem realizando tratamento com pouco sucesso. Apresenta déficit cognitivo leve, e déficit motor leve.

Funções psíquicas:

Orientação: orientado

Atenção: sem alterações ao exame

Sensopercepção: sem alteração ao exame

Humor: matiz psicótica

Pensamento: curso lentificado

Inteligência: subjetivamente inferior aos limites da normalidade

Memória: prejudicada.

Diagnóstico: demência

Comentários: A entrevistada apresenta quadro demencial, sem condições de responder por suas obrigações civis. Assim, sou de parecer favorável à interdição da entrevistada.

(...)

O laudo médico emitido pelo psiquiatra forense é considerado legítimo e irrevogável pelo poder judiciário. Assim, a última palavra no diagnóstico é a da ciência. Sua prescrição é bastante clara: “demência”, um termo eloqüente e amplamente conhecido pela sociedade. Seu parecer não deixa dúvidas sobre as supostas incapacidades da requerida. Agora, além dos estigmas do envelhecimento, a idosa passa a ser marcada também pelos estigmas da “loucura”

fato que definitivamente iria escancarar as portas para a tutela, desautorização e destinação da anciã. Perante o laudo apresentado, o juiz de direito não teve dúvidas em relação à medida mais pertinente a ser tomada, emitida no mandado judicial abaixo descrito:

(...)

AÇÃO: MEDIDA DE PROTEÇÃO A IDOSO

REQUERENTE: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

REQUERIDO: SRA. P.

(...)

Pelo presente, expedido nos autos da ação em epígrafe, requisito a Vossa Senhoria as providências necessárias no sentido de proceder à **imediata remoção do(a) idoso(a), Sra. P.**, brasileira, com 80 anos de idade, a qual encontra-se residindo à Rua M. (...), nesta cidade de “nome da cidade”-SP, sob os cuidados da filha C., encaminhando-a a abrigo em entidade apropriada (...).

A execução da medida deverá ser feita por integrantes do Conselho Municipal do Idoso, com o apoio da Secretaria da Assistência Social, ficando os conselheiros autorizados a retirarem os bens pessoais, incluindo-se documentos e cartões de benefício do INSS, da idosa, bem como solicitar reforço policial, em sendo necessário ao seu integral cumprimento (...).

O referido mandado enviado ao CMI e a Secretaria Municipal de Assistência Social não foi cumprido. Foi justificado o não seu cumprimento e dadas as seguintes orientações e encaminhamentos ao meritíssimo juiz: deslocamento de uma equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde de referência até o domicílio da idosa para avaliação e acompanhamento do caso. Inclusão da idosa em programa de saúde mental público para acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Encaminhamento da idosa para projetos sociais, indicando visitas periódicas dos profissionais do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS até o seu domicílio. Enfim, foi feita uma série de encaminhamentos sintonizados com os preceitos legais, com a política de assistência social¹⁹ e até mesmo com o diagnóstico gerontológico, considerando-se a peculiaridade do caso em questão.

O processo ainda não foi concluído e aguarda a indicação de vaga em asilo para futura remoção da idosa. A falta de vagas nas instituições asilares do município em foco vem sendo

o grande aliado da requerida, já que, a falta de vagas nos asilos tem sido o único empecilho para o cumprimento da medida judicial pelos agentes do Estado.

Este e outros casos de idosos que chegam ao poder judiciário demonstram que, frente às dificuldades empregadas na gestão do envelhecimento, os representantes maiores da Lei optam por tomar a medida mais conveniente: o encaminhamento aos asilos de velhos. Os juízes, supostamente conhecedores da legislação específica do idoso, não tomam medidas no sentido de promover sua exeqüibilidade, ainda que tenham que interpelar o próprio Estado. Pelo contrário, por comodismo acabam estipulando medidas que ferem diretamente as diretrizes dos dispositivos legais. Assim, como autoridades supra competentes, promovem uma verdadeira tutela sobre os corpos envelhecidos, enclausurando-os e isolando-os nos asilos de velhos. Entendem que asilar é uma “medida de proteção” pertinente. Acabam adotando tal medida como uma saída convencional sem considerar outras possibilidades que levem em consideração singularidades de cada caso e alternativas existentes mesmo dentro da precariedade dos serviços públicos e das condições em que vivem muitos idosos e suas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso exame hermenêutico-dialético da velhice na sociedade brasileira contemporânea permitiu adentrar alguns dispositivos da construção social da experiência do envelhecimento, sobretudo aqueles que se valem da linguagem e da produção de significação para modelar subjetividades e arranjá-las no jogo de poder que perpassa as relações sociais.

Um primeiro e mais geral aspecto de tal exame diz respeito a desnaturalização do processo de envelhecimento, a saber, um exame que procura pôr em evidência a produção de significação, mediante várias práticas pelas quais a velhice é figurada, compreendida e fincada no imaginário social. Assim, ela deixa de ser uma materialidade extralingüística situada na natureza, para se constituir numa materialidade simbólica, forjada nas relações sociais.

Imbuídos desta postura metodológica, colocamos em suspensão e suspeição os discursos sobre a velhice oriundos da ciência, da legislação, das políticas públicas e dos agentes responsáveis por ações sociais junto aos idosos.

Um primeiro texto que pôde ser reconhecido em tais produções discursivas é aquele que recorta a velhice em dois segmentos distintos: um que fala de uma velhice ativa saudável – a terceira idade – e outro que fala de uma velhice doente e decrépita.

Fundamentalmente, podemos localizar essa contradição básica nos discursos e nas práticas que têm o idoso como objeto: por um lado há uma tentativa de qualificar e funcionalizar socialmente a velhice, por outro lado, há uma desqualificação e invalidação social. Outra contradição básica refere-se a uma produção simbólica no campo da ciência e da legislação, que valoriza o idoso mesmo que o tratando como objeto de tutela e cuidado e uma realidade na qual ele é negligenciado ou até mesmo vítima de violência e exploração.

No primeiro tipo de contradição, podemos observar num dos pólos um sentido básico meliorativo que percorre os discursos sobre o envelhecimento, tentando apresentá-lo como uma fase da vida ainda prenhe de potências e possibilidades de realização. O Estatuto do Idoso, por exemplo, carrega consigo a promessa de uma velhice feliz, assegurada por direitos inalienáveis a um estado de bem estar. A própria geriatria, mesmo focalizando supostas degenerações físicas imanentes ao envelhecimento, aponta para possibilidades de cura ou de convivência com os “males” e “restrições” do avanço da idade de modo que a vida possa continuar sendo bem desfrutada. Não é diferente a crença da polícia, do judiciário, dos profissionais e dos conselhos dos idosos de que, a despeito da dura realidade vivida por muitos idosos que presenciam diariamente, suas ações ajudam a mudar essa realidade e a propiciar uma condição de vida melhor.

No outro pólo dessa contradição está a atitude pejorativa pela qual o idoso é tido como dependente, incapaz e inválido. Tais desvalorizações podem ser apreendidas facilmente como mostramos no discurso da gerontologia, do Estatuto e das políticas públicas.

O que interessa ressaltar é que tanto um quanto o outro pólo se une num núcleo comum que diz respeito ao que poderíamos chamar de dessubjetivação do idoso. Seja como inválido ou como ser ainda capaz de alguma vida produtiva, ele é visto como quem precisa de monitoramento, de amparo, de proteção ou de tutela para viver. E aí a gerontologia comparece com toda sua assertividade ao prescrever as receitas do bem viver. Amparo e cuidado

facilmente se convertem em tutela e desautorização do outro para gerir a própria vida. Neste sentido, o idoso, com as feições que recebe do Estatuto passa a integrar um contingente específico da população para o qual o Estado destina um lugar próprio devidamente equipado com instituições e serviços capazes de ordenar a subjetividade e a presença desses atores no cenário da sociedade.

O exame das mazelas da velhice, apreendidas no âmbito de uma municipalidade, revelou outra contradição nevrálgica, que coloca em oposição o envelhecimento idealizado pela discursividade legal e científica com aquele que se materializa no cotidiano dos idosos.

Na esfera municipal, foi possível visualizar claramente o segmento da Terceira Idade, freqüentadora do Clube da Terceira Idade, da UNATI, do Melhor Idade e outros programas e, aquela velhice que aparece nas queixas registradas em boletins policiais, na promotoria pública e no Conselho Municipal do Idoso. A primeira é expressão do envelhecimento enquadrado nas políticas e gestão do Estado; expressão do ideário de envelhecimento propagado pela geriatria e gerontologia – idosos saudáveis, ativos, alegres, consumidores, etc. A segunda é a velhice que escapa aos ideários do discurso jurídico e científico.

A condição de passividade e dependência propagada pelas leis e pela ciência se impregna nos diferentes setores da sociedade. Assim também é no caso do poder judiciário, que se sente “à vontade” para tutelar e ordenar a vida dos idosos que chegam até a sua jurisdição. Ficar a mercê do julgo judiciário talvez seja a pior mazela que se possa ser experimentada na velhice. O julgamento de um juiz de direito costuma ser definitivo e irrevogável. É sustentado por uma série de procedimentos, práticas e saberes que subjugam a velhice, atrelando-a a negatividades e à degeneração da vida e tornando-a objeto de pleno exercício de poder. E qual membro do executivo poderá contestar uma ordem judicial sem ser punido por desobediência? Todo o aparato que impermeabiliza e legitima o poder judiciário entrega nas mãos dos juízes e promotores o destino de muitos idosos que têm suas vidas invadidas e capturadas.

Talvez a melhor forma de prevenção com vistas ao bem estar nas idades avançadas da vida seja manter-se longe dos serviços especializados, especialmente dos serviços públicos, que costumam ser a porta de entrada das mazelas que recaem sobre o envelhecimento. A enfermeira do posto de saúde, a assistente social, a agente comunitária e tantos outros “olhos do governo” que se dividem no espaço e agem sobre a égide do cuidado, abrem as porteiras para a tutela exercida sobre o envelhecimento. A própria família ou até mesmo a vizinhança,

também costumam exercer esta função de vigias do estado na gestão do envelhecimento. Qualquer situação que supostamente represente um risco à integridade da pessoa idosa, idealizada nos discursos jurídico-científicos, pode detonar uma denúncia, um processo legal e a tutela completa sobre o corpo envelhecido.

Se, na modernidade, o Estado transformou a mulher no seu maior vigia colocando-a na espreita de crianças e do trabalhador, nos espaços micro, ou seja, nas casas, como aponta Donzelot (1986), os investimentos sobre a vigilância sobre a velhice ultrapassaram qualquer barreira de gênero, raça, cor, idade, classe social e demais recortes bioidentitários. Qualquer indivíduo, homem ou mulher, trabalhador ou vadio, doutor ou analfabeto está definitivamente qualificado para vigiar o envelhecimento como enfatiza bem o próprio Estatuto do Idoso. E assim vão surgindo as denúncias anônimas de maus tratos, de abusos, e outras supostas infrações que colocam a velhice sobre estado de tutela. Muitas vezes, as supostas violações de direito não causam transtornos aos próprios idosos, mas incomodam demasiadamente seus “vigias”. Perante o excesso de vigilância e proteções não nos surpreenderemos se, em pouco tempo, forem implantados os “conselhos tutelares” dirigidos à velhice.

A questão econômica começa a pesar consideravelmente no rumo da vida dos idosos. A aposentadoria, em muitos casos, é um importante motivador para a família manter a proximidade ou ainda assumir os cuidados necessários aos idosos, não os relegando às instituições de longa permanência.

Noutros casos, a aposentadoria, que deveria assegurar um rendimento mínimo para a sobrevivência do idoso, acaba sendo a fonte de seus sofrimentos e maus tratos, quando desperta a cobiça ou gera a disputa dentre familiares ou até mesmo dentre os asilos. Cabe assinalar aqui a selvageria do capitalismo, que lança as pessoas numa busca desenfreada e amoral por dinheiro, capaz de fazê-las transgredir preceitos ético-morais constituídos nos mais elementares laços afetivos e sociais.

No entanto, mesmo diante uma nítida arquitetura para a gestão do envelhecimento, muitos idosos optam por formas de existência que não estão previstas no planejamento administrativo. Assim, foi possível verificar que, mesmo diante de políticas e práticas de invalidação da velhice ainda existe potência circulando nas veias dos anciãos, fazendo com alguma parcela da velhice possa escapar aos enquadramentos de praxe e desenvolver uma existência singular, mesmo sendo classificada como inapropriada pela sociedade, pelas leis, pelo mercado, pela ciência e pelo Estado.

Seja como for concebida e gestada a subjetividade, sob a figura do envelhecimento, a experiência de vida concreta do idoso não se enquadra diretamente nos modelos forjados pela legislação, pelas políticas e pelos saberes que lhe dão fundamento e legitimidade, tal como o da geriatria e da gerontologia. Os modos ideais de subjetividade e subjetivação, construídos pelos saberes da ciência e práticas do Estado, não se incorporam diretamente à realidade experimentada por muitos idosos.

Subsiste uma relação dialética entre as estratégias e mecanismos de gestão da velhice e o acontecer da vida nas idades mais avançadas. A vida, mesmo quando se tenta transformá-la numa força de baixa intensidade, como no caso da velhice, guarda uma potência e um caráter errático suficientes para constituir resistências, instigar fugas ou se insurgir contra aquilo que visa enfraquecê-la ou amordaçá-la. Estas características constituem uma ética singular de existência, que deve ser explorada pelos idosos e por correntes críticas das ciências humanas, buscando emancipar e aprimorar a experiência do envelhecimento. Neste sentido, pode-se pensar, também, na produção de conhecimento como potencial transformadora da realidade vivenciada na velhice. Não aquela produção científica que busca aprisionar seus referentes, como se pôde mapear no caso da geriatria e da gerontologia, mas aquela que busque libertá-los, que busque valorizar a experiência do envelhecimento, respeitando singularidades e formas desviantes de existência.

Para tanto, não bastará produzir conhecimentos específicos sobre a clientela em questão, tal conhecimento ‘emancipador’ não seria suficiente para promover mudanças significativas. Deve-se sim investir na formação de cidadãos críticos, que consigam viver e pensar fora dos modelos hegemônicos capitalistas, enfim pessoas habilitadas a conviver e aceitar suas singularidades e as dos outros. Trata-se na verdade de uma mudança social, nos níveis micro e macro político, que depende da iniciativa popular.

A proposta de mudança social, aqui esboçada, demanda a participação da própria população idosa, tanto no processo de construção de saberes e imagens sobre o envelhecimento, quanto na própria atuação de gestão política. O idoso deve fazer parte dos cenários onde devem ocorrer estas transformações, exercendo o papel de protagonista na construção social do envelhecimento.

NOTAS

- 1- Estamos tomando como principal exemplo o processo de urbanização da cidade do Rio de Janeiro.
- 2- Segundo Costa, o termo Higienismo remete a teoria e a prática da medicina da política de higienização das cidades, da população e da família. No Brasil, assim como na Europa, foram criadas um conjunto de instituições com o objetivo de isolar os “riscos sociais” como órfãos, velhos desamparados, prostitutas, mendigos, etc (COSTA, 1989)
- 3- De acordo com a bibliografia consultada (DONZELOT, 1986; COSTA, 1989; FOUCAULT, 1999) o principal intuito do projeto higienista era a gestão e normatização da população baseada em procedimentos médico-disciplinares. No início do século XX tais procedimentos pretenderiam invadir o espaço privado da população. Em contrapartida, os cidadãos iriam demonstrar seu descontentamento no episódio conhecido como “revolta da vacina”.

Já se havia revoltado contra a remodelação urbana feita pelo presidente Rodrigues Alves (1902-1906), que decidiu modernizar a cidade e tomar medidas drásticas para combater as doenças epidêmicas. Cortiços e casebres, que compunham inúmeros quarteirões dos bairros centrais, foram demolidos e deram lugar a grandes avenidas e ao alargamento das ruas, seguindo o modelo de urbanização dos grandes bulevares parisienses.

Em 1904, o Rio de Janeiro foi assolado por uma epidemia de varíola. Os sanitaristas, através de mecanismos legais, reiteraram a obrigatoriedade de vacinação, já instituída em 1837, mas que nunca tinha sido cumprida. Nesta empreitada, foi montada uma campanha em moldes militares que dividia a cidade em distritos e criava uma polícia sanitária com poder para desinfetar casas e invadi-las para vacinar as pessoas à força. Tal medida causou uma grande revolta na população.

O jornal Correio da Manhã de 6 de outubro de 1904 noticiava os debates entre as autoridades com a manchete: *Preparativos para a guerra?* Em 5 de novembro foi fundada a "Liga contra a vacinação obrigatória", com grande participação popular e que funcionava junto ao Centro das Classes Operárias. Foram desencadeados vários comícios que chegaram a contar com 3.000 participantes. No dia 13 houve um grande

choque com a polícia com troca de tiros e vários mortos. A revolta se generalizou na cidade, bondes foram virados para servirem de trincheiras, comerciantes forneciam gratuitamente latas de querosene aos revoltosos para atear fogo nos mesmos bondes. Distribuíam também rolhas que jogadas no chão faziam os cavalos da força pública escorregarem. O governo perdeu o controle da cidade até o dia 15, quando foi decretado estado de sítio. Morreram 23 pessoas, a maioria operários, e foram presas outras 946, das quais 461 foram deportadas (colocadas em navio e enviadas para local não especificado) sem julgamento sob a alegação de que teriam outros antecedentes criminais. A revolta foi sufocada, mas a lei da vacinação obrigatória deixou de ser posta em vigor na forma proposta. (VASCONCELOS, 2001; PORTO 2003)

A Revolta da Vacina foi interpretada pelos representantes das ciências e do Estado como o reflexo da ignorância popular frente à benevolência da lei da vacinação obrigatória. Porém, o famoso episódio é por nós encarado como o reflexo da indignação e da contestação do popular, em resposta as práticas higienistas ou médico-sanitárias, que pretendiam controlar a vida privada dos cidadãos em sua totalidade.

- 4- Segundo Minois (1999) A sociedade Inca desde o século XII elaborou uma espécie de aposentadoria para os mais velhos. A arrecadação desta seguridade se dava através da cobrança de tributos. Aos mais velhos também eram distribuídos cereais em armazéns públicos.
- 5- A Prússia foi considerada o primeiro Estado Moderno por Foucault (2008)
- 6- A LOPS estipulava em 8% do “salário benefício” do empregado e a mesma proporção dos recursos do empregador e da União, respectivamente, aos benefícios (HADDAD, 1986)
- 7- O movimento higienista nasceu na Europa por volta do séc. XVIII. Este movimento consistia nos esforços do Estado e da categoria médica em “higienizar” a população, estabelecendo métodos de higiene. (FOUCAULT, 1999). O projeto higienista consistia na formação de um sistema de vigilância e controle social baseado no policiamento médico de higienização da população, intervindo principalmente sobre seus hábitos. A medicina entrava nas casas, nas fábricas, nas escolas, nas ruas, nas famílias e no interior dos próprios sujeitos, estabelecendo uma série de procedimentos disciplinares, sob a égide da moralidade e da saúde.

- 8- Biopoder: governo da vida da população, sustentando por saberes sobre os corpos dos indivíduos, distribuídos por identidades biológicas ou “bioidentidades” (FOUCAULT, 2005).

Biopolítica: a produção de um saber sobre o corpo que regulamenta diferentes domínios da atividade humana – a vida, o trabalho, a linguagem – em uma política geral de verdade que se efetiva em um conjunto de práticas, cuja função é neutralizar perigos, intensificar a utilidade dos indivíduos e fixar populações (FRANÇA, 2004, p. 10).

- 9- Sem dúvida esta função da “dona de casa”, como ordenadora do núcleo familiar é exercida até os dias atuais, em especial em relação aos cuidados com a saúde e vigilância da família. Os apelidos coloquiais atribuídos às donas de casa pelos seus respectivos esposos retratam bem esta realidade: “o guarda”, “o delegado”, “a dona onça”, etc.
- 10- A seguridade social no Brasil é formada pelo “tripé” das políticas de saúde, previdência e assistência social.
- 11- Instituições mistas são aquelas que possuem receita própria, mas que também recebem recursos públicos repassados através de convênios.
- 12- A origem dos conselhos de participação popular no Brasil, data do final da década de 70. Os conselhos surgiram através de mobilizações de classes populares que reivindicavam melhores salários, serviços de saúde e participação de representantes diretos do povo na administração pública. Os principais movimentos organizados de populares do período foram o “Movimento Contra a Carestia” da periferia Sul de São Paulo capital e o “Movimento de Saúde” da periferia Leste paulistana. Como desdobramentos do Movimento de Saúde da Zona Leste, foram formados, em diversos bairros daquela região, os Conselhos de Saúde. Tais Conselhos passaram a atuar na gestão e principalmente fiscalização em diversos centros de saúde. Os Conselhos de Saúde da Zona Leste eram compostos por mães e donas de casa residentes no bairro de cada posto. A atuação do conselho em questão era conhecida por seu caráter contestatório e em relação às políticas de saúde e pelas reivindicações em prol dos usuários destes serviços (SADER, 1988; BRANDT, 1983).

- 13- Foi no início da década de 90 que foram promulgados o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – Lei nº 8.059, de 13 de julho de 1990 e a Lei nº 8.242 de 12 de outubro de 1991, que criava os conselhos e fundos da criança e do adolescente.
- 14- O termo “Tecnologias de Diferenciação” foi cunhado por Katz e refere-se às políticas públicas, especialidades científicas e serviços dirigidos especificamente à velhice. Conforme o autor, tais mecanismos diferenciam a velhice dos demais estratos da população, assim como é o caso do Estatuto do Idoso.
- 15- Preferimos essa nomenclatura e não a que está sendo usada atualmente com um sentido politicamente correto: Instituições de Longa Permanência. Consideramos a palavra Asilo, carregada de sentidos pejorativos, estigmatizadores e de preconceitos, mais apropriada para se referir a tais instituições porque é a que nos parece mais realista, justa e verdadeira.
- 16- O termo utilizado para os mandados judiciais de abrigo, pelo poder judiciário tem sido: MEDIDA DE PROTEÇÃO A IDOSO OU MEDIDA DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA.
- 17- Requerido é o termo utilizado para designar a pessoa idosa envolvida nos processos legais em questão.
- 18- Apesar de o processo analisado estar tramitando sob sigilo de justiça, pudemos ter acesso à ele, através de uma autorização concedida pela juíza responsável. Para preservar a identidade das partes envolvidas, não foram divulgados nenhum nome ou endereço sendo representados por uma letra maiúscula. Tais letras não são necessariamente aquelas que representam as iniciais dos nomes ou endereços dos envolvidos. Todas as palavras e frases foram reproduzidas fielmente, incluindo aquelas que apresentavam erros ortográficos ou gramaticais.
- 19- O documento que mais condensa o ímpeto e as finalidades da política de assistência no Brasil é a “Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social” – NOB-SUAS (BRASIL, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, G. R. *A Dinâmica da Participação da Sociedade Civil em Conselhos de Políticas Sociais no Município de Piraí*. 2007. 193 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BAUMAN, Z. *O mal estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. *Vidas Desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BEAUVOIR, S. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1990.

BENVENISTE, E. Da subjetividade na linguagem. In: _____ *Problemas de Lingüística Geral I*. São Paulo: Pontes, 1991.

BIRMAN, J. O futuro de todos nós. In: BIRMAN, J. (Org.). *Estilo e Modernidade em Psicanálise*. São Paulo: Ed 34, 1997.

BRANDT, V. C. Da resistência aos movimentos sociais: a emergência das classes populares em São Paulo. In: SINGER, P.; BRANT (org). *São Paulo: o povo em movimento*. São Paulo: CEBRAP, 1983.

BRASIL. *Constituição Federal do Brasil*. Brasília, 1988.

_____. *Política Nacional do Idoso* - Presidência da República, 1994.

_____ *Decreto 1.948* – Presidência da República, 1996.

_____ *Portaria 73* – Presidência da República, 2001.

_____ *Estatuto do Idoso*. Brasília - Presidência da República, 2003.

_____ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS – Presidência da República, 2005.

_____ *Plano Nacional de Implementação das Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa*. Brasília: Presidência da República. Secretária Especial dos Direitos Humanos - SEDH, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, 2007.

_____ *Composição do Conselho Nacional do Idoso* (online). Disponível na internet via: WWW.URL: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/conselho/idoso/compos. Consultado em 08 de dezembro de 2009.

_____ *Lei nº 12.213* – Presidência da República, 2010.

BRÊTA, A; OLIVEIRA, E. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 8, nº 2, p. 58-82, 1999.

BRITO, J. T. Entrevista Josepha Theotônia de Britto. *Revista A Terceira Idade*. São Paulo: SESC – GETI, v. 16, nº 34, p. 89-103, outubro de 2005.

CALDAS, C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19 nº 3, p.773-781, mai-jun. 2003.

CENEVIVA, W. Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: A Terceira Idade nas Alternativas da Lei. *Revista A Terceira Idade*. São Paulo: SESC – GETI, v. 15, nº 30, p. 7-23, maio 2004.

COHEN, L. Não há velhice na Índia: os usos da gerontologia. In: DEBERT, G. G. (Org.). *Textos Didáticos: Antropologia e Velhice*. Campinas: UNICAMP, 1994.

CORREA, M. R. *Uma Cartografia do Envelhecimento na Contemporaneidade: a velhice e a terceira idade*. 2008, 148f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP, Assis.

CORTES, S.M. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 4, nº 7, p. 18-49, jan/jun 2002.

COSTA, J. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989

COUTO, C.; ARANTES, S. Constituição, governo e democracia no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 21 nº. 61, p. 41-62, junho/2006.

DEBERT, G. G. Pressupostos da Reflexão Antropológica sobre a Velhice. In: DEBERT, G. G. (Org.). *Textos Didáticos: Antropologia e Velhice*. Campinas: UNICAMP, 1994.

_____. *A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento*. São Paulo: Edusp, Fapesp, 1999.

_____. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Org.). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus, 1999b.

_____. A Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M. (Org.) *Velhice ou terceira idade ? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. p. 69-85, 2007.

DONZELOT, D. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FALEIROS, N. P.; JUSTO, J. S. O idoso asilado: a subjetividade intramuros. In.: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (online). Rio de Janeiro, v.10 n.3, 2007. Disponível na internet via: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300006&lng=pt&nrm=iso. Consultado em 05 de abril de 2010.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Loyola, 2001.

_____. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA, S. O deficiente mental e a experiência de si. In: FRANÇA, S. et. al (org) *Estratégias de Controle Social*. São Paulo: Arte e Ciência, 2004. p. 9-41.

GIACOMIN, K. et. al Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, nº 1, p.80-91, jan-fev, 2005.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

GONSALVES, L. H. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, nº4, out-dez. 2006.

GONÇALVES, M. G. O método de pesquisa materialista histórico e dialético. In: Encontro de Psicologia Social Comunitária ABRAPSO/NÚCLEO BAURU, V, 2001, Bauru (anais do evento) Bauru: UNESP, 2001, p. 23-27.

GROISMAN, D. *A infância do asilo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). 1999, 120f. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. Asilos de Velhos: passado e presente. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. Porto Alegre, v. 2, p. 67-89, Nov.1999b.

_____. D. A velhice entre o normal e o patológico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.9, p. 61-78. jan-abr, 2002.

GUEDES, S. A Concepção Sobre a Família na Geriatria e na Gerontologia Brasileiras: ecos dos dilemas da multidisciplinaridade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 15, nº 43, p. 69-82, jun. 2000.

HABERMAS, J. *Conhecimento e Interesse*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

HADDAD, E.G. M. *A Ideologia da Velhice*. São Paulo: Cortez, 1986.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. *Censo demográfico: Brasil, 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia>>. Acesso em: 25 mar. 2006.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD*. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

MACHADO, R. et. al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal. 1978. 559 p.

MAFFIOLETTI, V. Velhice e família: reflexões clínicas. *Psicologia: ciência e profissão*. v.25 n.3 Brasília. p. 35-47, set. 2005.

MARTINS, M.; MASSAROLLO, M. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo v.42, nº1, p. 26-33, Mar. 2008.

MARZIALE, M. H. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto v.11, nº 6, nov-dez. 2003.

MASCARO, S. A. *O que é velhice*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MELLO, P. et. al. Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 13, nº 2, p. 259-274, 2008.

MERCADANTE, E. F. Velhice: uma questão complexa. In: Côrte et. al. (Org.) *Velhice envelhecimento complex(idade)*. São Paulo: Vetor, 2005.

MIGUEL, M. E. et.al. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. (periódico on line) v. 09, n. 03, p. 784 – 795, 2007. Disponível na internet via: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>. Consultado em 03 de abril de 2010.

MINAYO, M. C. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

MINOIS. G. *História da Velhice no Ocidente: da antiguidade ao renascimento*. Lisboa: Editorial Teorema, 1999.

NÉRI, A. L. As Políticas de Atendimento aos Direitos da Pessoa Idosa no Estatuto do Idoso. *Revista A Terceira Idade*. São Paulo: SESC – GETI, v. 16, nº 34, p. 7-25, outubro de 2005.

NOGUEIRA, S. L. et al. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 25, n. 1, jan/jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 ago. 2008.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. Diferenças sociodemográficas no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, jul./ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400022&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 13 ago. 2008.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: BARROS, M. (org) *Velhice ou terceira idade ? Estudos*

antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007. p.69-84.

PIMENTA, R. C. *Crise dos partidos, crise do regime* (online). Disponível na internet via WWW. URL: <http://www.pco.org.br/colunistas/rui/colunas/28nov2006.htm>. data: 28 de novembro de 2006. Arquivo consultado em: 14 de outubro de 2009.

PINTO, M. E. *Velhice, dependência e cuidado: perspectiva psicossocial*. Londrina: EDUEL, 2005.

PORTO, M. Y. Uma revolta popular contra a vacinação. In.: *Ciência e Cultura*. São Paulo, v. 55, n. 01, p. 53-54, Jan-Mar. 2003.

ROCHA, D. ; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea*, São Paulo, vol.7, no. 2, p.305-322, dez. 2005

SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, C. J. *Universidade aberta para a terceira idade: um caminho de vida*. Santos: Leopoldianum, 1997.

SANTOS, M. *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional*. São Paulo: Hucitec, 1994.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível na internet via WWW. URL: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>. Arquivo consultado em: 19 de Agosto de 2008.

_____. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível na internet via WWW. URL: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>. Arquivo consultado em: 17 de Outubro de 2009.

SEDH. *Secretaria Especial dos Direitos Humanos*. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.gov.br/observatorioidoso>>. Acesso em: 01 jul. 2008.

SILVA, L. R. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, jan.-mar. 2008.

SILVA, S.S. *Estatuto do Idoso – um crítico e novo olhar sobre o idoso e os desafios a serem enfrentados*. 2007 – 137 f. (Mestrado em Direito) Centro Universitário Eurípides de Marília, Marília.

SIMÕES, J. Velhice e Espaço Público. In: BARROS, M. (org) *Velhice ou terceira idade ? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. p.13-34, 2007.

SOARES, L. ARAÚJO, M. A força normativa da constituição de 1988 e a cultura política brasileira: como enfrentar o problema da força simbólica dos direitos fundamentais? Trabalho publicado nos Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI, realizado em Brasília – DF nos dias 20, 21 e 22 de novembro de 2008.

SOUZA, C. Regras e Contexto: As Reformas da Constituição de 1988. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 51, no 4, pp. 791-823, 2008.

SOUZA, M.T. O processo decisório na Constituição de 1988: práticas institucionais. *Lua Nova*. São Paulo, no. 58, 2003.

TÓTORA, S. Apontamentos para uma ética do envelhecimento. *Kairós*, São Paulo, vol. 11, no. 1 p. 21-38, jun. 2008.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

ANEXO A

Entrevista realizada com o presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG

- 1** - Quais são as linhas de conhecimento sobre a velhice, propagados e difundidos pelos profissionais associados à SBGG, que Vossa Senhoria pode identificar?
- 2** - Dentre estes conhecimentos, qual é a importância dada na relação entre idoso e família?
- 3** - Quais são as fontes de recursos da SBGG para a manutenção de suas despesas, realização de eventos, etc.?
- 4** - Atualmente qual é o número de filiados da SBGG?
- 5** - Quais as principais áreas de profissionais filiados a SBGG?
- 6** - Qual é a proporção aproximada das diferentes áreas de profissionais filiados à SBGG?

7 - Como Vossa Senhoria avalia a participação dos conhecimentos difundidos pelos profissionais da SBGG na elaboração de políticas públicas dirigidas à velhice?

8 - Existem ações diretas da SBGG junto ao governo para implementar projetos e políticas públicas dirigidas à velhice?

ANEXO B

Entrevista realizada com o Curador do Idoso

1 - Quais são as ocorrências, que envolvem violação de direitos de pessoa idosa, que têm sido relatadas aqui?

2 - Quais são as ocorrências mais freqüentes, quando o idoso é vítima?

3 - Quem costuma ser o autor de violação de direitos da pessoa idosa?

4 - Quem faz a denúncia quando o idoso é vítima?

5 - Quais são as ocorrências, que os idosos aparecem como autores de atos infracionais, que têm sido relatadas aqui?

6 - Quais são as ocorrências mais freqüentes quando o idoso é o autor do ato infracional?

7 - Relate as ocorrências que mais chamaram sua atenção, seja do idoso como autor ou vítima?

8 - Do total de denúncias, queixas e processos, qual é a proporção de arquivamento e também daqueles que normalmente resultam condenação ao réu?

9 - Sobre a inimputabilidade do idoso, são muitos os casos em que os idosos, quanto são autores, se beneficiam da inimputabilidade?

ANEXO C

Entrevista realizada com a Delegada

1 - Quais são as ocorrências, que envolvam violação de direitos de pessoa idosa, que têm sido relatadas aqui?

2 - Quais são as ocorrências mais frequentes, quando o idoso é vítima?

3 - Quem costuma ser o autor de violação de direitos da pessoa idosa?

4 - Quem faz a denúncia quando o idoso é vítima?

5 - Quais são as ocorrências, que os idosos aparecem como autores de atos infracionais, que têm sido relatadas aqui?

6 - Quais são as ocorrências mais frequentes quando o idoso é o autor do ato infracional?

7 - Relate as ocorrências que mais chamaram sua atenção, seja do idoso como autor ou vítima?

8 - Do total de denúncias registradas aqui, qual é a proporção dos arquivamentos e também daquelas que normalmente são encaminhadas ao fórum?

9 - Das denúncias encaminhadas ao fórum, qual é a proporção daquelas que se convertem em processo legal?

ANEXO D

ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto e demais leis federais, dirigidas a população idosa, orientam direitos, cuidados, afetos, espaços, concepções, imagens, representações de velhice, assim como, regulam e deliberam políticas públicas, serviços e produtos disseminados para todo o conjunto da federação. Cada Estado e município devem seguir as diretrizes da legislação federal do idoso, relativas a elaboração de projetos, a implantação de serviços específicos e demais políticas públicas, na sua área de gestão. O Estatuto do Idoso, por exemplo, estipula uma série de obrigações do poder público que deveriam ser cumpridas nos âmbitos locais, ou seja, nas cidades.

Os alarmantes dados demográficos que projetam a aceleração do envelhecimento da população, com conseqüências trágicas na economia e na seguridade social, são responsáveis, em grande parte, pelo recente despertar da sociedade brasileira em relação às condições de

vida dos idosos e aos lugares destinados a eles no cenário social. Não se deve desprezar tantos outros motivos nesse despertar para as questões da velhice, tais como o avanço do conhecimento científico, a preocupação com melhoria da qualidade de vida, a ampliação de direitos e do exercício da cidadania e assim por diante.

Não se deve ignorar também que tamanha projeção social, tal como essa ocorrida com os idosos por meio do Estatuto, está intimamente relacionada com estratégias e ações do Estado para resolver problemas, gerenciar e controlar populações, administrar subjetividades e manter a integridade do corpo social. Nesse sentido, o Estatuto assume o papel de catalisador de um problema social ao qual procura dar uma forma, inteligibilidade e respostas capazes de neutralizá-lo, como força de contestação, e absorvê-lo na lógica do funcionamento do Estado.

Não bastasse sua força como instrumento legal, goza ainda do prestígio que conquistou no cotidiano da sociedade pelos efeitos produzidos no imaginário sobre a velhice e no tratamento dispensado aos idosos. Tornou-se um marco na história da velhice na nossa sociedade; um registro de mudanças significativas na figura do idoso e em relação aos espaços sociais destinados aos velhos. Enquanto um marco, de tamanha magnitude, traz consigo uma série de injunções de ordem política, econômica, cultural e subjetiva que o torna um objeto extremamente complexo e problemático para exame e investigação.

É nesse quadro de referência ou contexto no qual se inscreve o Estatuto que devem ser apreendidos e lidos os conteúdos de seu texto organizado em compartimentos bem delimitados por capítulos, artigos, parágrafos, incisos e alíneas que dão o grau e ordem de importância a cada aspecto da velhice que põe em evidência ou atribui a ela.

O Estatuto do Idoso é aqui compreendido não somente como um instrumento jurídico que estabelece direitos, mas também como uma produção simbólica e conceitual que, mediante um conjunto de signos, representações, imagens e saberes, configura o idoso na cultura, retirando daí a legitimação das práticas e políticas destinadas especificamente a esse segmento etário.

Entendemos o Estatuto do Idoso como um dispositivo de Estado formado por um conjunto de normas e diretrizes, e suas decorrentes práticas, produtor de sentidos que se incorporarão aos próprios idosos e ao imaginário coletivo como sendo a realidade natural da velhice. O pressuposto fundamental é o de que a linguagem, a produção discursiva, como no

caso do Estatuto do Idoso, não apenas expressam, mas também constituem os referentes que toma como objeto.

O Estatuto do Idoso é parte de um conjunto de práticas discursivas ou de um campo discursivo que instaura a velhice como categoria de pensamento e significação a partir de imagens matriciais, por meio das quais a realidade passa a ser apreendida e modelada. Por exemplo, o olhar dirigido para uma árvore ou para um computador passará pelo crivo da idade, ou seja, incluirá na imagem que formará do respectivo objeto o atributo de ser **velho** ou não. Dessa forma, as práticas e a produção de sentido que tomam o idoso como objeto e referente, modelam, por extensão, outros objetos e referentes abarcados por similaridade ou contigüidade.

Nesse sentido, a abrangência do Estatuto do Idoso, enquanto produtor de práticas e sentidos em relação à velhice ultrapassa os idosos, tomados estrito senso, e afeta tantas outras populações e demais produções sociais sobre as quais incidem os estigmas do envelhecimento.

O Estatuto do Idoso constitui uma poderosa tecnologia de gestão dos corpos, mediante saberes e práticas especializadas instituídos como tecnologias de controle e administração do social. Além de produzir e reproduzir concepções de velhice, como categoria de pensamento, esta Lei se vincula as complexas estratégias do Estado para administrar e gerenciar populações. A geografia humana descreve, muito bem, os efeitos da gestão do Estado sobre as populações ao identificar limites precisos dos territórios geográficos constituídos pela delimitação de espaços especializados. A espacialização da população cria territórios que se caracterizam por um determinado assentamento geográfico no qual se infundem especificidades sociais, políticas, culturais e subjetivas (SANTOS, 1994).

Segundo Foucault:

Os discursos religiosos, **judiciários**, terapêuticos e, em parte também, **políticos** não podem ser dissociados desta prática de um ritual que determina para os sujeitos que falam, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos (2001, p.39.). Procedimentos que funcionam, sobretudo, a título de princípios de classificação, de ordenação, de distribuição (2001, p.21, grifos e negritos nossos).

Para o autor, há uma lógica das práticas na modernidade que objetiva a localização e distribuição dos corpos no espaço e no tempo, para a ordenação e individualização de grupos (DREYFUS; RABINOW, 1995, apud FRANÇA, 2004, P. 10).

De acordo com França (2004, p. 10):

Essas práticas são como laboratórios de controle, correção e transformação dos indivíduos, ao mesmo tempo local de exercício de poder e lugar de registro de saber. São redes produtivas – produzem coisas, discursos, objetos – que tecem o campo social, organizam procedimentos que fazem circular efeitos de poder de forma contínua e individualizada, a fim de demarcar posições e modos de ação de cada um.

Estamos subsumindo que os modos de subjetivação, dentre os quais situamos o da velhice, são constituídos em processos históricos, dentro de um conjunto de práticas, estratégias e saberes que tomam determinados públicos como referentes, delineando-os, demarcando sobre eles um regime de verdade e de poder/saber. Tais práticas acabam construindo imagens, concepções identidades e orientando, tratamentos, afetos, expectativas e dentre outras coisas, a legislação de cada sociedade.

O Estatuto irá se consumir como um marco fundamental na história social da velhice, que constrói no imaginário coletivo, concepções da população idosa, como sujeitos de direitos. Desdobrado da Constituição de 1988, reflete mudanças significativas no tratamento e nas figurações da velhice como população de direitos. Indubitavelmente, hoje, ele funciona como uma grande usina de produção simbólica referente à velhice, por ser o principal orientador das políticas e práticas que tornam o idoso objeto da gestão pública. Funciona como um grande guia das ações do Estado e da sociedade civil como um todo no tratamento do idoso e, sobretudo, como grande guia do modo como a velhice é vista e significada.