

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Saúde Pública

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA A PESSOA IDOSA:
A CONTRADIÇÃO DE QUEM CUIDA**

MARÍLIA ANSELMA VIANA DA SILVA BERZINS

*Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para a
obtenção do Grau de Doutor em
Saúde Pública*

*Área de Concentração:
Serviços de Saúde*

*Orientadora:
Prof^a. Dra. Helena Akemi Wada
Watanabe*

*São Paulo
2009*

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA A PESSOA IDOSA:
A CONTRADIÇÃO DE QUEM CUIDA**

*Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde
Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de
São Paulo, para a obtenção do
Grau de Doutor em Saúde
Pública*

*Área de Concentração:
Serviços de Saúde*

*Orientadora:
Prof^a. Dra. Helena Akemi Wada
Watanabe*

*São Paulo
2009*

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa à memória dos meus queridos e saudosos pais, Francisco Anselmo da Silva e Ilda Viana da Silva que não mediram esforços para a minha formação humana, ética, moral e me ensinaram o valor do conhecimento e do estudo.

Meu carinho e a minha saudade.

Obrigada por vocês terem me ensinado a valorizar a pluralidade, a criticar os preconceitos e as injustiças.

Minha eterna gratidão!

AGRADECIMENTOS

Escrever uma tese é um trabalho extremamente solitário. A necessidade do trabalho solo nos coloca em contato com nossos próprios defeitos, aspirações, angústias e também favorece a criação – origem da existência.

Entretanto, não poderia deixar de registrar agradecimentos a várias pessoas que não me deixaram na solidão e contribuíram para o resultado final deste trabalho que reflete um pouco da minha teia de relações e de significados.

A DEUS, criador e sustentador da história e da minha vida, de quem tenho o privilégio de ser filha.

*Ao **Reinaldo Berzins**, meu esposo e companheiro que em todos os momentos da construção desta tese se fez presente e me inspira a repetir os versos de Fernando Pessoa, pois “quando te vi, amei-te muito antes. Tornei a achar-te quando te reencontrei”. Obrigada querido!*

*À querida professora **Alice Moreira Derntl** que ficou nos caminhos da vida e não pôde chegar junto comigo no final dessa odisséia intelectual. Minha querida amiga, mais que professora, e que até o mês de julho de 2008 me dava segurança e apostava que eu conseguiria terminar. Minha saudade e o meu carinho a quem aprendi a amar e respeitar e que carinhosamente me chamava de “minha querida”. Que saudades! Registro o meu lamento por não tê-la na banca de arguição.*

*À Professora Dra. **Helena Akemi Wada Watanabe**, minha querida orientadora que soube com muita elegância e eficiência, me acompanhar no árduo percurso da construção da tese. Além de me acompanhar, soube-me por nos trilhos do conhecimento e nos prazos acadêmicos, não exigindo mais do que eu daria conta, mas não se ausentando da sua responsabilidade, sempre presente e respeitosa. Meu respeito por você.*

*À professora **Dra. Maria Cecília de Souza Minayo**, ícone da pesquisa qualitativa brasileira e referência na produção das pesquisas em violência. Conheci a professora Minayo em 2001 e, desde aquela data, tenho o mais profundo respeito e consideração por esta brilhante pesquisadora brasileira que muito tem contribuído para o progresso do conhecimento no Brasil e que tem colaborado na defesa dos direitos da pessoa idosa, produzindo conhecimento sobre a Violência Contra a Pessoa Idosa. Meu respeito! Que honra tê-la na banca.*

À professora **Dra. Elisabeth Frohlich Mercadante**, minha querida e perpétua orientadora da pesquisa do mestrado que me ensinou os caminhos da gerontologia e me apresentou as velhices e suas incontáveis manifestações e facetas. Minha gratidão e carinho.

À Professora **Ana Cristina Passarelli Bretas**, profissional do cuidado e da ética do humano. Pessoa querida que tive o prazer de conhecer em 2001 quando me assustava com tudo e que me apoiou e me acompanhou demonstrando um profundo carinho comigo. Profissional ética, séria e responsável a quem pretendo seguir os passos. Meu carinho. Minha “ídola”.

Ao Professor **Paulo Antonio de Carvalho Fortes**, profissional e professor sério, competente e que tem contribuído para a pesquisa e produção do conhecimento da bioética. Meu carinho e minha gratidão.

Ao Dr. **Sérgio Márcio Pacheco Paschoal**, amigo, ser humano na essência da palavra e com quem tenho o imenso prazer de trabalhar e dividir as ansiedades “produtivas” para o estabelecimento de políticas públicas justas e necessárias para a população idosa da nossa cidade.

Às Professoras **Yeda Aparecida Duarte, Marisa Accioly e Andréa Lopes** queridas companheiras na luta pela dignidade e pela melhoria das condições de vida e cuidado às pessoas idosas. Obrigada pela cooperação e apoio que vocês me deram na construção da pesquisa.

À **Lumena Almeida Furtado** que me motivou a ir à busca da temática da violência contra a pessoa idosa por meio do Projeto Prioritário Resgate Cidadão iniciado no ano de 2001. Experiência inovadora introduzida na cidade de São Paulo para o olhar da violência na perspectiva de saúde pública.

À Assistente Social **Sandra Teixeira** que, movida pelo carinho e solidariedade, abriu-me as portas do campo de pesquisa e favoreceu o meu encontro e reencontro com a prática na emergência do hospital. Obrigada!

Aos amigos **Vilson Moraes, Mariene Moura, Cynthia Berzins, Márcia Santos, Lívia Rosa, Maria Aparecida Soares Alves** e a bibliotecária **Carminha** que muito me ajudaram na fase de conclusão da tese. Minha gratidão.

Quero agradecer ainda a todos os outros seres que não estão referenciados nesta pequena lista (familiares, amigos, colegas, pessoas idosas), mas que fazem parte da minha existência e espero que esta pesquisa possa gerar novas ações e, sobretudo, possa contribuir para a melhoria das condições de vida das pessoas idosas brasileiras, dando-lhes a dignidade devida.

*Um agradecimento especial às pessoas idosas brasileiras representadas nas figuras da Professora **Suzana Rocha Medeiros, Zally Queiroz, Tomiko Born, Olga Quiroga e José Maria de Anchieta** cujas vidas atestam a sabedoria, a beleza e a riqueza do envelhecer. Meu respeito!*

Berzins, MAVS. Violência institucional contra a pessoa idosa: a contradição de quem cuida. [Tese de doutorado]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública USP, 2009.

RESUMO

Pessoas idosas são vítimas de diversas formas de violência. Esta pesquisa qualitativa, fundamentada no referencial teórico da gerontologia e na perspectiva interpretativa, estuda a velhice e a violência institucional contra pessoas idosas a partir da interpretação do conteúdo das entrevistas de 16 profissionais que trabalham no setor da emergência de um hospital público da cidade de São Paulo. Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, feitas a informantes selecionados de diferentes categorias profissionais. O conteúdo das entrevistas foi dividido em duas macrocategorias: velhice e violência institucional. Os profissionais entrevistados associaram velhice à fragilidade, doença, dependência e feiura. Quanto à violência institucional, o termo era inicialmente desconhecido pelos sujeitos. Ao tomarem conhecimento da definição oficial do termo, os sujeitos informaram que este tipo de violência ocorre no serviço pesquisado e que as pessoas idosas são mais vulneráveis à sua ocorrência. Os profissionais declararam que as pessoas idosas são vítimas das diversas formas de violência institucional manifestadas nas subcategorias peregrinação, falta de escuta da clientela, frieza, rispidez, falta de atenção, negligência, maus-tratos, além de outras formas de violência. O grupo de profissionais não se reconhece como agente de violência institucional, transferindo a ação violenta para a alteridade: em primeiro lugar, os próprios colegas de trabalho, e de forma genérica, para a organização do sistema de trabalho. A violência institucional é infligida a todos os usuários, independentemente da idade. Entretanto, os profissionais de saúde apontam para uma maior vulnerabilidade das pessoas idosas, apoiados no conceito e entendimento que eles têm de velhice. Assim, a pesquisa aponta para a necessidade de reconstrução cultural do conceito de velhice pelos profissionais de saúde de forma a favorecer um cuidado mais humanizado.

Unitermos: Violência institucional, velhice, violência contra a pessoa idosa.

Berzins, MAV. Institutional Abuse of Older Persons: the contradiction of those who care (Abstract of doctorate thesis). São Paulo, Faculdade de Saúde Pública USP, 2009.

ABSTRACT

Elderly people are victims of several forms of violence. This qualitative research, based on the theoretical references of gerontology and on the interpretative perspective, studies old age and institutional violence against older persons from the interpretation of the contents of 16 interviews with professionals who work in the Emergency Room of a public hospital in São Paulo city. Data was sourced through semi-structured interviews to individuals selected from different professional categories. The content of the interviews was divided in two macro categories, old age and institutional violence. The respondents linked old age to frailty, sickness, dependence and ugliness. As for the institutional violence, this terminology was first unknown to them, but as soon they learned its official definition, the respondents informed that this kind of violence happens in that site and that the elderly people are more vulnerable to it. The professionals declared that older persons are victims of many forms of institutional violence that are shown in the subcategories “peregrination”, lack of listening attitude to the clients, indifference, rudeness, lack of attention, neglect, maltreatment, among other forms of violence. The group of hospital professionals cannot see themselves as institutional violence agents and they transfer the violent action to alterity: firstly, to their own co-workers, and broadly, to the work organization. Institutional violence is inflicted to all users, regardless their age. However, health professionals point out that older persons are more vulnerable to it, supported on the concept and understanding they have about old age. Therefore, the research indicates the need of cultural reconstruction of the concept of old age by health professionals aiming to a more humanized care.

Keywords: Institutional Violence, Old age, Elderly abuse

ÍNDICE

1. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL: A DIALÉTICA DE UMA HISTÓRIA ABERTA	12
2. TRILHA SONORA	23
2.1 SUJEITOS DA PESQUISA	25
3. INTRODUÇÃO	29
4. VELHICES	39
5. VIOLÊNCIA, SAÚDE PÚBLICA E ENVELHECIMENTO	54
6. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: A CONTRADIÇÃO DE QUEM CUIDA	66
7. CAMINHO METODOLÓGICO	
7.1 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA	85
7.2 TEORIA INTERPRETATIVA	86
7.3 CAMPO DE PESQUISA	89
7.4 OBSERVAÇÃO DE CAMPO	91
7.5 SUJEITOS DA PESQUISA	94
7.6 AS ENTREVISTAS	98
7.7 A ANÁLISE	99
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
8.1 VELHICES	100
8.1.1 Velhice e dependência	102
8.1.2 Velhice e doença	103
8.1.3 A velhice que está apenas nos outros	104
8.1.4 O medo da velhice	106
8.1.5 A velhice é feia	107
8.1.6 Velho é o que não serve pra nada	107
8.1.7 A velhice boa	109
8.1.8 A velhice é frágil	110

8.1.9	Velho volta a ser criança	111
8.1.10	Velhice desrespeitada	111
8.1.11	Velhice e pobreza	112
8.1.12	A velhice no hospital	112
8.1.13	A velhice não desejada	113
8.1.14	A velhice violentada	115
8.1.15	A velhice que incomoda	116
8.2	VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL	119
8.2.1	O encontro com o termo “violência institucional”	120
8.2.2	Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento	123
8.2.3	Falta de escuta e tempo para a clientela	129
8.2.4	Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência	131
8.2.5	Maus tratos dos profissionais para com os usuários motivados por discriminação	134
8.2.6	Detrimento das necessidades e direitos da clientela	137
8.2.7	Proibição ou obrigatoriedade de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos	141
8.2.8	Despersonalização dos sujeitos	144
8.2.9	Organização do trabalho	145
8.2.10	Relação de poder desigual	146
8.2.11	A escolha de Sofia	149
8.2.12	Os trabalhadores da saúde	151
8.2.13	Idoso é mais vulnerável à violência institucional	152
8.2.14	Quem são os agentes da violência institucional	155
8.2.15	Há o descaso também	156

9. CONCLUSÕES	158
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
11. REFERÊNCIAS	169
ANEXOS	
Anexo I – Entrevista Semi-Estruturada	183
Anexo II – Conceito de Violência Institucional	184

CIO DA TERRA

Milton Nascimento / Chico Buarque

Debulhar o trigo

Recolher cada bago do trigo

Forjar no trigo o milagre do pão

E se fartar de pão

Decepar a cana

Recolher a garapa da cana

Roubar da cana a doçura do mel

Se lambuzar de mel

Afagar a terra

Conhecer os desejos da terra

Cio da terra, a propícia estação

E fecundar o chão.

1. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL: A DIALÉTICA DE UMA HISTÓRIA ABERTA

Em março de 1982, encontrei-me com a prática social nas enfermarias, nos corredores e nas salas de um hospital público. Era o meu primeiro estágio prático. Lembro-me das dificuldades que tive naqueles primeiros dias do estágio “prático”. Passava pelos corredores da emergência rapidamente sem querer ver o que ali acontecia. Eu sabia o que eu não queria olhar, nem ver. Ao mesmo tempo, sabia o que eu encontraria nos corredores, enfermarias e leitos do hospital.

Meu primeiro local de estágio, naquele hospital municipal, foi o setor de fisioterapia. O setor ficava no primeiro andar e o caminho para lá chegar me fazia passar pelos corredores do pronto-socorro. Estudar as teorias que explicavam a realidade social era fácil. Difícil foi conviver com a realidade social que se apresentava e desnudava à minha frente, sem retoques, sem maquiagens. Eu me sentia, naqueles corredores, órfã do materialismo dialético de Marx (processo de reprodução das relações sociais capitalistas), de Gramsci, da fenomenologia de e dos demais “padrinhos” do marco teórico-metodológico do movimento de renovação profissional que dominava a formação profissional do assistente social a partir do início dos anos 80. A década da minha formação profissional foi caracterizada com a ruptura do Serviço Social conservadorista e em seu lugar surgiu o projeto ideológico-político da profissão, comprometido com a transformação social.

Não posso me esquecer da minha primeira visita social realizada na periferia da zona sul de São Paulo quando fui em busca da mãe de uma criança de 10 meses, que era atendida no setor de Fisioterapia porque havia sido jogada – pela própria mãe – na parede do quarto. A agressão sofrida trouxe àquela criança sequelas neurológicas gravíssimas. Com a perda da guarda pela mãe, sem pai e sem ninguém para querer adotá-la, aquela menina vivia no hospital e as incessantes sessões de fisioterapia tentavam recuperar algumas das suas funções perdidas. Conheci a mãe da criança.

Ela era alcoolista, mãe solteira e arremessou a criança na parede, segundo sua versão, porque ela não parava de chorar. Estava sob o efeito do álcool quando cometeu a violência. Essa intervenção marcou muito a minha formação profissional. Foi a primeira de uma série interminável de facetas da realidade social. Ali, naquele setor de fisioterapia, pude perceber todo o movimento da vida social e as contradições fundantes que a determinam. Pude também fazer a minha primeira imersão nas particularidades dos processos sociais que teciam e continuam tecendo o cenário da sociedade brasileira. Em outras palavras, desvelou-se para mim “a vida como ela é”.

No final do meu estágio prático no hospital, fui designada para estagiar no pronto-socorro. No primeiro momento da minha entrada no hospital, o pronto-socorro me parecia algo intransponível no qual eu seria incapaz de vivenciar e superar. Eu havia construído um imaginário terrível sobre a vida e a morte no pronto-socorro. O desenvolvimento do meu estágio nesse setor foi outro ponto marcante na minha formação profissional. Estagiar ali foi uma lição que me é e foi útil: o pronto-socorro não era algo que eu não pudesse superar. Aprendi muitas coisas naquele espaço de dor e morte. Quando terminei o meu estágio, circulava pelas macas e leitos sem dificuldades. Os monstros construídos no meu imaginário foram aos poucos se transformando e, aos poucos, resignificando e significando o exercício da minha profissão, dando-me os instrumentos para apreender, compreender e interferir nas múltiplas dimensões da realidade social, matéria-prima do trabalho do assistente social.

O documento de proposta básica para o projeto de formação profissional do assistente social (1996:162) afirma:

À luz desse enfoque, a matéria-prima do trabalho do assistente social são as múltiplas manifestações da questão social na vida cotidiana que constituem o objeto dessa especialização do trabalho. Sua prática é o próprio trabalho orientado para uma finalidade, dotado, portanto, de teleologia: de objetivos e metas que o profissional pretende atingir provocando mudanças no objeto de trabalho em que se concretiza a direção social da profissão.

Nos anos da minha formação profissional, o projeto conceitual da profissão apontava para a defesa dos processos de mobilização, organização e reivindicação dos direitos de políticas sociais públicas no bojo dos movimentos organizados pela sociedade. Fui e continuo sendo influenciada por esses valores. A questão social é e continua sendo o foco central nas ações desenvolvidas no exercício da minha prática profissional.

Desde a conclusão do curso de Serviço Social, no ano de 1983, trabalho com as mais diversas temáticas sociais, principalmente em saúde pública. Desenvolvo a minha atividade profissional na condição de funcionária pública efetiva desde o ano de 1985. O funcionalismo público tem a sua vida profissional influenciada pelo projeto político do prefeito ou prefeita que dirige a cidade nos quatro anos do seu mandato ou na renovação do mesmo.

No ano de 1995, era prefeito da capital paulista, Paulo Maluf. A cidade e a saúde pública tiveram um prejuízo muito grande nessa gestão que foi estendida na gestão Celso Pitta. Naqueles anos, eu era assistente social de um hospital público na região leste da cidade. A dupla Maluf-Pitta criou o PAS – Plano de Atendimento à Saúde – forma de gestão privada da saúde pública por meio de cooperativas. O PAS desorganizou o SUS – Sistema Único de Saúde - que havia sido implantado. Houve um prejuízo muito grande para a saúde coletiva. A cidade de São Paulo ficou afastada do modelo nacional de saúde pública assegurado na Constituição de 1988. Houve o afastamento da grande maioria dos trabalhadores da rede de saúde (88,30%) que se negaram (como foi o meu caso) ou foram impossibilitados de ingressar nesse sistema destruidor de saúde pública. Grande parte dos profissionais de saúde foram “exilados” nas demais secretarias municipais, outros demitiram-se e os demais (raríssimos) foram para espaços da Secretaria Municipal da Saúde que não foram repassados para o PAS.

Como já disse, eu trabalhava num hospital municipal, na Pediatria e na Maternidade. Discordante do modelo proposto e com a implantação do

PAS no hospital onde eu exercia minhas atividades profissionais, fui em busca de um lugar onde eu pudesse continuar trabalhando. Os servidores da saúde não perdiam a condição de funcionários públicos, mas eram impossibilitados de continuarem a exercer suas funções nos lugares onde estavam lotados. Foi um processo doloroso que nos deixou sequelas. O serviço público que me acolheu foi o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ). “*O que uma assistente social iria fazer na “carrocinha”?*” Era a pergunta frequente que ouvia dos meus colegas do hospital e, principalmente, das colegas assistentes sociais. Eu também não sabia o que faria quando lá cheguei. Ouvia provocações e brincadeiras: “*você vai ser assistente social de cachorro, de gato, de cavalo...?*”

O processo da implantação do PAS, na cidade e no hospital, causou-me muita raiva e indignação. Quando cheguei ao CCZ, fui trabalhar na Divisão de Controle da Raiva. Talvez, naquele momento, era tudo de que eu precisava: controlar a minha raiva, frustração e decepção pelo processo da implantação do PAS e pelo desrespeito que o Prefeito Paulo Maluf fez com a saúde pública e com os servidores municipais da saúde.

Iniciei minhas atividades na “Zoonoses” – *controlando a minha raiva* - sem muito saber o que faria lá. Não havia assistente social, não havia campo formal de trabalho lá. Havia sim, uma expectativa muito grande dos profissionais veterinários com a chegada de uma assistente social. Esses profissionais tinham a função de atender às denúncias que vizinhos faziam de vizinhos sobre relações com seus animais de estimação. O setor em que fui trabalhar tinha o nome de Vistoria Zoosanitária. Setor esse responsável pela fiscalização e autuação dos desrespeitos à Lei 10.309, de 22 de abril de 1987, que dispõe sobre controle de população e controle de zoonoses na cidade de São Paulo.

Após a minha chegada, comecei a acompanhar os veterinários nas vistorias às residências denunciadas. Na dissertação de mestrado (Berzins: p16, 2001), referi a seguinte percepção do novo local de trabalho:

“À medida que comecei a realizar as visitas eu voltava com uma sensação de perplexidade e ao mesmo tempo de desafio. Eu acumulava 15 anos de atividade profissional e me julgava conhecedora de todas as variáveis humanas pertinentes ao campo de atuação do serviço social.” (2001. Pg.16).

O que me deixava perplexa era encontrar, dentro de casas, a presença de pessoas, na sua grande maioria idosas, vivendo em companhia de 10, 20, 30 e até 100 gatos ou cachorros, ou até mesmo as duas espécies juntas. Perguntava a elas o porquê de terem tantos bichos e as respostas eram muito semelhantes: *“eles são a razão da minha vida; eles são os meus filhos; eles me fazem companhia ou os bichos são melhores do que gente”*.

“Assustava-me ver tantos animais com pessoas idosas. Inquietava-me mais ainda verificar a intensidade da relação que essas mesmas pessoas estabeleciam com todos aqueles animais. Com cada um dos animais são estabelecidas relações únicas, singulares e permeadas de profundo significado.” (Berzins, 2001. Pg.18).

A prática profissional exercida no CCZ me impulsionou a ir à busca da academia. Encontrei a compreensão teórica do envelhecimento no Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Fiz parte em 1997, da primeira turma de mestrado em gerontologia do Programa da PUC. Impulsionada pelo pensamento de Geertz que nos sugere:

“Entretanto, qualquer que seja o nível que se atua, e por mais intrincado que seja, o princípio orientador é o mesmo: as sociedades, como as vidas, contém suas próprias interpretações.” (Geertz apud Berzins 2001. Pg.19).

O título da minha dissertação *“Velhos, cães e gatos: interpretação de uma relação”* fundamenta-se em uma perspectiva multidisciplinar e tem como proposta a análise de uma relação muito específica que se dá entre velhos e animais. O tema não se refere à relação dos velhos com o seu animal de estimação, mas do velho(a) com seus muitos cães e gatos, número superior a dez animais, vivendo em seu domicílio e em condições irregulares.

Berzins e Mercadante assim apresentam o significado dos animais – cães e gatos – na vida das pessoas idosas pesquisadas:

Os significados que a pesquisa procurou desvendar são aqueles relativos à identidade de velho e velhice. Interessaram-nos não só os significados que os próprios velhos atribuem à relação com seus animais, mas, principalmente, descobrir outros significados distintos, ainda não revelados, que os velhos possuem a seu próprio respeito.(2006. Pg.113).

Fiz minhas as palavras de Doris Lessing quando comecei a trabalhar na Zoonoses, “*sei tão pouco sobre pessoas velhas*”. A questão da velhice e do envelhecimento faz parte da minha atuação profissional nos últimos 12 anos. Depois de todos esses anos, retorno à autora inglesa que assim descreveu o pensamento da protagonista no final do livro Diário da Boa Vizinha:

“No passado eu tinha tanto medo da idade, da morte, que me recusava ver os velhos na rua – para mim eles não existiam, Agora fico horas naquela enfermaria – realidade social - e observo e me espanto, fico maravilhada e admiro.” (2006. Pg.166).

No ano de 2001, a cidade de São Paulo reimplantou o Sistema Único de Saúde quando o governo do Partido dos Trabalhadores, representado pela Prefeita Marta Suplicy, assumiu a gestão pública do município. Naquela época, os profissionais de saúde que estavam “exilados” puderam voltar do exílio para os serviços públicos de saúde.

Fui convidada para coordenar a Área Técnica de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal da Saúde. Foi no desempenho das minhas atividades de assistente técnica da Área Temática de Saúde do Idoso que me despertei para a temática da violência e especialmente Violência contra Pessoas Idosas. Naquele momento, foi estabelecido como umas das prioridades na Secretaria Municipal da Saúde um projeto denominado Resgate Cidadão. Esse projeto prioritário propunha o estabelecimento de uma rede de apoio à vida em situações de violência, urgência e emergência. Seus princípios básicos fundamentavam-se no entendimento da violência como um problema de saúde pública; no reconhecimento da violência como um

evento social e historicamente construído; no rompimento de uma tradição da Secretaria Municipal da Saúde em desenvolver práticas fragmentadas com os diferentes tipos de violência e ainda na redução do impacto da violência no setor da saúde pública municipal por meio de ações

Fiz parte do grupo que gerenciou o Projeto Resgate Cidadão representando a área técnica de saúde do idoso. Percebia, à medida que participava das reuniões de planejamento do Projeto, a ausência da oferta de serviços para o atendimento das diversas formas de violência de que o idoso é vítima. À proporção que lia os textos teóricos sobre violência, inquietava-me o estágio em que a violência contra os idosos ainda se encontrava: baixo número de produção acadêmica e escassas ações no cenário nacional e particularmente no Município de São Paulo. Para minha surpresa, descobri que não existia nenhuma organização não governamental em nossa cidade que trabalhasse com o recorte específico da violência contra a pessoa idosa. Pesquisei muito o tema para me apropriar do conhecimento existente. O resultado foi pouca bibliografia, raríssimos serviços, pouca produção acadêmica e poucos profissionais habilitados e capacitados no trato da violência.

Essa experiência me levou a buscar, dentro da assistência em saúde, a dimensão da violência que está estreitamente articulada à possibilidade de considerar a pessoa idosa como sujeito autônomo. A possibilidade de abordar uma questão de saúde imediatamente ético-política, como a violência, demonstrou-se muito rica para tematizar as questões já colocadas a respeito das possibilidades de implantação de ações em saúde voltadas para o idoso.

O tempo passou e muita coisa aconteceu na saúde da cidade de São Paulo e várias delas interferiram na minha trajetória profissional. No ano de 2005, fui aprovada na Faculdade de Saúde Pública com o projeto de pesquisa apresentado para estudar a violência contra a pessoa idosa. Duas autoras brasileiras foram determinantes na construção do tema de pesquisa. Uma das autoras que me influenciou grandemente foi Minayo e col. no texto

Tendências da Produção Científica Brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. Chamou-me a atenção a insignificante produção acadêmica sobre a violência à pessoa idosa e mais ainda sobre a violência institucional. Segundo as autoras, a produção científica brasileira sobre violência e saúde, na década de 90, segundo temáticas, era de apenas nove trabalhos na área da violência contra a pessoa idosa. Isso mexeu comigo. Indaguei-me: *por quê?* Desejei contribuir para aumentar a produção acadêmica sobre o tema, uma vez que o conjunto da produção foi considerado pequeno. A outra autora foi Menezes com sua tese “*Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso.*” O conteúdo da tese foi um marco conceitual na minha formação de pesquisadora. Enquanto lia a tese impressionava-me com a descrição pormenorizada que essa autora fazia da violência contra a pessoa idosa, suas implicações e ocorrências. Fui desafiada pela leitura da tese a também percorrer um caminho metodológico para a compreensão da temática da violência contra a pessoa idosa.

Outro fato que contribuiu muito na minha formação em violência contra a pessoa idosa foi o convite que recebi da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República para participar, em novembro de 2003, do curso “Abuso y Maltrato a las Personas Mayores: hacia una Respuesta Integral” realizado em Antigua, na Guatemala. Esse curso foi um dos determinantes para o fortalecimento do meu interesse pelo tema. O curso ofereceu-me uma oportunidade de aprendizagem de grande relevância para os meus conhecimentos e certeza de que neste tema eu precisaria aprofundar. Voltei da Guatemala com esta certeza: a Violência contra a pessoa idosa seria o tema em que precisaria me especializar.

O campo em que desenvolvi a pesquisa desta tese é o mesmo hospital onde comecei a minha vida profissional: o pronto-socorro - emergência: porta de entrada - do hospital municipal. Passaram-se 25 anos. *Tudo estava igual como era antes, quase nada se modificou*, como diz a canção “eu voltei” de Roberto Carlos. Nesse intervalo de tempo, amadureci o

conhecimento teórico-prático. A reconstrução e o recorte da minha trajetória profissional, transcrito nas linhas anteriores, tiveram o propósito de me apresentar como ser histórico que influencia e sofre a influência da realidade social nos seus conflitos, diferenças e iniquidades. Alves (2003:68) parafraseando Riobaldo, jagunço, herói de Grande Sertão: Veredas nos remete a pensar sobre a importância das lembranças:

“A lembrança da vida da gente se guarda em trechos diversos, cada um com seu signo e sentimento, uns com os outros acho que nem não misturam. Contar seguido, alinhavado, só mesmo sendo as coisas de rasa importância. Tem horas antigas que ficaram muito mais perto da gente do que outras, de recente data.”

Possuímos, enquanto sujeitos históricos, diversos significados e signos. Volto a Geertz, quando propôs um estudo interpretativo das culturas, que nos sugere ler, entender e interpretar os sinais e as teias em que se constroem os significados. Voltar ao pronto-socorro e desenvolver a minha pesquisa de campo foi voltar ao passado. Mas, não ao passado distante, acabado e impenetrável. Foi voltar a um passado vivo. Foi voltar à minha origem e revisitar a minha história profissional. Brandão, ao conceituar a memória, lembra-nos que a palavra tempo deriva do termo latino *tempus*. Esse termo se define como a duração relativa das coisas que cria no ser humano a sensação de presente, passado e futuro. (2008. Pg. 24). Quando vamos ao passado, possível por meio da memória, nós partimos do presente. Procurei, nos dois anos em que visitava e revisitava aquele espaço, achar os melhores ângulos para direcionar o meu olhar, questionando-me e refletindo em busca e na captura das veias abertas nas quais eu poderia penetrar. Nascimento nos diz na belíssima letra que introduz este capítulo “*debulhar o trigo, recolher cada bago do trigo*”. Era assim que me sentia nos corredores da emergência. Debulhando trigo, recolhendo com os profissionais e com as pessoas idosas atendidas os bagos do trigo. Transformar o trigo em pão (*fatos, dados e observação em tese*) é trilhar um caminho difícil, mas ao mesmo tempo fértil, pois

viabiliza a reflexão, a inquietação das situações vivenciadas por mim e pelos sujeitos que cruzaram por esse caminho.

Retorno a Brandão (2008:25) que, ao refletir sobre o passado, o presente e a memória, lembra que o passado não é um tempo congelado. Pelo contrário:

“É um tempo que pulsa e possui o germe da mudança, e que vemos como Balandier, simultaneamente, composto e estilhaçado – reversível como as memórias. Do presente ao tempo passado, na busca de sentidos/significados, que de volta ao presente se projeta para o futuro.”

A história continua... A minha história deverá continuar. Nenhum de nós poderá controlar o seu rumo. Mas, temos a responsabilidade de construir e fortalecer a teia de relações humanas que é o resultado das relações antecedentes e das que virão. É Arendt (1995:197) que nos aponta:

É em virtude desta teia preexistente de relações humana, com suas inúmeras vontades e intenções conflitantes, que a ação quase sempre deixa de atingir seu objetivo: mas é também graças a esse meio, onde somente a ação é real, que ela produz histórias, intencionalmente ou não, com a mesma naturalidade com que a fabricação produz coisas tangíveis. (Arendt, 1995 P.197)

Entendo que escrever uma tese de doutorado é também fazer parte da rede de relações humanas. Coloco-me nas teias das relações com todos os sujeitos que participaram da construção desta tese e abro as minhas veias e teias para tecer os caminhos e percursos metodológicos desta produção do conhecimento específico que pesquisei e que está descrito nas páginas seguintes.

Finalmente, concluo com Fernando Pessoa no heterônimo Álvaro de Campos:

*Sim, sou eu, eu mesmo, tal que resultei de tudo,
Espécie de acessório ou sobresselente próprio,
Arredores irregulares da minha emoção sincera,
Sou eu aqui em mim, sou eu.
Quanto fui, quanto não fui,*

tudo isso sou.
Quanto quis, quanto não quis, tudo isso me
forma. Quanto amei ou deixei de amar é a mesma
saudade em mim.

(Álvaro de Campos, 1972)

2. TRILHA SONORA

Musica é perfume que inebria a alma!

Concordamos com Escorel que, ao descrever a construção da sua tese sobre a trajetória da exclusão social da população de rua da cidade do Rio de Janeiro, manifesta-se sobre músicas:

Não sei se acontece a todos, mas minha vida tem uma trilha sonora... Minhas lembranças e evocações de certos momentos, mais do que datadas, ficaram musicadas. Acho a música popular brasileira uma companheira sensível também quando penso nos problemas da nossa sociedade. Quando ouço certas músicas, sou presa de uma emoção causada tanto pela beleza da criação artística como pelo fato de ver expressas, de maneira tão plena e sintética, as minhas indignações. Não poderia ser diferente: esta tese ganhou trilha sonora. (ESCOREL, 1999: p.. 19).

Assim, na trajetória da construção da tese fui ouvindo e lembrando as músicas que embalaram as minhas inquietações – inúmeras – no processo da construção do conhecimento de um tema tão árduo, denso e raro como é o da violência institucional.

Comecei com Maria, Maria que me lembrava de que “ *é preciso ter força. É preciso ter raça. É preciso ter gana sempre, quem traz no corpo a marca Maria, mistura dor e a alegria*”. Foi esse o hino que a minha turma de Serviço Social cantou no final da nossa formatura no ano de 1984. Sempre me lembrei de Maria e das Marias. Talvez eu me pareça com a Maria, pois insisto na *estranha mania de ter fé na vida*.

No mestrado, ao escrever sobre os **velhos, os cães e os gatos**, fui embalada pelo Rouxinol “*que tomou conta do meu viver. Chegou quando procurei razão prá poder seguir. Quando a música ia e quase eu fiquei.*” Foi assim comigo: o Pássaro, que se transfigurou na temática da pesquisa velhos e animais de estimação, *deu a volta ao mundo e me ensinou que é só não temer. Cantou e se hospedou em mim.* (Rouxinol – Milton Nascimento) E assim, pude concluir aquela etapa da minha vida que me

fazia imergir nas profundezas dos significados que os velhos davam aos seus bichos, principalmente quando diziam que *“bicho é melhor do que gente”*. Precisei do Rouxinol para entendê-los. O Rouxinol me ensinou a heterogeneidade da velhice e que ainda quando falamos da velhice dos outros, falamos da nossa própria velhice.

Comecei e terminei esta tese *“tão à flor da pele que qualquer beijo de novela me faz chorar”*. (A flor da pele – Zeca Baleiro) Sinto-me prisioneira de uma sensibilidade extrema em que, a cada passo, tinha de vencer, como se tentasse atravessar um oceano em ressaca que me levava, alquebrada, de volta à areia. (Escorel. 1999:pg;20). Enfim, cheguei à ilha e *“hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe. Só levo a certeza de que muito pouco eu sei, nada sei”*. (Tocando em Frente – Almir Sater).

O percurso foi longo e custoso. No processo da construção do conhecimento, eu *debulhava o trigo e decepava a cana*. Não foi fácil *roubar da cana a doçura do mel e forjar no trigo o milagre do pão*. A tese foi realizada num processo de esforço intelectual intenso. Quis desistir. Mas, *o cio da terra é a propícia estação de fecundar o pão*. (Cio da Terra – Milton Nascimento)

Antes de mim, vieram os velhos, os jovens vieram depois de mim. Estamos todos no meio, quem chegou e quem faz muito tempo que veio, ninguém no início ou no fim. (Velhos e Jovens – Adriana Calcanhoto) A Professora Alice foi se embora, para nunca mais voltar. Parece que faz tanto que ela não está mais aqui. Em julho de 2008, ela saiu de cena. Deixou saudades e inúmeras lembranças. *Estamos todos aqui. No meio do caminho dessa vida*. Sem Alice. Só saudades.

Diversas vezes voltei do campo de pesquisa lembrando-me da letra e das notas da música de Arnaldo Antunes denominada Socorro! Era desta forma que eu me sentia: *Socorro! Não estou sentindo nada. Nem medo, nem calor, nem fogo. Não vai dar mais prá chorar, nem prá rir... Já não sinto amor, nem dor...* Eu imaginava que alguns profissionais da saúde – profissão

do cuidar - com os quais eu me relacionava, já estavam nesta condição e pediam: *alguém me dê um coração que este já não bate e nem apanha. Socorro! Alguém me dê uma emoção pequena. Qualquer coisa!*

Não somos o que queríamos ser. Somos um breve pulsar em um silêncio antigo com a idade do céu. Calma. Tudo está em calma. Deixe que o beijo dure. Deixe que o tempo cure. Deixe que a alma tenha a mesma idade que a idade do céu... Calma... Tudo está em calma. O meu estado de espírito é indecifrável nesse momento e tudo está em calma pelo cumprimento do propósito. (A Idade do céu. Zélia Duncan).

2.1. SUJEITOS DA PESQUISA

A trilha sonora inspirou a denominar os sujeitos depoentes da pesquisa com nomes de músicas que estão no repertório popular. Tivemos a opção de identificá-los com número, nomes fictícios, siglas, nomes de flores, etc. Optamos identificá-los com nomes das músicas do repertório popular brasileiro. É uma homenagem aos compositores brasileiros e ao mesmo tempo é um intento de embalar os leitores com uma trilha sonora. O primeiro critério para a escolha dos nomes das músicas foi a exclusão de músicas que tivessem mais de três palavras. Esse critério fez com que deixássemos de lado canções lindíssimas. Não tivemos a intenção de associar os nomes das músicas aos sujeitos entrevistados. Também não foi a intenção racional de associar os nomes e conteúdos das músicas com características pessoais dos depoentes. Com alguns personagens, isso não foi possível e aconteceu de forma involuntária. Dessa forma, alguns personagens tiveram semelhanças aos nomes, ao conteúdo ou parte das músicas. Os sujeitos da pesquisa, tradicionalmente são apresentados no capítulo que descreve a metodologia; entretanto, optamos por apresentá-los neste contexto da trilha sonora. E foi pelos bailes da vida que apresentamos

os depoentes que nos ajudaram a compor a história, não se *importando se quem pagou quis ouvir*. São eles:

Flor de Lis é letra de Djavan que canta um amor que não deu certo, apesar do investimento do coração com toda força. O destino não quis que desse certo e o amor virou poeira. No jardim da vida, o amor ressecou, morreu e nem margarida nasceu mais naquele jardim. Flor de Lis é uma simpática **auxiliar de enfermagem** de 50 anos. Trabalha no hospital há vários anos.

Arrastão é letra de Vinicius de Moraes e música de Edu Lobo e foi criada em 1965. A música fala de pescaria e canta a devoção dos pescadores que *traz a rede cheia de tantos peixes como nunca jamais se viu tanto peixe assim*. Arrastão é **auxiliar de recepção** e trabalha na recepção da emergência, preenchendo fichas, recebendo todos que comparecem ao serviço. Ele tem 45 anos e é muito extrovertido.

Sangrando é composição de Gonzaguinha e fala de uma pessoa que pede para ser entendida e apela: *Quando eu soltar a minha voz por favor entenda que palavra por palavra eis aqui uma pessoa se entregando. Coração na boca, peito aberto. Vou sangrando. São as lutas dessa nossa vida*. Sangrando é uma assistente social. Tem 41 anos e o seu marido morreu de infarto há bem pouco tempo.

Asa Branca é composição de Luiz Gonzaga e Humberto Teixeira. É um clássico da música popular brasileira. Fala de um povo sofrido pela seca nordestina: *por que tamanha judiação? Por falta d'água perdi meu gado, morreu de sede meu alazão*. Asa Branca é um **auxiliar administrativo** que trabalha na recepção da emergência. Tem 35 anos.

Redescobrir é letra de Gonzaguinha. É uma música que lembra as brincadeiras de roda, lembra ciranda e evoca memórias e histórias no jogo da vida e no suor dos corpos do trabalho. Assim é Redescobrir, uma **enfermeira** simpática e alegre. Tem 44 anos e trabalha no hospital há vários anos.

Drão é letra e música de Gilberto Gil. É a melodia da separação. Drão vem do aumentativo de Sandra, terceira mulher de Gilberto Gil e fala da separação do caso e do amor que teve de morrer para poder germinar. *Deus sabe da confissão e por isso mesmo é que há de haver mais compaixão.* Drão é uma das **capelãs** do hospital. Tem 49 anos.

Detalhes é uma composição de Roberto e Erasmo Carlos e é um clássico da MPB. *Não adianta nem tentar me esquecer, pois durante muito tempo em sua vida eu vou viver.* Os detalhes da relação entre os amantes são coisas muito grandes prá esquecer. A simpática **auxiliar de enfermagem** Detalhes tem 58 anos e não esquece os detalhes.

Andança foi composta por Paulinho Tapajós, Edmundo Souto e Danilo Caymmi em 1968. A letra tem uma beleza raríssima e um ritmo encantador.

Ela canta a fidelidade do amor e companheirismo: *por onde quer que for, quero seu par. Só o amor me ensina onde vou chegar.* Andança é uma **auxiliar administrativa** que conhece e anda por todo o hospital. Ela tem 40 anos.

Roberto Carlos compôs **Desabafo** para contar as frustrações de um amor que não dava mais alegrias. O amante conclui que *você prá mim é uma ponta a mais dos meus pesadelos... mas acontece que eu não sei viver sem você.* Desabafo é uma **assistente social** de 53 anos que dedicou há 25 anos a sua atuação profissional no hospital.

Tem dias que a gente se sente como quem partiu ou morreu. A gente estancou de repente ou foi o mundo que cresceu. Essa é a **Roda Viva** que Chico Buarque compôs para dizer que *a gente quer ter voz ativa e nosso destino mandar. Mas eis que chega a roda viva e carrega o destino prá lá.* Roda Viva tem 55 anos, é **auxiliar de enfermagem**.

Novo Tempo é composição de Ivan Lins e Vítor Martins. É um hino de resistência às dificuldades. *Apesar dos perigos, dos castigos, de toda fadiga, de toda injustiça, estamos na briga pra nos socorrer.* Novo Tempo é **voluntária** no hospital há mais de 12 anos. Tem 57 anos e “*gosta muito*” do que faz apesar dos “*perigos*”.

Cotidiano é letra e música de Chico Buarque e fala de rotina: todo dia ela faz tudo sempre igual, de manhã, de tarde e de noite. Todo dia ela diz que é para eu me cuidar... Cotidiano é uma **enfermeira** de 55 anos.

Construção foi composta por Chico Buarque em 1971, época do regime militar. A música conta em detalhes o último dia de vida de um operário da construção civil que *se acabou no chão feito um pacote bêbado. Morreu na contramão atrapalhando o sábado.* Construção tem 37 anos é um **auxiliar administrativo** que preenche fichas.

Vida é mais uma composição de Chico Buarque composta em 1980. Vida, minha vida olha o que é que fiz? Toquei na ferida, nos nervos, nos fios, nos olhos dos homens de olhos sombrios. Mas, vida, ali eu sei que fui feliz. Vida tem 45 anos. É **auxiliar de enfermagem**.

3. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial cujas repercussões já podem ser percebidas na maioria dos países, especialmente no Brasil. Muitos avanços têm acontecido na efetivação de políticas públicas para a população idosa brasileira. Atualmente, as implicações do envelhecimento humano têm sido incluídas na pauta das mais diversas esferas da vida social, trazendo visibilidade a esse crescente e importante segmento etário. As pessoas idosas estão deixando o espaço doméstico e cada vez mais ganham espaços na sociedade, fazendo-se presentes em número e também politicamente, na medida em que se despertam para a luta pela efetivação dos seus direitos e pelo atendimento às suas necessidades.

Apesar dos avanços e conquistas no campo dos direitos sociais, a velhice ainda é vista como algo negativo, indesejado. Palavras como doença, perda, incapacidade e improdutividade são associadas a ela e aos velhos e circulam constantemente no imaginário tanto das gerações mais novas quanto das mais velhas. São atributos negativos construídos a partir do entendimento que a sociedade tem da velhice. Os mitos, preconceitos, estereótipos e discriminações presentes ajudam na construção e no entendimento que a sociedade tem da velhice, conforme BEAUVOIR (1990), DEBERT (1999) e MERCADANTE (2005). Preconceitos podem ser geradores de violência.

A violência é considerada como um problema de saúde pública e tem sido objeto de estudo de várias disciplinas, além da saúde, que buscam explicar a complexidade do seu conceito.

MINAYO (2005) não considera a violência como objeto do setor saúde, mas sim como questão pluridimensional. A autora justifica que a violência se torna um tema da saúde porque provoca um impacto na

qualidade de vida das pessoas; acarreta lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais; exige atenção e cuidados dos serviços médicos e hospitalares; e ainda, atinge os temas tratados no conceito ampliado de saúde. Desta forma, a violência é um problema da intersectorialidade na qual o campo médico-social se integra.

Definir violência não é tão simples como possa parecer. Para a Organização Mundial de Saúde, a violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Este conceito é bastante amplo na sua cobertura, pois contempla e reflete um reconhecimento do fato de incluir a violência que não resulta necessariamente em lesões ou morte, mas aquela que oprime as pessoas, famílias e comunidade como um todo. Muitas formas de violência contra mulheres, crianças e idosos, por exemplo, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais que não necessariamente levam a lesões, invalidez ou morte (OMS, 2002), mas suas consequências podem trazer o sofrimento por longos períodos.

MINAYO (2003) sustenta que o conceito de violência traz no seu bojo uma polissemia de sentidos e significados e tem como pano de fundo cenários bem distintos. Definir violência num único conceito pode reduzir a amplitude e a dimensão do problema. Entretanto, para as finalidades que este projeto propõe-se a pesquisar, adotamos o conceito definido pela Organização Mundial da Saúde de violência como:

“O uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar

em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. (OMS, 2002, p.5)

O que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) chama a atenção no campo da saúde pública é o fato de a violência impor ônus humano e econômico aos países custando anualmente bilhões de dólares em assistência à saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida, sem contar o custo psicológico às vítimas. As pesquisas no campo da prevenção contra a violência têm se caracterizado em ações que contemplem abordagens abrangentes em todos os níveis.

Falar de violência é gerar incômodo. Por ser um processo social relacional complexo, é um tema que por si só já desperta em nós e nos outros a sensação de desconforto. Não pretendemos neste estudo aprofundar a temática da violência na sua complexidade. Desejamos fazer o recorte da violência no segmento idoso. As preocupações sobre esse tema aumentaram com a conscientização de que num futuro brevíssimo, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, haverá um aumento importante da população idosa.

No Brasil, recentemente, o tema da violência contra a pessoa idosa foi introduzido no campo da gerontologia. Foi a partir da década de 90 que alguns autores nacionais começaram a apresentar estudos para explicar o fenômeno da violência contra a pessoa idosa. QUEIROZ (1997), MENEZES (1999), MINAYO (2003), MACHADO e QUEIROZ (2006) e FALEIROS (2007) são alguns exemplos que problematizaram a violência contra a pessoa idosa partindo da vida pública e levando a discussão para o cenário da investigação científica. Órgãos públicos também têm colaborado na compreensão da temática, na prevenção e no enfrentamento das suas consequências. A Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República é um exemplo. A SEDH publicou em 2004 a cartilha “*Violência contra idosos – o avesso de respeito à experiência e a sabedoria*”, considerada um marco na defesa dos direitos das pessoas

idosas e foi um dos primeiros documentos de natureza pública que explicita as violências que as pessoas idosas sofrem. MINAYO (2005, p.5), ao introduzir o tema da violência à pessoa idosa na cartilha, considera que o problema é sério e quase desconhecido, mas que fere a fundo a alma do país. Assim tem sido a violência contra as pessoas idosas. Essa foi uma das razões que nos motivou a estudar a temática da violência contra pessoas idosas.

A violência que sofre esse grupo etário é um fenômeno pouco conhecido, mas plenamente disseminado na sociedade. A partir de 2001, temos nos dedicado ao estudo da violência contra a pessoa idosa. Através de nossa atuação profissional, buscamos colaborar para que, cada vez mais, a sociedade civil, profissionais que trabalham com envelhecimento e movimentos organizados dos idosos apreendam que as pessoas idosas também são vítimas das mais diversas formas de violência. Na cidade de São Paulo, os casos suspeitos ou confirmados de violência devem ser notificados através de uma Ficha de Notificação implantada na rede de saúde municipal. Os dados são processados pelo Sistema de Informação e Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA), órgão criado pela Secretaria Municipal da Saúde no segundo semestre de 2007. Analisando os dados preliminares do banco de dados, identificamos que as violências e acidentes que envolveram pessoas idosas representam apenas 7% do total das notificações. Os dados poderiam ser interpretados como bons se não conhecêssemos a realidade. Infelizmente, a violência contra a pessoa é sub-notificada pelos profissionais que ainda não incorporaram a obrigatoriedade da notificação da violência contra o idoso na sua prática profissional.

A violência contra a pessoa idosa manifesta-se de diversas maneiras. A violência institucional é um dos tipos de violência que o idoso sofre e que não é exclusiva do segmento idoso. Crianças, adolescentes, jovens e adultos também são vítimas da violência institucional. Entretanto, nesta pesquisa, nosso foco principal será a violência institucional contra a pessoa

idosa. O objeto desta pesquisa é a configuração da violência institucional contra a pessoa idosa no serviço de emergência de um serviço de saúde pública, tendo como pressuposto básico que qualquer membro da equipe de profissionais que atuam nesse setor pode ser agente, em determinadas circunstâncias, da violência institucional.

A carência de literatura na temática da violência institucional contra a pessoa idosa nos levou a pesquisar sobre este importante tema. Várias indagações nos ajudaram na sustentação da pesquisa.

- Os profissionais ou trabalhadores da saúde podem ser agentes da violência institucional ou é o processo de trabalho que gera a violência institucional?
- A compreensão que os profissionais têm da velhice pode influenciar a ocorrência da violência institucional aos idosos?
- Os profissionais de saúde se reconhecem como agentes de violência institucional?

Visando responder a essas indagações, apoiamo-nos na perspectiva interpretativa de aproximação de realidades socioculturais dadas que nos ajudam a compreender como pessoas comuns, em um determinado tempo e lugar, dão significado às ações realizadas na prática profissional. Cada um dos sujeitos entrevistados é uma expressão particular de um determinado coletivo social e histórico. Cada um deles fala e age de acordo com conceitos e valores relativos à sua época social, ao seu momento histórico na condição de ser social.

Pode haver contradição no cuidado? A gênese do cuidado está no desejo e nos investimentos à proteção e perpetuação da vida. Por que então um serviço de emergência, um hospital ou um serviço de saúde transforma parte da sua missão em violência? O descuido é uma ameaça à vida?

Consideramos nesta tese que a violência institucional é a contradição do cuidado. A violência institucional nas organizações de saúde não pode ser compreendida sob a ótica de uma visão reducionista sem alargar para a complexidade que o tema requer. SÁ (2005) nos ajuda a compreender esta complexidade:

A violência institucional não é percebida, é frequentemente deslocada, porque as instituições, por mais sagradas que sejam – e são vistas assim – aparecem como eminentemente protetoras e formadoras. Enriquez observa que, em meio às mais violentas críticas já feitas às instituições e seus processos de dominação, existe um amor profundo dos homens por elas, uma impossibilidade de pensá-las como mortíferas para seus membros. Apenas poucos são capazes de vê-las ao mesmo tempo como portadoras de vida e de morte. (SÁ, 2005, p. 81).

Entender a violência institucional na sua complexidade é o desafio sobre o qual nos debruçamos nesta pesquisa. Dizer que há violência institucional é fácil. Complexo é interpretar as suas manifestações num sistema particular e composto de movimentos próprios como é a emergência da instituição hospitalar que foi pesquisada. Talvez, por isso haja a contradição.

A contradição, segundo PINHO e SANTOS (2008, p. 67), pode ser vista como uma relação determinada no concreto e inserida no mundo do trabalho, estando situada no intermédio de dois objetos específicos, que se negam e se excluem, mas que se complementam, tornando-se a base para o movimento da vida e da história. A contradição é formada por pólos

ambivalentes, mas indissociáveis, que alteram, em menor ou maior grau, o saber, o fazer, o ser e o pensar das pessoas.

As contradições fazem parte do cotidiano e permeiam a nossa construção de sujeitos no mundo e, por isso, é inerente aos seres humanos. A própria dinâmica social em que estamos inseridos é contraditória. Há riqueza e pobreza; igualdade e desigualdade; vida e morte. Há cuidado e descuido.

Não se pretende considerar a contradição como atentado ao bom senso ou como conflito entre duas proposições ou dois termos que se excluem. Pretende-se abordar a violência institucional num serviço de saúde como sendo uma contradição na medida em que ela está na contramão do cuidado. A contradição que se pretende abordar é aquela que revela a necessidade de repensar as práticas do cuidado.

Não pretendemos responsabilizar unicamente os trabalhadores da saúde e atribuir-lhes a condição de perpetradores da violência institucional, conquanto eles tenham uma significativa parcela de responsabilidade por serem os agentes institucionais do cuidado.

Outra questão importante a ser considerada em relação ao conteúdo da pesquisa é a vinculação que a pesquisadora tem com o sistema de saúde local onde exerce função de gestora na formulação das políticas públicas de saúde para a população idosa. Foi um exercício extremamente delicado e instigante que possibilitou a obtenção de subsídios para se pensar formas de combater a Violência Institucional contra a população idosa.

Esta tese procura interpretar e analisar o discurso de profissionais de saúde que desenvolvem sua atuação profissional na emergência de um hospital público. Procuramos interpretar a compreensão que estes sujeitos históricos têm sobre: a velhice individual, as pessoas idosas com as quais

eles se relacionam na prática profissional, a violência e, principalmente a violência institucional.

A emergência ou urgência dos serviços de saúde constitui-se um importante componente de assistência. Esses serviços, caracterizados como porta de entrada no sistema de saúde, acolhem pacientes com quadro de urgência de necessidades que envolvem riscos vitais e de cuidados e funcionam 24 horas por dia. Os serviços de urgência e emergência devem garantir todas as manobras de sustentação da vida e condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Na emergência, é necessário o atendimento humanitário com atitudes e ações que impliquem uma postura concreta de respeito à vida humana, à vida do doente, do sofrimento e da dor.

O cuidado da vida humana e não a técnica do procedimento do cuidado (suturar, curativo, inalação. etc) deve nos levar a uma nova ética do cuidar baseada na práxis que se orienta na perspectiva do humano, na relação sujeito-sujeito na qual se evidencia o cuidado na dimensão existencial. O sentido do cuidado e/ou do cuidar, segundo PERDIGÃO (2003:485), integra o sentido do próprio existir humano:

Cuidamos “naturalmente” de nós e dos outros, pelo simples fato de existirmos- com-o(s)- outro(s)-no-mundo. É por isso que criamos, a partir daí, contextos específicos destinados à sua valorização através de procedimentos “técnicos” concretos. Contudo, e a seu modo, todo o ser humano possui a capacidade do cuidado e/ou do cuidar. Do mesmo modo, todo o ser humano, independentemente das suas diferenças e da sua singularidade própria, é um ser ético. (PERDIGÃO, 2003, p. 485)

Entendemos que a prática profissional deve ser fundamentada na consideração e no respeito ao humano. O cuidar deve ser anterior a qualquer ato ou procedimento técnico. Pelo cuidar, poderemos chegar à cura. Mas, profissionais que são da cura e do cuidado também podem

chegar à violência nas suas mais diversas manifestações, inclusive à violência institucional.

Esta tese tem por objetivo principal interpretar e analisar o conteúdo da fala de profissionais de saúde que desenvolvem sua atuação profissional na emergência de um hospital público. Procuramos interpretar a compreensão que estes sujeitos históricos têm sobre a velhice individual e também das pessoas idosas com as quais eles se relacionam na prática profissional, sobre a violência e, principalmente, sobre a violência institucional.

A atitude da sociedade para com os velhos é, por outro lado, profundamente ambígua. Em geral, ela não encara a velhice como uma fase da idade nitidamente marcada. A crise da puberdade permite traçar entre o adolescente e o adulto uma linha de demarcação que é arbitrária apenas dentro de limites estreitos: com 18 anos, com 21 anos, os jovens são admitidos na sociedade dos homens. Quase sempre os “ritos de passagem” envolvem esta promoção. O momento em que começa a velhice é mal definido, varia de acordo com as épocas e lugares. Não se encontram em parte alguma “ritos de passagem” que estabeleçam um novo estatuto.

Simone de Beauvoir. A Velhice.

Paremos de trapacear; o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos, se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconhecemo-nos neles. Isso é necessário, se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados Essa infelicidade denuncia contundentemente o sistema de exploração no qual vivemos. O velho incapaz de suprir suas necessidades representa sempre uma carga... É por isso que a questão passa tão cuidadosamente em silêncio: é por isso que urge quebrar esse silêncio: peço aos meus leitores que me ajudem a fazê-lo.”

Simone de Beauvoir. A Velhice.

4. VELHICES

Esta tese tem como foco a violência institucional contra a pessoa idosa. A emergência de um hospital público é o cenário escolhido para a sua análise. Fundamentado nos teóricos clássicos e contemporâneos da gerontologia, consideramos importante tecer algumas considerações sobre a velhice que nos ajudarão na compreensão do fenômeno da violência institucional. Não pretendemos considerar o processo do envelhecimento e nem o da transição demográfica, conquanto ele nos seja oportuno para introduzir o assunto. Desejamos considerar a velhice enquanto categoria social e para tanto, recorreremos a alguns autores que nos ajudarão na compreensão da velhice enquanto construída numa determinada cultura.

Entretanto, torna-se necessário quantificar quantos são os idosos brasileiros. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde feita pelo Ministério da Saúde e divulgada no mês de julho de 2008 revelou dados surpreendentes sobre a população brasileira. Um deles revela que o país envelhece com mais rapidez do que se previa e o envelhecimento da população brasileira chegará antes do estimado. A pesquisa mostrou que o país chegou em 2006 com uma taxa de fecundidade de 1,8 filho por mulher. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em estimativa oficial feita em 2004, previa que esse patamar só seria atingido em 2043. Esses dados revelam que o Brasil terá cada vez mais pessoas idosas e menos crianças na sua população. A redução da taxa de fecundidade e o envelhecimento populacional são movimentos positivos e fato comum nos países que já alcançaram razoável nível de desenvolvimento, revelando a melhoria da renda e o padrão de vida no país. Em 2004, a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) revelou a proporção de seis idosos para cada cinco crianças menores de cinco anos. Pela primeira vez na história demográfica brasileira o número de idosos superou o número de crianças menores de cinco anos.

A população idosa brasileira já supera 19,1 milhões de pessoas com 60 anos e mais e representa o equivalente a 11,1% da população brasileira (PNAD 2007). Esse fenômeno acarreta, na vida pública, importantes e significativas mudanças de caráter demográfico, epidemiológico, cultural e social. Essas alterações, cada vez mais, exigem dos governos, das famílias, da sociedade e dos próprios idosos a conquista e a implementação de políticas públicas voltadas para o atendimento digno das necessidades desse segmento etário.

Ressaltamos que o envelhecimento populacional é fruto, principalmente, de diminuições importantes dos coeficientes de mortalidade e das taxas de fecundidade e natalidade. A queda da mortalidade em todas as faixas etárias levou, inicialmente, o aumento da expectativa de vida ao nascer e, a seguir, da expectativa de vida aos 60 anos. A longevidade tem implicações importantes para a qualidade de vida, podendo trazer problemas, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Viver mais pode resultar numa sobrevida marcada por incapacidades e dependência. Sobrevida aumentada não garante, por si, uma vida com boa qualidade. Os anos a mais podem ser de sofrimento, angústia e desesperança para indivíduos e suas famílias, marcados por doenças, declínio funcional, aumento de dependência, perda de autonomia, isolamento social e depressão.

O modo de viver a velhice em cada sociedade é determinado por diversos fatores, principalmente os socioeconômicos e os culturais. As velhices são incontáveis e seus fatores determinantes estão fundamentados nas redes de relações sociais, econômicas e culturais. Antes de ser apenas uma transformação natural e biológica, a velhice é um destino social e, portanto, uma questão social que repercute na produção e reprodução social.

A velhice, por ser uma questão social relevante multifacetada, é também pública e heterogênea. Ela diz respeito a toda sociedade, portanto, é um processo coletivo. Não podemos considerá-la como uma questão do sujeito particular, mas é uma questão do sujeito coletivo. Por não ser única, podemos usar o termo velhices para expressar as suas múltiplas faces, conforme observa Beauvoir, pois há diferentes, singulares e desiguais velhices:

Falei até aqui da velhice, como se esta palavra representasse uma realidade bem definida. Na verdade, quando se trata de nossa espécie, não é fácil circunscrevê-la. Ela é um fenômeno biológico (...). A velhice acarreta, ainda, conseqüências psicológicas (...). Como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial (...). Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence. (BEAUVOIR, 1990, p. 135)

Ao mesmo tempo em que a velhice é um fenômeno que ocorre na vida social ela é também um processo de individual do sujeito. BRAGA (2005) corrobora com essa idéia de velhices quando afirma que cada existência humana é única, cada homem envelhece de uma maneira particular. Uns saudáveis, outros não e, portanto, não podemos afirmar que há apenas uma velhice, elas são múltiplas e portanto, temos velhices. O envelhecimento deve ser considerado um processo tipicamente individual, existencial e subjetivo, cujas conseqüências ocorrem de forma diversa em cada sujeito. GOLDFARB (1998) considera que quando falamos de todos os velhos, estamos também falando de um velho em particular e da velhice como categoria.

LOPES (2006), ao analisar a categoria social dos idosos, chama a atenção sobre a heterogeneidade deste grupo etário:

O que a heterogeneidade da velhice atualmente evidencia é que, apesar de o curso de vida ser apontado como um processo biológico universal e de a velhice ter ganhado destaque social, se

investigarmos as culturas humanas, e a nossa própria cultura, veremos que cada uma delas e cada indivíduo pertencente a elas constrói sua própria história do envelhecer a chega à velhice das mais diferentes formas, embora compondo uma única categoria social. (LOPES, 2006, p. 7)

MINAYO (2006) chama a atenção para o acelerado processo de mudança demográfica e suas conseqüentes repercussões em todos os planos da vida social, sobretudo porque provoca uma quebra cultural profunda num país acostumado a valorizar, prioritariamente, crianças e jovens. PAPALÉO (2002) acrescenta que o aumento acentuado do número de idosos trouxe conseqüências para a sociedade e, obviamente, para os indivíduos que compõem esse segmento etário. A nossa reflexão destaca o lugar em que o velho e a velhice ocupam na realidade social e as implicações que o acelerado processo de envelhecimento repercute na questão da violência à pessoa idosa.

Há vários mitos construídos sobre a velhice na vida social. São mitos que se expressam em frases como estas: “*velho é sinônimo de doença*”, “*velho não aprende mais*”, “*os velhos são ranzinzas*” “*os velhos são frágeis, doentes e pobres*” . Estes mitos são perversos, pois desapropriam os idosos da condição de sujeitos e os generaliza como incapazes, frágeis, improdutivos e dependentes. No Brasil, o impacto social do envelhecimento tem sido considerado mais importante do que o biológico. Esse mito tem sua origem e reprodução na família, na sociedade e principalmente no Estado. A família que tem uma pessoa idosa dependente sob os seus cuidados trata esse idoso como se fosse um problema de difícil solução. O Estado, por meio dos seus representantes, trata a velhice como um problema social. Mais grave ainda é a responsabilização que o Estado dá aos velhos pela falência dos sistemas de saúde, da previdência social, do transporte coletivo e de outros campos de direito. Esse mito da velhice como problema é ambíguo e contraditório. PAPALÉO lembra que:

“A sociedade moderna encontra-se, hoje, diante de uma situação contraditória: de um lado, defronta-se com o crescimento acelerado da população de idosos e, de outro lado, omite-se perante a velhice ou adota atitudes preconceituosas contra a pessoa idosa.” (PAPALÉO, 2002. p. 4)

Em um contexto de pobreza e iniquidade, os idosos em nosso país necessitam de mais atenção nas áreas de saúde e assistência social e a sociedade brasileira não se preparou para isso. A “*Nossa pátria mãe gentil*” na verdade não tem sido muito gentil com seus idosos ao longo dos anos. E contabiliza hoje uma grande dívida social com essa parcela tão expressiva, quanto sufocada, de nossa população. Dívida esta que deve ser resgatada com a maior brevidade possível por toda sociedade. Nossas políticas públicas ainda estão baseadas no Brasil Jovem e ignoram que os jovens dos anos 60 e 70 já estão ficando de cabelos brancos, requerendo a construção de políticas públicas e sociais para ampará-los. O sistema de proteção social fundamenta-se na criança e no adolescente, omitindo ou não investindo nos idosos. Concordamos com Ramos, presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, exercício 2006-2008 que se manifesta sobre a ambiguidade da velhice em nosso país:

A velhice no Brasil, ao mesmo tempo em que é uma vitória, ainda possui sabor de fracasso. Para que este gosto indesejável seja afastado do cenário social brasileiro é indispensável empreender todos os esforços para assegurar a dignidade da pessoa humana em todas as fases de sua existência e não somente na velhice, afinal ninguém nasce velho. (RAMOS, 2007, p.7)

Não podemos esquecer que o tratamento digno dispensado à velhice reflete a sabedoria da vida em si, na qual o passado se concentra no presente para criar a natureza humana, num processo permanente de reavivamento e rejuvenescimento. Envelhecer não é aquilo que acontece aos que têm mais idade, mas sim é um processo irreversível ao qual os seres vivos estão submetidos. MINOIS (1999), referindo-se à velhice, nos lembra que ela é um fenômeno recente que ocorreu graças aos progressos

médicos que prolongam a vida. O envelhecimento representa um êxito das políticas públicas de saúde que foram capazes de modificar a mortalidade e aumentar a expectativa de vida por meio de ações preventivas e de cura. Já, para MONTEIRO (2003), a velhice é um prolongamento de um processo que se perfaz na temporalidade, através de mudanças cíclicas biológicas, oscilando entre declínio e renovação contínua. Portanto, a velhice é biológica e também é subjetiva. Envelhecemos desde que nascemos e envelhecemos porque vivemos. Ficar velho deveria ser o destino humano. Morrer jovem é o reflexo da incompetência de políticas públicas de um Estado que pretende ser democrático.

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população se deu a partir do momento em que esses países cresceram e enriqueceram. No caso dos países em desenvolvimento, estamos envelhecendo antes de enriquecer. No caso brasileiro, agrava-se a essa situação o fato de que o nosso modelo de desenvolvimento econômico é fundamentado na perversa reprodução da desigualdade e injustiça social, proporcionando a uma grande parcela da população a situação de excluídos sociais. MINAYO (2004) destaca: 75% dos idosos são pobres, ganhando até três salários mínimos de aposentadoria ou pensão, existindo uma boa parcela desse grupo (43%) na faixa da miserabilidade, necessitando dos serviços públicos para sobreviverem. A velhice é também uma questão social. Chaimowicz nos lembra que:

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil, ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente” (CHAIMOWICZ, 1997, p.).

De que velho e de quais velhices estaremos falando nesta pesquisa? No Brasil, cronologicamente a velhice começa aos 60 anos, conforme

preceitua o artigo 1º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). É uma convenção etária para garantir aos sujeitos que se encontram nessa fase da vida um conjunto de direitos socialmente adquiridos e o mais utilizado. Nos países desenvolvidos, a velhice começa aos 65 anos conforme determina a ONU (NERI & FREIRE 2000). Entretanto, a discussão da entrada na velhice transcende esse marcador numérico. Entendemos que apenas o critério etário não é suficiente para demarcar a entrada da velhice. A velhice não comporta um só conceito por ser múltipla e complexa. Para BARROS (2004) existimos socialmente porque temos uma identidade civil definida basicamente pelo sexo e pelo dia, mês e ano de nascimento. Desse ponto de vista, a velhice é também um marco cronológico. Vivemos na sociedade com legislações que estipulam datas para a escolarização, para deixar de ser criança, para votar, para começar a dirigir e também para entrar na velhice. A divisão etária é útil para classificar um grupo de pessoas reconhecidas como velhas, entretanto, essa mesma classificação etária não dá conta de explicar a complexidade e diversidade do ser que envelhece. Paschoal nos ajuda nesta compreensão:

Cronologicamente, há uma dificuldade em se definir; a decisão torna-se arbitrária, pois, dependendo do desenvolvimento socioeconômico de cada sociedade, os seus membros apresentarão os sinais inexoráveis do envelhecimento, com suas limitações e perdas de adaptabilidade, em diferentes idades cronológicas. A maioria da literatura geriátrica e gerontológica aceita um ponto de corte aos 65 anos, idade, a partir da qual os indivíduos seriam considerados idosos. Este é o corte etário adotado pela Organização das Nações Unidas para os países desenvolvidos. Para os países em desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor, adota-se os 60 anos como a idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população. (PASCHOAL, 1996, p.27)

Segundo DEBERT (1999), a preocupação da sociedade com o processo de envelhecimento deve-se ao fato de os idosos corresponderem a uma parcela cada vez mais representativa do ponto de vista numérico. Entretanto, a quebra da “conspiração do silêncio” referida por BEAUVOIR

(1990), em relação à velhice, não pode ser explicada apenas pela demografia. A velhice é um fenômeno biopsicossocial e vários fatores são determinantes para a compreensão da velhice. No passado, a velhice estava reservada à vida privada. Eram poucos os idosos e eles se circunscreviam à família. Atualmente a velhice é visível tanto na vida pública quanto na privada. A velhice é cada vez mais perceptível e vem requerendo cada vez mais o seu reconhecimento público. A este fenômeno denominamos publicização da velhice que se transforma numa questão social e está ligada aos significados da velhice em nossa sociedade.

O que é ser velho na nossa sociedade? Que lugar é destinado a velhice? Cada cultura responderá a essas questões de uma determinada forma por meio de símbolos e significados construídos pelos sujeitos que a compõem. Os significados distintos que damos às etapas da vida são determinados pela cultura em contextos históricos diferenciados. A cultura moderna fundamentada no modelo de produção e reprodução de bens e riquezas. É uma cultura individualista que constrói crises a algumas etapas da vida, como por exemplo, a adolescência e a velhice. Na sociedade moderna, associamos à velhice sinais negativos físicos e psicológicos, ausência de saúde, inexistência de vigor sexual, fragilidade, feiúra, improdutividade, ausência de força física e mais cruel, a morte e a finitude. Velho, velha e velhice têm culturalmente um peso negativo muito grande. É um significado culturalmente construído.

BOSI (1973) corroborando com esta ideia lembra que a sociedade industrial é maléfica para a velhice. A sociedade rejeita o velho, não oferece nenhuma sobrevivência à sua obra. Perdendo a força de trabalho já não é produtor nem reproduzidor. Esses são alguns dos mitos associados ao envelhecimento e que se reproduzem na vida cotidiana, reservando aos velhos um papel secundário no sistema que valoriza o novo, o jovem e o belo. Ainda não há lugar para velhos na sociedade. Os modelos vigentes são determinados pela juventude.

Mercadante, ao refletir sobre a concepção filosófica de Simone de Beauvoir, chama a atenção ao seguinte sentido:

O conhecimento da existência de um modelo social amplo e geral de velho, presente no imaginário social, que se constrói pela contraposição à identidade de jovem, levou-nos a pensar sobre questões relativas à construção da identidade do idoso e de como esta mesma identidade é sentida e vivida por aqueles indivíduos classificados como velhos. No modelo social de velho, as qualidades a ele atribuídas são estigmatizadoras e contrapostas às atribuídas aos jovens. Assim sendo, qualidades como atividade, produtividade, memória, beleza e força são características e presentes no corpo dos indivíduos jovens e as qualidades opostas a estas, presentes no corpo dos idosos. (MERCADANTE, 2003, p. 56).

A discriminação e o preconceito por razão de idade devem ser considerados sobre a perspectiva de violação dos direitos humanos. O preconceito contra a idade é muito frequente. Há inúmeras formas dele se manifestar. A mídia tem contribuído muito para reforçar o preconceito aos mais velhos. As propagandas têm sido porta-vozes desses estereótipos. Os velhos são apresentados como pessoas que têm dificuldade de ouvir e entender, são doentes, ranzinzas, implicantes e recebem tantos outros atributos negativos. Isso reproduz na forma como os velhos são vistos na sociedade. Os jovens são os mais afetados por esse bombardeio de estigmas.

CASARES (1969), escritor argentino, escreveu o livro *Diário da Guerra do Porco*, publicado no ano de 1969, que tem um enredo muito atual. Segundo essa obra, a população idosa da Argentina havia crescido muito, provocando uma revolta muito grande entre os jovens que se sentiam preteridos nos seus direitos em detrimento aos mais velhos. Organizados em bandos, os jovens começaram uma “caçada humana” aos velhos numa fúria crescente. As cenas de violência descritas no livro são impressionantes: linchamento, apedrejamento, espancamento. Os velhos – chamados de *porcos* pelos jovens - eram perseguidos e violentados até a morte.

Impressiona o fato de que o governo não intervinha nas situações e restava aos velhos se esconderem ou fugirem da cidade. Os próprios filhos entregavam seus pais para a morte.

BERZINS e WATANABE (2005) comentando esse livro, consideram que o enredo do livro se fundamenta na relação jovem versus idoso, identidade e alteridade que se constrói no mesmo movimento e cujas noções negativas da velhice se manifestam de forma aniquiladora. Não há lugar para velhos, pois o mundo é para os jovens. É fato que na sociedade real não se pode matar os velhos de forma indiscriminada. Beauvoir, na sua clássica obra “A Velhice”, lembra que:

As soluções práticas adotadas pelas sociedades primitivas ou sem história, com relação aos problemas que os velhos lhes colocavam era muito diversas: podia-se matá-los, deixar que morressem, conceder-lhes o mínimo de sobrevivência, assegurar-lhes um fim confortável ou mesmo honrá-los. Os povos ditos civilizados continuam aplicando os mesmos tratamentos; apenas o assassinato é proibido, quando não é disfarçado, e, da idade média até o século XIX, os idosos continuavam sendo explorados... inúteis, incômodos, os idosos continuavam sendo explorados...inúteis, incômodos, o destino deles assemelhava-se ao que lhe era reservado nas sociedades primitivas: negligenciado, abandonados num asilo, expulsos e até mesmo assassinados, clandestinamente. (BEAUVOIR, 1990, p. X).

SCHIRRMARCHER (2005), filósofo contemporâneo alemão, chama a atenção sobre o lugar dos idosos num mundo envelhecido e denomina este fato com a “revolução dos idosos”:

Como os animais nas estepes, os mais velhos são constantemente caçados até a exaustão depois que perdem o prestígio. Isso acontece por meio de estereótipos sobre a velhice, de insinuações e ataques por todos os lados. O alvo dos ataques é a autoconfiança. Faz parte da natureza dessa caça que o homem se confunda rapidamente com sua propagada caricatura. (SCHIRRMARCHER, 2005, p. 73),

A velhice, antes de ser uma transformação biológica, é um destino social. A velhice é uma categoria social determinada pelo lugar que o indivíduo tem na vida social. Vários fatores são determinantes do lugar que o sujeito ocupa. Sexo, etnia, renda são alguns desses fatores. As sociedades vivem de forma diferente essa etapa da vida. A sociedade industrial retira do velho o lugar que ele ocupa, pois as relações são dadas pela produção e reprodução de bens. Não há lugar para quem não produz no sistema capitalista. BOSI (1995), ao considerar o lugar dos velhos na vida social, assim nos chama a atenção:

Nos cuidados com a criança o adulto “investe” para o futuro, mas, em relação ao velho age com duplicidade e má-fé. A moral oficial prega o respeito ao velho mas quer convencê-lo a ceder seu lugar aos jovens, afastá-lo delicada mas firmemente dos postos de direção. Que ele nos poupe de seus conselhos e se resigne a um papel passivo. Veja-se no interior das famílias a cumplicidade dos adultos em manejar os velhos, em imobilizá-los com cuidados para “seu próprio bem”. Em privá-los da liberdade de escolha, em torná-los cada vez mais dependentes “administrando” sua aposentadoria, obrigando-os a sair de seu canto, a mudar de casa (experiência terrível para o velho) e, por fim, submetendo-os à internação hospitalar. Se o idoso não cede à persuasão, à mentira, não se hesitará em usar a força.” (BOSI, 1995, p.78)

DEBERT (2004), ao analisar a construção e reconstrução da velhice enquanto categoria social, define os anos 60 como a década na qual se proliferam as pesquisas sobre velhice nos Estados Unidos e Europa. Até aquele período, a maioria dos estudos existentes procurava apontar para o que é comum na experiência do envelhecimento nas sociedades industrializadas.

“Os trabalhos antropológicos sobre a velhice (...) reafirmavam essas considerações corroborando a idéia de que o status social dos idosos nas sociedades tradicionais era mais alto e prestigiado do que nas sociedades modernas.” (DEBERT, 2004, p .42).

BEAUVOIR (1996) lembra que há muita distância entre os mitos criados por uma coletividade e seus reais costumes. Esse fato é particularmente evidente no que concerne ao papel dos velhos nas sociedades primitivas.

“Entre as mais desfavorecidas, muitas exaltam miticamente a velhice (...) Os exemplos são abundantes. Mas vamos ver que a prática não é, de modo algum, influenciada por essas fábulas. A extrema pobreza conduz à imprevidência: o presente comanda, o futuro lhe é sacrificado.” (BEAUVOIR, 1996, p. 57).

Foi a produção antropológica do final dos anos 70, segundo DEBERT (2004), que provocou a reflexão sobre a velhice nas sociedades ditas primitivas. MOORE (1978), corroborando com BEAUVOIR (1996), mostra que a idéia de os idosos serem sempre prestigiados nas sociedades tradicionais não se sustenta. A sobrevivência é, nestas sociedades, o determinante para o lugar que o velho ocupa na vida social. Tais culturas nos mostram o que MINAYO (2006) considera como “desinvestimento” político e social na pessoa do velho.

A velhice é tomada preconceituosamente pela sociedade. BOSI (1995) observa que a visão que temos da velhice decorre mais da luta de classes que do conflito de gerações. Ela se dá também pelos mitos e preconceitos construídos historicamente sobre a velhice. Homens e mulheres desejam viver muito, mas não desejam ficar velhos. Não é possível viver muito sem ficar velho. Só envelhece quem vive. A antropologia colabora com essa concepção, pois nos dá elementos para compreender o envelhecimento como um fenômeno complexo e não homogêneo. MINAYO (2006) acredita que a contribuição principal da antropologia é que ela trabalha com lógica interna dos próprios atores sociais por criar condições para desconstruir discriminações e preconceitos, assegurando a desnaturalização da velhice como problema, como doença e como o lugar social estereotipado que o aparente cuidado social lhe reservou.

Acrescenta-se que não é só a sociedade que confere à velhice o imaginário negativo. Os próprios velhos reproduzem a ideologia social produzida sobre eles mesmos. Muitos idosos não reagem às discriminações, aos preconceitos e à violência, alegando que “já são velhos mesmos” ou que tais violações são “normais da idade”. ELIAS lembra que:

“A fragilidade dos velhos é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem dos vivos. Sua decadência os isola. Podem tornar-se menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos, sem que se extinga sua necessidade dos outros. Isso é o mais difícil: o isolamento tácito dos velhos, o gradual esfriamento de suas relações com pessoas a quem eram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo o que lhes dava sentido e segurança.”
(ELIAS, 2001, p.8).

A gerontofobia vai além das manifestações físicas do humano e caracteriza-se como uma doença de caráter sociocultural que se manifesta no desrespeito aos cidadãos mais velhos e que se fundamenta na crença, no conceito de que as pessoas idosas são improdutivas e, portanto, um peso para a sociedade. É a oposição da saúde e juventude à doença e incapacidade.

FERNANDES considera ainda as dificuldades que a sociedade tem com o tema do envelhecimento:

O mal-estar ante as pessoas de idade é considerado uma espécie de patologia social, que pode ser encontrada em muitos campos da atividade humana. Ela existe entre os profissionais médicos, odontólogos, advogados, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e tantos outros que experimentam o contato direto com indivíduos que envelhecem. A maioria não sabe explicar as causas da rejeição, fixando-se em motivos preconceituosos por vezes pueris. Mas, segundo se vem verificando, essa rejeição está presente em técnicos que trabalham em grupos sociais na comunidade, surge entre dirigentes de obras geriátricas e em meio aos políticos e legisladores que, somente agora, começam a atentar para o significado do volume de velhos, a partir de um posicionamento de

maior proteção a aposentados e pensionistas. (FERNANDES, 1982, p. 19)

Por fim, as qualidades atribuídas aos velhos que definem o perfil identitário são estigmatizadoras e representam uma produção ideológica da sociedade. Os próprios velhos partilham desta ideologia que define o velho de forma generalizada, mas não o velho em particular. Por esta razão, não se sentem contemplados no grande modelo ideológico. Portanto, o velho não sou eu, o velho é sempre o outro.

O envelhecimento é um processo que diz respeito a toda sociedade e que todos devemos aprender a controlar, para que o resultado final seja o melhor possível. Que caminhos escolher, para que, ao final da existência, ao avaliar nossa vida, estejamos plenamente satisfeitos, sentindo-nos como seres íntegros e realizados, com a sensação de que ainda temos um lugar no mundo, onde possamos continuar desenvolvendo-nos, partícipes de nosso destino, ativos na sociedade, integrados à humanidade.

A mais terrorífica dimensão da brutalização moderna não é o constante recrudescimento da violência individual e coletiva, (atizada e estimulada, geralmente segundo um plano), mas sim, sua crescente regularização e sua prática habitual. A violência tem-se convertido em fato cotidiano, natural, trivial em uma insignificância, e reclama em nossas idéias e sentimentos, o direito do costume, do tradicionalmente inevitável. Já estamos tão insensibilizados, que precisamos de uma considerável escalada de violência ou de alguns atos de brutalidade, especialmente dramáticos, para que saíamos da nossa completa indiferença, nascida de uma suposta impotência.

A experiência da cotidianidade da violência se realiza através de complicados processos de trivialização. A naturalidade da violência é produto de uma naturalização artificiosa. Só que apenas não nos damos conta; pois não nos é permitido dar-nos conta. Porque se pudéssemos e quiséssemos penetrar nestes complexos processos, tratando de vê-los com sensatez e naturalidade, nos veríamos obrigados a não nos sentirmos impotentes, mas sim responsáveis.

(Hacker, 1976 in Menezes 1999:4)

5. VIOLÊNCIA, SAÚDE PÚBLICA E ENVELHECIMENTO

A violência e suas inúmeras manifestações aparecem como uma preocupação de alta relevância em todas as esferas públicas e privadas. O Brasil está sofrendo as consequências de altíssimos graus de violência que vivencia. A geografia dessa violência é presente nos municípios pequenos e médios, e manifesta-se, em escala maior, nas grandes cidades e metrópoles brasileiras. Todos os cidadãos têm alguma história para contar sobre a violência que invade seus lares “ao vivo” ou pela mídia, principalmente pelos telejornais ou pelos programas sensacionalistas. Quando pensamos que já presenciamos as mais bizarras e extremas formas de violência, tomamos conhecimento de expressões ainda mais violentas e aterrorizantes que o ser humano pode sofrer. MINAYO (2003) nos lembra que esse tipo de violência, que causa tanto horror, tomou lugar nas nossas salas de visita expondo o país negativamente perante as demais nações capazes de apresentar uma sociabilidade muito menos conflituosa.

A violência é um fenômeno complexo, histórico, dinâmico e deve ser compreendida como objeto da interdisciplinaridade. Ela é ainda a expressão da exacerbação dos conflitos sociais e reproduz a dinâmica da vida social que produz e reproduz a violência. Segundo DESLANDES (2002, p. 11), suas formas estruturais, que se ocultam nas políticas econômicas e educacionais, materializam seus efeitos em grupos e até mesmo em populações inteiras, aos quais são negadas conquistas sociais, tornando-os mais frágeis diante da exclusão, doença e morte.

No mundo, desde o início da década de 1980, o campo da Saúde Pública vem dando significativas contribuições para responder e explicitar as raízes da violência e ações para preveni-la. O tema da violência tem assumido, cada vez mais, grande importância para a saúde coletiva em função de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre

a saúde individual dos sujeitos que são vítimas das violências na saúde coletiva.

A Organização Mundial de Saúde, em 1996, declarou que a violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública no mundo. Em 2002, foi lançado pela OMS o relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Esse documento levou quase três anos para ser elaborado e reuniu cerca de 160 especialistas de 70 países. O relatório teve como propósito incrementar a consciência sobre o impacto da violência na saúde e ao mesmo tempo oferecer contribuições da saúde pública para o compromisso de minimizar os danos que a violência traz às pessoas.

Esse documento tem e teve uma grande importância para o reconhecimento da violência como uma questão da saúde pública, pois ele se constituiu num marco conceitual ao analisar a magnitude e o impacto da violência, os fatores de risco, as formas de intervenção e ao recomendar as políticas para o enfrentamento das violências.

No Brasil, foi somente a partir da década de 90 que a violência passou a ser reconhecida como um dos principais problemas na saúde pública passando a suscitar debates sobre as formas de atuação sob a perspectiva de prevenção e intervenção.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) reconhece os acidentes e as violências como um problema de grande magnitude, com forte impacto sobre a mortalidade e a morbidade da população brasileira. As violências e os acidentes têm aumentado a demanda por assistência nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e juntos representam 12% da mortalidade da população e a segunda causa de morte no país. O sexo masculino representa cerca de 80% dos óbitos e mais da metade dessas mortes é provocada pelos homicídios e acidentes de transporte.

DESLANDES (2002) lembra que o impacto da violência no setor saúde já vislumbrava seus efeitos nos serviços de assistência pública, pois ela demonstra um demanda diária crescente de vítimas de violências nos serviços de saúde. A Organização Pan-Americana de Saúde reconhece essa questão ao considerar que o setor saúde constitui a encruzilhada para a qual convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os diversos serviços: de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social.

Definir violência não é tão simples como possa parecer. Para a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002), a violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade e que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Esse conceito é bastante amplo na sua cobertura, pois contempla e reflete um reconhecimento do fato de incluir, não a violência que resulte necessariamente em lesões ou morte, mas aquela que oprime as pessoas, famílias e comunidade como um todo. Muitas formas de violência contra mulheres, crianças e idosos, por exemplo, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais que não necessariamente levam a lesões, invalidez ou morte (OMS, 2002), mas suas consequências podem trazer o sofrimento por longos períodos.

Para MINAYO (2003), a violência não é uma, mas é múltipla. Alguns autores preferem referir a violência no plural, violências. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis* que quer dizer força e refere-se às noções de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro.

Fica evidente que definir violência num único conceito pode reduzir a amplitude e a dimensão do problema. Entretanto, para as finalidades que este projeto propõe-se a pesquisar, entendemos a violência como um evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos ou classes que ocasionam danos físicos ou psicológicos a si próprio ou a outros.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) destaca, no campo da saúde pública, o fato de a violência impor ônus humano e econômico aos países, custando a eles, anualmente, bilhões de dólares em assistência à saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida, sem contar o custo psicológico às vítimas. As pesquisas no campo da prevenção contra a violência têm se caracterizado em ações que contemplem abordagens abrangentes em todos os níveis.

Sem dúvida, aprofundar o conhecimento sobre a violência contra idosos deve ser uma das prioridades dos serviços de saúde. Dessa forma, quem sabe, poderemos dar visibilidade a um fenômeno velado e estigmatizado pela sociedade e também pelos profissionais de saúde.

A violência contra a pessoa idosa é um tema ainda novo dentro da gerontologia e nos diversos estudos sobre a violência. Somente nos últimos anos houve interesse e uma discreta produção acadêmica sobre o tema. O segmento etário das pessoas maiores de 60 anos encontra-se em situação desigual nas diversas situações da vida social. Não é diferente também quando se fala da violência. O envelhecimento para grande parcela da população, dos próprios idosos e dos profissionais de saúde é a representação da fragilidade, da vulnerabilidade, da debilidade e por que não dizer da finitude humana. Os mitos, preconceitos e discriminações presentes na vida social reforçam a situação de desigualdade desta parcela da população.

A defesa dos direitos humanos fundamentais da pessoa idosa foi um fator motivador para as Nações Unidas (ONU) proclamar o dia 15 de Junho, em 2006, como o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa. A proclamação desse dia tem colaborado muito para a inclusão do tema da violência contra a pessoa idosa no mundo e especialmente, no Brasil, nos últimos três anos. O primeiro tema escolhido pela ONU das ações que foram desenvolvidas no mundo sobre o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa foi “*Violência contra a pessoa idosa: Vamos romper o pacto do silêncio*”. Mas, ainda há muito que fazer para chamar a atenção da sociedade sobre a violência contra a pessoa idosa. Precisamos ainda continuar a romper o pacto do silêncio. Faleiros denomina esse silêncio como conluio de silêncio por entender que a expressão pacto do silêncio não é muito explícita. O autor justifica sua opção linguística por entender que as relações de violência se acobertam inclusive, estruturalmente, em conluio de silêncio, não pela cumplicidade e pelos mecanismos de impunidade, mas pela cultura da naturalização da violência. Segundo FALEIROS:

Nas relações interpessoais, como na violência intrafamiliar e doméstica, existe ao mesmo tempo, uma cumplicidade e um medo que se impõem pelo autoritarismo do agressor ou pelo medo e pelo simbolismo ou imaginário de uma confiança entre vítima e agressor. A denúncia ou a revelação da violência provocaria o rompimento. A violência intrafamiliar e doméstica tem sido pouco denunciada, no contexto do segredo ou conluio familiar, vinculado à honra, à cumplicidade, à confiança entre vítima e agressor e ao provimento da família, visto que o agressor é próxima à vítima. (FALEIROS (2007, p.35).

MENEZES denomina a violência contra a pessoa idosa de *violência silenciada*. O tema da violência doméstica contra a pessoa idosa é proibido e os fatos são ocultados e silenciados. O assunto é tão velado que a autora denominou a sua tese “da violência revelada à violência silenciada” e relata as dificuldades que teve no desenvolvimento da pesquisa de campo:

Ocultar os velhos e as violências a que são submetidos foi uma constante neste estudo. Inúmeras foram as situações em que as portas para mim se fecharam. Mais cedo ou mais tarde foi preciso burlar, mentir, esconder e fugir dos agressores, para conseguir desvelar a violência. Muitas delas foram, de algum modo, desveladas, seja nas entrevistas profundas, nos documentos, nas entrevistas interrompidas ou nas falas de outros informantes. Desse modo, foi possível o desvelamento da dimensão invisível através dos agravos da violência visível. (MENEZES (1999, p. 232).

A violência contra a pessoa idosa é uma grave violação aos direitos humanos fundamentais. É o desrespeito à vida e à dignidade do ser humano. A sociedade não pode concordar com que pessoas idosas sejam maltratadas, negligenciadas, abandonadas e sofram preconceitos e discriminações. FALEIROS (2007, p.26) nos diz que a violência contra a pessoa idosa está situada num contexto estruturante da negação da vida, da destituição do poder legitimado pelo direito.

Segundo a literatura consultada, os primeiros estudos sobre a violência doméstica contra a pessoa idosa datam da década de 70 com a publicação do artigo “Granny battered” (spancamento de avós) em 1975 (Baker, 1975, Burston, 1977 apud Krug et alii, 2002). Outro momento importante para o estudo dos maus-tratos foi a criação de uma revista dedicada exclusivamente ao tema em 1989 – Journal of Elder Abuse & Neglect (Barnett et alii, 1997).

No Brasil, o assunto começou a receber destaque e atenção apenas a partir da década de 90, após a constatação da mudança do perfil etário da população brasileira e ainda com apropriação do tema da qualidade de vida dos idosos na agenda de saúde pública brasileira. (MINAYO, 2005). Apesar de todos estes anos, a violência contra idosos ainda é quase desconhecida e por isso, torna-se invisível nas estatísticas.

QUEIROZ (1997, p. 206) relata que foi apenas em 1994, quando da realização do X Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia que, pela primeira vez, foi realizada uma mesa-redonda com especialistas da área em que se abordou a questão da violência contra a pessoa idosa. Acrescenta que, dado o interesse despertado pelo tema, no Congresso Pan-Americano de Geriatria e Gerontologia realizado em 1995, não só o assunto foi retomado, como foi criada a Comissão Latino-Americana de abuso, negligência e maus tratos em idosos, sendo um marco importante na inclusão da temática da violência.

ESPÍNDOLA e BLAY realizaram pesquisa para identificar estudos sobre prevalência de abuso no envelhecimento e analisar a qualidade dos estudos. O método utilizado foi a revisão sistemática dos estudos de base populacional em bases de dados eletrônico (PubMed, LILACS, Embase, ISI, PsylInfo), referente aos anos de 1988 a 2005. Foram encontrados 440 artigos, mas apenas 11 artigos foram selecionados. A maioria dos estudos foi conduzida em diversas regiões do mundo, sobretudo nos Estados Unidos e Europa. Observou-se variação nas definições de abuso. Os estudos de prevalência encontraram coeficientes de abuso físico entre 1,2% (Holanda) e 18%(Finlândia).

A conclusão da pesquisa indicou que existe substancial variação de prevalência entre os países, parecendo haver uma variável importante. Como o número de idosos é crescente no mundo, são necessários mais estudos de base populacional e representativos dessa faixa etária para melhor compreensão do fenômeno.

MINAYO e col. (2003, p. 49-81) realizaram, no ano de 2001, estudo sobre a produção intelectual brasileira na área específica de saúde sobre acidentes e violências a partir de artigos em periódicos, dissertações, teses, livros, capítulos de livros e manuais institucionais de distribuição nacional na década de 90. As principais bases de dados foram a Bireme e Scielo (via

internet), bem como as bases informatizadas, como a Dedalus, da Universidade de São Paulo, e a Base Bibliográfica da Universidade Federal de Santa Catarina. O resultado no campo da violência contra a pessoa idosa evidenciou um número reduzido de produções científicas. De todas as áreas consideradas: acidentes (causas externas), criança e adolescente, trabalho, mulher, inclusão, criminalidade e outros, o idoso ocupa a última posição, com apenas nove trabalhos produzidos. Desse conjunto, três são do campo da geriatria e gerontologia, e três da saúde coletiva.

Foi observado na análise das produções acadêmicas estudadas pelas autoras que os trabalhos não oferecem uma reflexão ou discussão da violência contra a pessoa idosa associada com a violência institucional ocorrida na esfera das unidades prestadoras de serviços de saúde na rede do Sistema Único de Saúde. MINAYO chama a atenção:

“É ainda bastante inicial também qualquer referência aos serviços de saúde. Infelizmente, apenas encontra-se uma análise de asilos e hospitais geriátricos, voltados para a população idosa e pobre, geralmente produtores de formas de violência física, psicológicas e negligências”. (MINAYO, 2003, pg)

Em relação à violência institucional, MINAYO (2003) verificou que foram produzidos 12 trabalhos na pesquisa realizada. Parte dos trabalhos tem no seu conteúdo o aprofundamento da área da assistência à saúde como sendo também produtora e reprodutora da violência (SOUZA, 2003). Ao analisar o conteúdo dos trabalhos identificados, foi observado que quatro trabalhos apresentam evidências de como, nos próprios estabelecimentos da saúde, são expressas atitudes e práticas discriminadoras e negligências que influenciam na assistência e, às vezes, acarretam a gravidade, podendo levar inclusive a mortes que poderiam ser evitadas.

No caso brasileiro, não há estudos que forneçam dados sobre o número de casos e o perfil das vítimas ou agressores. A experiência de alguns serviços recentemente criados mostra que o perfil assemelha-se ao

encontrado em outros países. (BRASIL, Ministério da Saúde, pg.8). Entretanto, Minayo, analisando os dados sobre mortalidade de 2002 e de 2004, a respeito das violências e dos acidentes referentes à população idosa brasileira, originados do Sistema de Informação (SIH-SUS), registra que, em 2002, morreram 14.973 idosos por acidentes e violências no país, significando por dia, cerca de 40 óbitos. Outro dado de grande relevância é o fato de que os acidentes de transportes e as quedas são as causas principais de mortes violentas dos idosos brasileiros, requerendo políticas públicas para intervir nessa realidade. (Brasil, 2005 p: 13).

É muito difícil estimar em números o peso da violência contra a pessoa idosa. São escassas as fontes de dados e estudos. Destaca-se um fato muito importante na violência contra a pessoa idosa. A violência é velada e por isso torna-se invisível. A violência sofrida pelos idosos é, na sua grande maioria, praticada no âmbito doméstico da família e, por essa razão, muitos casos são ocultados ou omitidos pelas vítimas. Em defesa do agressor, o idoso cala, omite e justifica o ocorrido tentando atenuar os agravos da violência com o argumento de que já está velho mesmo. (Minayo, 2003).

São muitos os termos utilizados na literatura para designar a violência cometida contra os idosos. Os principais termos utilizados são maltrato, abuso, violência, negligência, abandono. Tais conceitos podem conter significados diversos e cenários variados. As designações e suas definições contêm variáveis complexas que podem ou não influir na abordagem e na tomada de decisões.

A violência contra a pessoa idosa definida pela Rede Internacional para a Prevenção dos Maus Tratos contra o Idoso é a seguinte:

“O maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.”

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) chama a atenção sobre a importância dos serviços de assistência à saúde, referindo que, no Canadá e nos Estados Unidos, os clínicos ficaram atrasados e como resultado, há poucos programas de intervenção para idosos vítimas de violência instalados em hospitais e serviços de saúde. Os profissionais de saúde têm um papel importante a desempenhar nos programas que controlam e detectam o abuso e a violência. Segundo o relatório citado:

“Os profissionais da área de assistência à saúde em geral se sentem mais confortáveis lidando com pessoas mais jovens do que com pessoas de idade avançada, e os interesses dos pacientes idosos são freqüentemente ignorados. A maioria dos setores de emergência não usam protocolos para detectar e lidar com o abuso de idosos, e raramente atentam para tratar a saúde mental e os sinais de comportamento decorrentes do abuso de idosos, tais como depressão, tentativa de suicídio, ou abuso de drogas e álcool.”
(OMS, 2002, p. 137)

A questão da violência praticada contra a pessoa idosa é, sem dúvida alguma, um problema de natureza históricossocial e ao mesmo tempo de natureza da saúde. Ela é de natureza social-histórica porque envolve as relações dos sujeitos na vida social. A violência ocupa, cada vez mais, lugar nas relações e chega-se ao ponto da banalização. A violência nos aterroriza, atemoriza e nutre, no interior da sociedade e consequentemente no seu imaginário, o medo de perder a vida.

Ela é de natureza da saúde porque são nas portas dos serviços de saúde que ela bate para receber o socorro. A violência produz diariamente centenas de vítimas no país e especialmente na nossa cidade. A violência, nas suas mais diversas manifestações, é uma questão da saúde pública, notoriamente já reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e órgãos nacionais. O grande

número de vítimas provoca uma demanda imediata e também complexa de necessidades de assistência, recuperação e reabilitação da saúde.

*Quando nasci um anjo esbelto,
Desses que tocam trombeta anunciou:
Vai carregar bandeira.
Cargo muito pesado prá mulher,
Esta espécie ainda envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem,
Sem precisar mentir.*

Adélia Prado (Com licença poética).

6. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL: A CONTRADIÇÃO DE QUEM CUIDA

“O serviço aqui é vagabundo. Porque aqui, botou um jaleco branco, o... o sujeito acha que é autoridade, viu? Vestiu o jaleco branco, já é autoridade aqui. Então, começa a... a... a... a controlar a sua comida, o seu banho, enfim, começa a controlar a sua vida e você não pode fazer nada.”

“E eles falam comigo? Quando falam são sempre grosseiros e sem educação”.

“O banho ... é público.É. Fica tudo pelado. Aí, eu sinto tristeza, sinto estranho. Sabe por quê? Eu não estou acostumada. Vai fazer o quê, minha filha?”

Ferreira, AMTGB¹

¹. Depoimentos de idosos. In Ferreira AMTGB. Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem. Tese de doutorado Faculdade de Saúde Pública USP, 2005

A violência contra a pessoa idosa é uma grave violação aos Direitos Humanos, pois desrespeita a dignidade humana. Todos nós nascemos, vivemos e envelhecemos sob a proteção dos Direitos Humanos, livres e iguais em dignidade e direitos. A dignidade da pessoa humana é um princípio fundamental, pois implica na capacidade da pessoa viver, inclusive no seu envelhecimento, em condições de poder desenvolver suas potencialidades e necessidades, tanto básicas quanto as mais elevadas, decentemente, incluindo aqui saúde, educação, moradia, alimentação e respeito. Portanto, qualquer forma de violência à pessoa idosa deve ser tratada como uma ofensa à dignidade humana e deve ser condenada pela sociedade. O Estado, assim como a sociedade, devem ser instrumentos a serviço da dignidade humana. Pensar a violência sob a ótica dos Direitos Humanos é a reafirmação da convicção de que nenhuma forma de violência à pessoa deva ser tolerada, exigindo-se o repúdio a toda forma de tratamento degradante e indigno à pessoa idosa e às demais pessoas dos diferentes grupos etários.

A violência à pessoa idosa se apresenta de várias formas e lugares. Neste capítulo, são apresentadas algumas reflexões sobre uma forma particular de violência que a pessoa idosa sofre; aquela em que ela é vítima de violência nas instituições que deveriam por princípio protegê-la, mas que não o fazendo promovem danos a ela.

As pessoas idosas recorrem a essas instituições na busca de informações e de cuidados, pois delas dependem em uma situação de necessidade. As instituições de saúde, da assistência social e da previdência social são as campeãs de queixas de descaso, omissão, ineficiência e reclamações nas delegacias e órgãos de proteção aos idosos. A situação de violência se dá em relações desiguais de forma impessoal e discriminatória, causando sofrimento em especial, aos mais desfavorecidos socialmente. (MINAYO, 2006).

Nos serviços públicos, em particular, por atender a uma parcela dessa população, ainda prevalece uma cultura de subordinação e de ausência de direitos. Essa cultura se manifesta tanto nos profissionais quanto nos usuários prevalecendo uma interpretação equivocada fundamentada na relação de favor e clientelismo, ignorando-se a noção de direitos, de cidadania e de empoderamento dos direitos constitucionais. Acrescenta-se que os muitos idosos não se reconhecem como cidadão pleno de direitos e se reconhecem como cidadão de segunda categoria, sem valor para si e para os outros, reforçando assim os estereótipos negativos associados à velhice.

A população idosa brasileira já representa um importante segmento etário que tem se tornado visível na vida pública. Entretanto, a visibilidade numérica dos idosos ainda não tem garantido a sua visibilidade no pleno exercício dos direitos e na contemplação de suas necessidades nas políticas públicas.

Os direitos da população idosa são expressos em diversos marcos legais. O mais importante é o Estatuto do Idoso que assegura à pessoa idosa os seus direitos fundamentais e ainda:

“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.” (El Art. 10).

Existe uma grande dívida social para com os idosos brasileiros. Apesar do Estatuto do Idoso ter sido aprovado e sancionado em 2003, o conjunto legal de direitos nele assegurados ainda não se efetivou na prática. Há uma distância muito grande entre os direitos fundamentais e sociais assegurados na forma da lei e as práticas e posturas éticossociais com respeito aos mais velhos. A sociedade garante em lei, mas não executa na prática.

A violência contra a pessoa idosa é um exemplo. Ela é um fenômeno histórico universal e somente a partir da década de 70 é que passou a receber a atenção da sociedade internacional com a publicação de estudos sobre o assunto. O processo de envelhecimento humano tem sido objeto de atenção muito recente por ser um fato relativamente novo na história da humanidade. A experiência de ficar velho é nova. Não estamos adaptados a isso.

O conhecimento sobre a ocorrência da violência institucional à pessoa idosa é escasso no contexto brasileiro. Raramente essa questão tem sido tratada e não aparece nos diagnósticos e condutas realizadas nos serviços de saúde. Trata-se de um fenômeno de importante magnitude e repercussão que fica restrito apenas nos diálogos dos usuários idosos, nas famílias e em alguns profissionais. O assunto é protegido pelo véu do silêncio, da invisibilidade e do desrespeito.

“FERREIRA considera que a cidadania não é prerrogativa da pessoa saudável, portanto, deve-se continuar a exercê-la, ainda como usuário dos serviços de saúde. A vulnerabilidade expõe as pessoas a grosseiros e sutis desrespeitos à sua autonomia.” (FERREIRA, 2005, p. 130)

Frequentemente o termo violência institucional provoca dúvida e confusão. A principal dúvida que emerge é o fato de a violência institucional ser caracterizada como sendo aquela que o Estado promove na ausência de políticas públicas para atender às necessidades dos seus cidadãos, esta sim caracterizada como violência estrutural. São conceitos diferentes uma vez que a segunda se refere às relações resultantes da desigualdade social provocada pela pobreza e miséria predominantes no nosso país que é marcado pela forte desigualdade social e econômica.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE utiliza o seguinte conceito para violência institucional:

Violência institucional é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 21).

MINAYO fortalece o conceito anterior ao definir a violência institucional na perspectiva de prejuízo ao crescimento ou ao equilíbrio físico e emocional e ao desenvolvimento da liberdade e da personalidade do indivíduo:

Entende-se violência institucional a ação de constrangimento e despersonalização sobre os indivíduos, por parte de várias organizações públicas e privadas cujo objetivo seria prestar serviços aos cidadãos. Tal situação freqüentemente acontece em serviços de saúde, em escolas e, sobretudo, em internatos e prisões. (MINAYO, 2003, p.65).

FALEIROS (2007, p 43) define a violência institucional como um tipo de relação existente nos abrigos e instituições de serviço, privados ou públicos, nos quais se nega ou atrasa o acesso, não se leva em conta a prioridade legal, não se ouve com paciência, devolve-se para casa, humilha-se por incontinência ou por alguma perda, infantiliza-se o idoso, hostiliza-se a pessoa idosa, não se ouve sua palavra e não se respeita a sua autonomia.

De acordo com NOGUEIRA (1994), violência institucional é a escassez e/ou inexistência dos benefícios que os serviços (instituições da sociedade, serviços de saúde, dentre outros) podem oferecer. Ela também é fruto da negligência com que o poder público assume o papel social de suas políticas, implantando-as de forma descontínua e aleatória, pensadas de forma improvisada e quase sempre sob pressão da imprensa e de grupos organizados. Não são, portanto, planejadas nem avaliadas.

QUEIROZ lembra que a violência institucional é pouco conhecida e estudada. Chama atenção sobre a violência institucional que ocorre nas instituições de longa permanência e que oferecem dificuldades para o desenvolvimento de pesquisa nessas instituições.

Pode-se afirmar que a violência existe quando os níveis de cuidado estão com padrões abaixo do esperado e definido pela legislação existente sobre o assunto: falta de higiene, cuidado físico e qualidade de vida precários, falta de qualificação da equipe de cuidados, esgotamento dos enfermeiros e auxiliares, falta de privacidade dos moradores. Além destes, podem ser apontados outros fatores organizacionais: uso de drogas que dopam os idosos, desnutrição, contenção e até agressões físicas. (QUEIROZ, 2006, p. 491).

FALEIROS (2007, p. 42) afirma que nessas instituições asilares que se enquadram na definição de instituição total, predomina um modelo de atendimento que se estrutura pela dominação do corpo do asilado que se incorpora no seu *habitus* pela força da rotina, da impossibilidade de outra escolha para uma vida digna. Fere-se ao pacto de direitos e anula a realização de si. O primeiro direito ferido pelo confinamento é o direito à liberdade, o direito civil de ir e vir. MINAYO (2003) corrobora com essa idéia quando define o conceito de violência institucional ao considerar que a “massificação” dos sujeitos, exercido por entidades chamadas por Goffman como “instituições totais”, é prejudicial ao crescimento físico e emocional da liberdade e da personalidade dos indivíduos.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002) foi um importante marco para ampliar a consciência acerca do problema da violência. O documento reconhece, no capítulo destinado à violência à pessoa idosa, a existência da violência nos cenários institucionais. Um dos estudos realizado nos Estados Unidos sobre essa forma de violência revelou que 36% da equipe geral e de enfermeiros relataram ter testemunhado pelo menos um incidente de abuso

físico cometido por outros membros da equipe no ano anterior. Observou-se que 10% dos profissionais admitiram ter cometido, eles próprios, pelo menos um ato de abuso físico.

Essas descobertas sugerem que o número de maus-tratos contra residentes idosos em instituições pode ser muito mais extenso do que geralmente se acredita... Mortes de idosos, tanto em cenários institucionais como na comunidade, têm sido freqüentemente atribuídas a causas naturais, acidentais ou indeterminadas, quando na verdade foram conseqüências de comportamento abusivo ou negligente. (OMS, 2002, p. 129-130).

No Plano Nacional de Prevenção da Violência que define as diretrizes para intervenção na violência, o conceito de violência institucional assim é definido:

É a escassez e/ou inexistência dos benefícios que os serviços (instituições da sociedade, serviços de saúde, dentre outros) podem oferecer. Ela também é fruto da negligência com que o poder público assume o papel social de suas políticas, implantando-as de forma descontinuada e aleatória, pensadas de forma improvisada e quase sempre sob pressão da imprensa e de grupos organizados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 200, p. 13).

O conceito do Ministério da Saúde é exemplificado com várias formas de manifestações da violência institucional. Estes são alguns dos exemplos que se expressam principalmente na população idosa atendida nos serviços de saúde:

- Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento.
- Falta de escuta e tempo para a clientela.
- Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência.

- Maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental.
- Desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico.
- Violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente à necessidade do serviço ou do profissional, entre outros).
- Detrimento das necessidades e direitos da clientela
- Proibições de acompanhamentos ou visitas com horários rígidos e restritos.
- Críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo-lhe informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança no atendimento ou durante a internação.
- Diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

MINAYO afirma que a violência institucional ocorre em todo o mundo e que, no Brasil, ela ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos uma vez que essa violência ocorre nas instituições públicas de prestação de serviços e nas públicas e privadas de longa permanência para idosos.

No nível das instituições de prestação de serviços, as de saúde e previdência social (as que, em termos gerais, configurariam a seguridade social) são campeãs de queixas e reclamações, pois são exercidas por uma burocracia impessoal, que reproduz uma cultura de discriminação por classe, de gênero e de idade, causando imenso sofrimento à maioria dos idosos, pobres e sem condições de optarem por outros serviços. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.155).

Um importante exemplo desse desrespeito é referido pelos próprios idosos que verbalizam a idéia de que ser aposentado significa ser maltratado pelo sistema social de assistência pública. São frequentes as denúncias de idosos e da mídia sobre a forma desumana como são tratados.

Uma senhora que enviou uma carta ao prefeito assim se refere ao sistema de saúde:

Pois eu vou contar o que se passa comigo: tenho 62 anos, diabética, infartada e acometida de dois derrames, e o próprio deixou-me também com problema de audição e mais, sou pobre dependente de todos para tudo. ...o que eu estou precisando é de médico que me trate bem e não me indique o cemitério. Eu preciso de médicos e cuidados humanos. Quero uma clínica, ou hospital aonde eu possa fazer tudo, que não precise pular de galho em galho, já não tenho mais vigor para ir para lá e pra cá.

Segundo SÁ (2005: 80), os serviços públicos de saúde no país dificilmente podem ser, na atual conjuntura, objeto de idealização ou de qualquer nível de investimento, o que decorre do intenso processo de sucateamento e desvalorização a que vêm sendo submetidos. Segundo esta autora, o narcisismo de morte assume a forma de um individualismo e de um corporativismo reforçados na ilusão de onipotência pela detenção de um suposto saber sobre a vida e a morte. A solução para melhorar estas relações seria a produção de autonomia dos sujeitos, ampliando a

cooperação e a solidariedade. A autora propõe a capacidade de acolhimento, escuta e favorecimento de uma construção progressiva.

Segundo o documento base do Ministério da Saúde, os serviços de saúde são agentes da violência institucional:

Quando os serviços de saúde atuam como agentes de violência institucional isso se expressa tanto na negação da assistência à saúde como na violência da relação desumanizada e autoritária baseada em um saber técnico e no desconhecimento do outro enquanto legítimo outro. No primeiro caso constitui violência a peregrinação, a diminuição e falta de leitos, a falta de serviços de reabilitação. No segundo ponto, a violência consiste em certas práticas de saúde que não levam em conta a condição humana, práticas às vezes desnecessárias e indesejáveis, que negam a subjetividade; na relação médico-paciente desrespeitosa; na falta de democratização das informações; no acesso diferenciado a tecnologias; na organização dos serviços em função das necessidades dos profissionais e não dos usuários; na medicalização excessiva, dentre outras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.13-14).

A Rede Latinoamericana de Gerontologia considera que em toda sociedade existem instituições autoritárias e outras democráticas podendo, o idoso, ser vítima de violência tanto nas primeiras quanto nas segundas. A princípio, pareceria não ser possível ter violência nas instituições democráticas. Mas ela existe sim e atribui-se à falta de capacitação dos profissionais que trabalham nessas instituições de longa permanência a responsabilidade pela perpetração da violência à pessoa idosa.

O documento da OMS “Vocês Ausentes” (2002) investigou, em oito países, inclusive no Brasil, a opinião dos idosos sobre a violência. No que concerne à análise específica sobre a violência em instituições, observou-se que era uma prática em todos os países pesquisados. Um idoso austríaco assim avaliou a violência nas instituições de longa permanência para idosos:

“Uma residência para personas mayores no es otra cosa que una antesala de la muerte “. (OMS, 2002:20).

O estudo aponta os profissionais de saúde como vítimas e perpetradores da violência. Em todos os países pesquisados, os idosos referiram que os profissionais de saúde são parte do problema.

Este problema varía desde el profesional que sencillamente no ha recibido una formación adecuada para entender el envejecimiento y los problemas de las personas mayores, hasta el que no tiene tiempo suficiente para escuchar noticias de profesionales de asistencia sanitaria que cometen actos claramente abusivos. Este último ponto era ele que más aparecía en los informes de Brasil y Kenya. (OMS, 2002, p.21).

A violência institucional pode ser compreendida a partir do ponto de vista do poder e da imposição. O poder é a forma mais flagrante da manifestação da violência. Poder e violência estão diretamente relacionados entre si. ENRIQUEZ propõe a seguinte definição sobre o poder:

O poder é uma relação de caráter sagrado de tipo assimétrico, que se estabelece, de um lado, entre um homem ou um grupo de sujeitos que formam um conjunto ou aparelho específico que define os fins e as orientações da sociedade, dispondo do uso legítimo da violência, e, de outro lado, um grupo mais ou menos amplo de indivíduos que dão seu consentimento às normas editadas. Este consentimento poder se obtido pela interiorização dos valores, pela adesão ativa (...) pela fascinação ou sedução exercida pelos dominadores ou pelo medo de sanções. (ENRIQUEZ, 200, p.54).

SÁ, ao analisar o conceito de poder enunciado por Enriquez, lembra que o poder torna-se uma “essência”, e algumas pessoas poderão exercê-lo e outras não. Esse é um ponto fundamental. Além disso, como todo poder, podendo ser transgredido, é, igualmente, objeto de inveja e ódio. (SÁ, 2005, p.81).

Por sua vez, CHAUÍ, ao considerar a noção de violência de gênero, começa sua argumentação definindo força:

“Entenderemos por força, portanto, as relações de exploração econômica, de dominação política, de exclusão cultural, de sujeição ideológica e de coação física e psíquica.” (CHAUÍ, 1984, p.84).

Essa autora entende que violência é uma relação particular de força porque ela visa, em última instância, a aniquilação de uma das partes e o fim da relação.

“A violência, pelo contrario, visa a manter a relação mantendo as partes presentes uma para a outra, porém uma delas anulada em sua diferença e submetida à ação da outra. A força deseja a morte ou a supressão mediatizada pela vontade do outro que consente em ser suprimido em sua diferença.” (CHAUÍ, 1984, p.35).

OLIVEIRA, comentando a definição de violência dada por Chauí, considera o seguinte:

A violência se define por dois aspectos: em primeiro lugar, a conversão de uma diferença ou assimetria numa relação hierárquica e de desigualdade com fins de dominação, e em segundo a ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como objeto. A violência perfeita, para ela, é aquela em que o “sujeito consente em ser suprimido em sua diferença, assumindo como sua a vontade e a ação do outro, e submerso em uma heteronomia que não é percebida como tal. (OLIVEIRA, 2000, p. 75)

Para SANTOS, as relações de poder estão disseminadas na sociedade e se fundamentam nas relações desiguais. Sua definição de poder é a que segue:

A um nível muito geral, o poder é qualquer relação social regulada por uma troca desigual [o resultado final de uma distribuição desigual de trocas iguais (ou aproximadamente iguais)]. É uma relação social porque a sua persistência reside na capacidade que ela tem de reproduzir desigualdade mais através da troca interna do que por determinação externa. (SANTOS, 2000, p. 266)

Segundo ENRIQUEZ, a violência institucional não é percebida, pois as instituições são associadas ao caráter de proteção e de formação e não existe no pensamento humano a possibilidade de vê-las como agentes de violência, uma vez que a elas está associado o caráter de divino e sagrado. Toda instituição, qualquer que seja sua natureza, se apropria de uma parte do divino, ou tenta dele se apropriar inteiramente. (ENRIQUEZ, 2001, p.53).

SÁ considera que, nas instituições terapêuticas, inclusive nos hospitais, a relação assimétrica é permanente e os indivíduos vêm a ela com uma demanda, apresentando-se espontaneamente no lugar de pacientes.

A relação assimétrica é permanente e os indivíduos tratados jamais se tornarão membros ativos dessas instituições. Além do mais, esses últimos expressam todos, mais ou menos explicitamente, um pedido especial: um perdido de cura. São pacientes que se apresentam, para que lhes seja dada uma ajuda, uma assistência, um conselho. Chegam cheios de esperança e preparados para a submissão (quando não os parentes que, enquanto porta-vozes, adotam esta atitude de espera), mas também com exigências desmedidas e com a possibilidade de revolta e violência. (Enriquez, 1989:80).

A relação profissional de saúde e paciente é assimétrica e tem um caráter permanente porque dificilmente os pacientes poderão vir a ser profissionais. Parece ser um elemento importante para pensarmos as dificuldades de solidariedade que se verifica, muitas vezes da parte de alguns profissionais, se concebermos que os processos identificatórios estão na origem da produção de práticas e atitudes solidárias. (SÁ, 2005, p.82).

LÉVY (2001, p. 78) considera que nenhuma sociedade organizada conseguiria funcionar ou subsistir se não fosse sustentada pela força física. Em sua ausência, as relações são regidas pela lei do mais forte. Para ele, a violência exercida pelo poder legítimo é tanto mais difícil de ser localizada quanto mais for difícil resistir a ela, já que ela se apresenta sob a máscara da razão e da necessidade. O autor afirma que a violência institucional pode ser observada em todas as instituições e está no cerne das relações.

FERREIRA realizou um estudo baseado na assistência de enfermagem a um grupo de 32 idosos hospitalizados para avaliar se os direitos dos idosos estavam sendo adequadamente atendidos. Embora o estudo não tenha o propósito de analisar a violência institucional, ele contribui muito para entender o que é a violência institucional. Nos depoimentos coletados, uma idosa referiu que por estar numa situação de dependência deveria aguentar toda e qualquer situação adversa a fim de não se prejudicar. Assim ela manifestou a sua situação de dependência:

“Eu estou dependendo, tenho que agüentar, e eu não posso prejudicar ninguém, porque eu vou operar. Eu preciso de todo mundo, não preciso?É. Eu falo ‘meu amor’, ‘meu bem’, ‘minha querida’. Trato ela com o maior carinho. Para não ofender.”
(FERREIRA, 2005, p. 112)

A autora percebeu no discurso da idosa a compreensão equivocada que ela tem do seu direito e o quanto ela abriu mão dele em troca da dependência e da necessidade da cirurgia. Ela não pode ofender a profissional, se não, não receberá o que precisa. Muitos pacientes têm medo de criticar ou de se queixar porque têm medo de represálias da equipe que os assiste.

Destaca-se na pesquisa que a grande maioria dos idosos respondeu que o atendimento era ótimo. Mas, quando perguntados sobre os procedimentos e intervenções, as respostas diferiram do conceito inicial e remetiam a importantes violações dos seus direitos e da dignidade. O estudo aponta o desconforto, o desrespeito, a má vontade e ainda a agressividade física que os idosos sofreram na assistência que lhes era devida. O estudo é feito por uma enfermeira que analisa o comportamento das colegas de profissão. A metodologia utilizada – análise de discursos - favoreceu a escuta e a análise do discurso. FERREIRA assim considera ao analisar os discursos dos idosos:

Quanto ao direito à privacidade física, alguns dos idosos entrevistados disseram sentir-se envergonhados e tristes pela exposição, quando dos cuidados envolvendo o corpo, a nudez e às situações de auxílio às necessidades fisiológicas, por serem compartilhadas com outros pacientes ... Uma paciente referiu ter compartilhado o ambiente com paciente do sexo oposto e ter sentido vergonha de ficar, fisicamente exposta, junto a eles. Alguns dos entrevistados relataram já ter tido vergonha, mas que se habituaram. Outros também referiram que o pessoal de enfermagem diz não ser necessário sentir vergonha, pois estão no hospital. (FERREIR, 200, p.155).

Geralmente as pessoas idosas são vistas como sendo um peso e um prejuízo para os serviços de saúde e não muitas vezes responsabilizadas pelo alto custo acarretado ao sistema de saúde e previdenciário. Existe um preconceito associado a essa idéia de que envelhecimento é sinônimo de doença e improdutividade, caracterizando-se apenas como uma fase de consumo.

Essa compreensão se reproduz na forma com que os idosos são tratados nas instituições, principalmente na rede públicas de saúde. Nosso sistema de saúde não está adaptado e nem preparado para receber a população idosa. Não há leitos suficientes para atender a fragilidade e as condições crônicas de saúde do segmento idoso. Por outro lado, a discriminação institucional se manifesta na ausência de profissionais especializados para atender as necessidades integrais dos idosos.

RODRÍGUEZ ROVIRA (2004) realizou um estudo na Espanha que analisou as limitações por idade nos protocolos de tratamento. O autor afirma que existem muitas limitações nos tratamentos destinados aos idosos que têm como motivo apenas a idade avançada; em especial quando se trata de utilizar recursos de alta tecnologia, internação em UTI's, exames ou medicamentos de última geração e também transplantes de órgãos. As limitações aparecem notadamente em alguns protocolos de tratamentos e, em outros casos, se manifestam nas atitudes e na prática dos profissionais.

Um exemplo é o tratamento do câncer que é, na Espanha, a segunda causa de morte. Segundo o autor, há reticências ao tratar o paciente idoso com câncer, baseadas no risco do aumento de morte associado à idade nas cirurgias, uma vez que as respostas não são satisfatórias. Essa medida estende-se inclusive aos idosos e seus familiares. Uma estatística aponta que, na Espanha, menos de uma de cada dez mulheres maiores de 75 anos recebem tratamento adequado em caso de câncer de mama, segundo Miguel Martín, que defende que todos os pacientes idosos devam ser atendidos com todos os recursos disponíveis, concordando com o manifesto do *IV Simpósio Internacional Câncer en el Anciano*: a idade não deve determinar a terapêutica do paciente com câncer de mais de 75 anos . (RODRÍGUEZ ROVIRA, 2004, p.23).

Devemos ter em mente que “a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo” (PESSINI e BERTACHINI, 2004) e que o contexto macro de iniquidade, violência e desrespeito influi nas relações que se dão em espaços menores como as instituições de saúde.

A humanização está relacionada ao cuidado. Cuidar, segundo BOFF (1999), é uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Inclui duas significações básicas: a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e de preocupação e de inquietação. A essência humana se encontra no cuidado e não na inteligência, liberdade ou criatividade.

O cuidado profissional envolve a garantia da preservação de dignidade e totalidades humanas. É processo e envolve o estabelecimento de vínculo, desenvolvimento de competências, procedimentos técnicos, cuidados, atitudes e comportamentos. Manifesta-se por presença, afetividade, interesse, conhecimento e habilidade técnica. É permeada por atitudes humanitárias, prevê a necessidade de uma percepção profunda

sobre toda a rede de relações que se estabelece no interior das instituições de saúde. Deve-se atentar, entretanto, que o contato com o sofrimento humano pode gerar ansiedade, e, como consequência, um afastamento, uma dificuldade de interagir com o sujeito.

Humanização pode ser considerado um termo “em construção”. Segundo FERREIRA (2004) é: dar condição humana a, civilizar tornar-se humano. Dessa forma, se nos restringirmos à semântica, é possível que haja redundância, pois profissionais, pacientes e clientes são seres humanos.

A Humanização deve ser discutida na perspectiva dos sujeitos, ou seja, considerando as pessoas idosas atendidas nas instituições e os trabalhadores dessas instituições como seres humanos que, por sua condição humana, interagem com seu meio e são capazes de acumular conhecimentos e experiência, e que têm necessidades, expectativas e perspectivas.

Torna-se, portanto, necessário resgatar a personalidade das relações e reorientar a organização do processo de trabalho. Trata-se da busca da assistência humanizada centrada na relação sujeito-sujeito.

A Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004) traz no seu bojo a idéia de que o centro das preocupações deve ser o sujeito, enquanto pessoa humana e enquanto sujeito social. Neste documento, a humanização, é compreendida como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de trabalho: pessoa idosa, família, trabalhadores e gestores.
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos.

- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção do bem estar dos sujeitos.
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de trabalho.
- Identificação das necessidades sociais e de saúde.
- Compromisso com a ambiência, melhorias das condições de trabalho e de atendimento.

São princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004):

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão;
- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- Atuação em rede e utilização da informação, da comunicação da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos coletivos.

Dessa forma, a humanização se operacionaliza com a troca e a construção de saberes, o trabalho em equipe multiprofissional, a identificação das necessidades de desejos e interesses dos diferentes sujeitos que compõem a instituição.

As práticas de humanização são sempre relacionais: com as pessoas, com as técnicas e com os ambientes. Nesse sentido, é importante ressaltar que uma prática humanizada se dá entre humanos e inclui as relações que eles estabelecem com os locais onde se dá o cuidado e com os conhecimentos e habilidades técnicas para efetuar essa assistência.

A humanização deve caminhar no sentido de oposição à violência, de desenvolvimento de capacidades para a qualificação do atendimento oferecido, articulando os avanços tecnológicos e o bom relacionamento, buscando a melhoria das condições de trabalho e a ampliação do processo comunicacional, incrementando o diálogo dos profissionais entre si, com os usuários e os gestores. E para os idosos, em particular, é necessário acrescentarmos o debate sobre os preconceitos em relação ao envelhecimento, à pessoa idosa e ao seu reflexo sobre o cuidado que recebe. Tudo isso tem sido discutido por vários pesquisadores em contextos diversos (Debert, 1999, Novaes, 2001; Elias, 2001, Bosi, 2003) e deve ser objeto de reflexão da sociedade como um todo.

Outro grande desafio é investir na ética do cuidado e da solidariedade. Ela se fundamenta na mudança de valores em busca de outro modelo de sociedade, cujo principal valor seja o ser humano, respeitando suas particularidades e peculiaridades. Deve-se buscar a responsabilidade individual e coletiva, prevendo a possibilidade de ajuda em substituição à omissão. Esse investimento propõe ainda a compreensão do mundo como uma rede de relações na qual se tenha lugar para o **eu** e o **nós**, elementos fundamentais na sustentação da teia de relações. A ética do cuidado fundamenta-se na afetividade e é uma ética válida para todos, principalmente para a pessoa idosa. Cuidar dos idosos significa melhorar o mundo presente e o futuro.

7. CAMINHO METODOLÓGICO

Visando obter as interpretações dos trabalhadores de uma instituição de saúde, optamos pela utilização de uma metodologia qualitativa que apresentamos de forma detalhada a seguir. Para a coleta de informações, foram realizadas observação e entrevistas no período de agosto de 2007 a maio de 2008.

As entrevistas foram gravadas em aparelho gravador digital transcritas e revisadas pela pesquisadora. Através da leitura exaustiva do material, os discursos foram categorizados tendo por base o referencial teórico.

7.1. CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

A pesquisa é a atividade fundamental na produção do conhecimento. O pesquisador é o observador externo do processo que tem a principal responsabilidade de traduzir o entendimento que os sujeitos têm da realidade em que vivenciam e desenvolvem o seu agir social. Ao se considerar a pesquisa científica como produtora de conhecimento novo, torna-se relevante transformá-la teórica e socialmente e, sobretudo, de forma fidedigna. A tarefa da escolha e da definição do caminho metodológico não é uma tarefa fácil para o pesquisador. Na escolha do método, vários fatores são determinantes. A escolha errada da metodologia pode inviabilizar o projeto da pesquisa. Espera-se do pesquisador que ele seja capaz de demonstrar – segundo critérios públicos e convincentes – que o conhecimento que ele produz é fidedigno e relevante teórica e/ou socialmente. (LUNA, 1996).

A metodologia é o caminho e o instrumental próprio de abordagem da realidade, incluindo as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do investigador. (Minayo, 2004).

7.2. TEORIA INTERPRETATIVA

Utilizamos a teoria interpretativa da cultura definida por Geertz., por consideramos que a mesma favorece a oportunidade de refletir sobre os significados de práticas sociais como a que pesquisamos. Essa linha teórica propõe a interpretação das experiências que surgem das práticas simbólicas e dos discursos dos sujeitos que estão embasados na cultura da sociedade.

Clifford Geertz propôs em, seu livro *A Interpretação das Culturas*, um tratado de teoria cultural desenvolvido através de análises concretas, dois elementos determinantes: cultura e interpretação. Sua teoria substitui a ênfase de uma análise antropológica tradicional do comportamento e da estrutura pelo estudo dos símbolos, significados e mentalidades. Assim, na perspectiva desse autor, a Antropologia, como um conceito semiótico de cultura, deixa de ser uma ciência experimental na busca de leis, e passa a ser uma ciência interpretativa à procura do significado. A cultura é definida como as teias de significados que o homem teceu e nas quais ele enxerga seu mundo, sempre procurando seu significado.

PROCHNOW (2005:584), ao analisar a prática social do enfermeiro, assim apresenta Geertz:

“A teoria de Geertz sustenta-se nos parâmetros originários da antropologia simbolicamente interpretativa, embasados na hermenêutica, com uma construção intelectual fundamentada em uma atmosfera de diversidade, pluralismo e conflito, o que é

intelectualmente vital para uma disciplina". (PROCHNOW, 2005 p. 584)

Para GEERTZ (1978:15), o conceito de cultura é essencialmente simbólico e o comportamento é uma ação simbólica cuja preocupação analítica é entender o seu significado:

Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significado que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo estas teias e sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significado.

A cultura é pública. Embora sendo uma ideação, não existe na cabeça de alguém; embora não-física, não é uma identidade oculta. A cultura é um contexto dentro do qual os acontecimentos sociais, as instituições e os comportamentos podem ser escritos com densidade. Ela consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidos, ou seja, em sistemas entrelaçados de signos interpretáveis. A cultura é, portanto, pública porque o significado o é. O conceito de cultura - interpretar significados - é entendido como sendo um conceito semiótico.

GEERTZ fala que a etnografia é uma descrição densa como sendo as interpretações que se referem a uma descrição da mesma ação quando essa descrição é feita nos termos do vocabulário dos membros nativos da comunidade, segundo a familiaridade com o significado e com o caráter da ação descrita. Elas revelam o significado do ponto de vista do próprio sujeito que vive no lugar e não de um espião, ou de uma pessoa em situação de interpretação radical. Torna-se necessário que a análise "*penetre no próprio corpo do objeto*" conforme afirma GEERTZ (1978:25):

"Começamos com as nossas próprias interpretações do que pretendem nossos informantes, e depois passamos a sistematizá-las."

Descobrir os significados implica o estabelecimento de um contato mais próximo entre o pesquisador e o pesquisado e a possibilidade de um diálogo entre os mesmos. A interpretação dos significados que o grupo de profissionais dá à violência e à violência institucional é permeada nos seus discursos. Essas interpretações não se esgotam em si mesmas, mas elas constituem elementos para outras que poderão surgir. Na construção dos significados, interessa-nos desvendar o processo de construção de novas concepções simbólicas elaboradas pelos próprios depoentes.

Para GEERTZ, a vocação essencial da antropologia interpretativa não é responder às nossas questões mais profundas, mas colocar à nossa disposição as respostas que outros deram – apascentando outros carneiros em outros vales – e assim incluí-las no registro de consultas sobre o que o homem falou. A teoria interpretativa nos permite descobrir e interpretar, e não esgotar sua explicação em teorias já concebidas e fechadas.

Esse é o nosso propósito ao interpretar os significados que os depoentes deram sobre velhice, violência e violência institucional. Não pretendemos esgotar o tema, mas oferecer uma oportunidade de interpretação para a compreensão de uma temática tão densa e ampla em saúde pública. Vamos falar sobre o que eles percebem e sentem sobre a cultura existente na emergência onde desenvolvem a prática profissional. As interpretações dadas não se esgotam em si mesmas, mas constituem elementos para outras que poderão surgir. As interpretações são abertas e incompletas conforme Geertz nos lembra. Os significados também passam por mudanças e estão imbricados na compreensão da pesquisadora.

7.3. CAMPO DE PESQUISA

O Projeto de Reorganização da Atenção às Urgências e Emergência, produzido pelo Ministério da Saúde (2003:4), considera as situações de saúde que se apresentam cotidianamente como urgência. Os graves problemas observados na estruturação do sistema de atenção à saúde, para atendê-la com o grau necessário de eficiência e eficácia constituem-se como o mais importante problema de saúde em nosso país na visão dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores do SUS. O documento técnico produzido com o propósito de implantar o SAMU, assim evidencia o diagnóstico situacional:

As urgências no Brasil descrevem um quadro de necessidades sociais maiores que o conjunto de ações programáticas até o momento implantadas na área. No contexto do Sistema Único de Saúde, o histórico nacional da atenção às urgências tem se caracterizado como fonte de permanente tensão com a sociedade. Esta situação decorre de que, entre as dificuldades encontradas no processo de implantação do SUS, concernentes à efetivação de suas diretrizes, o capítulo das urgências, da reforma sanitária brasileira, é aquele que apresenta maiores insuficiências na descentralização, hierarquização e financiamento. A combinação desses fatos termina por lhe delinear perfil assistencial negativo e incompleto aos olhos da população, fundamentada a partir de vivências e opiniões expressivas de sofrimento e insegurança em relação à efetividade dos serviços de urgência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.4)

Escolhemos como campo de pesquisa o serviço de emergência de um hospital público da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo. Esse hospital geral se caracteriza por ser de grande porte, referência para uma importante e populosa região da cidade de São Paulo, onde há grande concentração de idosos. Segundo a CEINFO (Coordenadoria Especial de Informação da PMSP), 21,8% da população da região é composta por pessoas idosas.

A violência representa um ônus considerável aos serviços de saúde, manifestando-se de diversas formas nesses serviços, especialmente no quadro morbimortalidade e nos custos. Os profissionais de saúde também sofrem os impactos da violência no desenvolvimento da prática exercida nos serviços de saúde. Vários mecanismos são elaborados por eles para superarem o cotidiano marcado pela violência e urgência da vida.

Nos serviços de saúde, a emergência é a porta de entrada das vítimas de violência. Segundo DESLANDES , esses serviços têm suas especificidades:

Os serviços de emergência contemporâneos contêm uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde. Trata-se de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos (...) Essa idéia parece bastante apropriada a nossa realidade, pois sabemos o quanto os maiores problemas enfrentados pelos serviços de emergência dizem respeito aos hiatos e discontinuidades do nível de promoção de saúde, à ausência ou pouca efetividade dos serviços de atenção primária e secundária. (DESLANDES, 2002, p. 20)

SÁ desenvolveu pesquisa na emergência de um hospital público e considerou que esta porta de entrada é um espaço privilegiado para diversas manifestações dos processos de exclusão, violência social, banalização do sofrimento alheio e especialmente da indiferença dos menos desfavorecidos. Concordamos com o entendimento da autora que dá relevância ao campo de pesquisa escolhido:

“Portas abertas 24 horas por dia, podem sofrer os efeitos perversos da omissão do Estado em relação aos problemas sociais, do desinvestimento no sistema público de saúde e de sua crise de governabilidade”. (SÁ, 2005, p. viii)

7.4. OBSERVAÇÃO NO CAMPO

Depois da definição do campo de pesquisa e das providências aos encaminhamentos nos comitês de ética (Secretaria Municipal da Saúde e Hospital) para aprovação da sua realização, iniciamos pesquisa de observação na emergência do hospital com vistas a compreender o fluxo de atendimento: do idoso no serviço, bem como o processo de trabalho e a sua divisão e verificar como se dava a dinâmica de atendimento no serviço. A observação foi um período muito importante para a pesquisa na medida em que ofereceu a oportunidade de registrar, no Caderno de Campo, as impressões das vivências observadas na emergência.

Castilho (2005: viii) entende que a emergência de um hospital é um espaço privilegiado da demonstração da indiferença do Estado aos menos favorecidos e da fragilização da sociedade. Por sua vez, o desenvolvimento do trabalho na porta de entrada de um serviço de emergência, pode representar muitas fontes de sofrimento psíquico para os trabalhadores, principalmente quando se pensa sobre as violências.

A observação foi realizada durante um período de nove meses, uma vez por semana, no hospital, e registrada em um diário de campo.

A referência espacial dentro do hospital e na emergência foi a sala de serviço social, localizada no corredor central que leva à enfermaria de observação, lugar estratégico e de fácil acesso. Durante nossa permanência, a sala mudou de lugar, acompanhando a reforma física que havia sido iniciada nas dependências da emergência. A definição da minha base de referência no serviço social foi determinante no meu trânsito no hospital. Outros fatores determinaram e também colaboraram no processo da observação e conhecimento do campo de pesquisa. Destaco o fato de ser funcionária pública municipal e possuir um crachá que assim me identificava.

Transcrevo do Caderno de Campo a seguinte observação sobre o uso do avental branco:

Comprei um avental branco. Precisei dele para entrar na emergência e circular melhor pelo hospital. Com ele e o crachá posso entrar em todos os espaços. Ele me facilita, inclusive, a entrada pelas portarias e também a abordagem aos familiares e pacientes. No meu crachá funcional está descrita a minha função: assistente social. Essa é sem dúvida alguma a Em cada período de permanência, registrávamos o Censo Diário por Enfermaria, que ficava disponível na sala do Serviço Social para o acompanhamento dos pacientes que ficavam na Observação e que, em muitos casos, eram caracterizados como “internação” devido ao longo tempo de permanência ali. Podíamos confirmar pelo Censo as nossas observações visuais as quais identificavam o grande número de pessoas idosas. A título de exemplo, registro abaixo uma tabela que apresenta o número de pacientes internados na Observação do Pronto-Socorro por faixa etária:

Pacientes da Observação Adulta – Semana de 11 a 17 de Abril de 2008

DIA	Nº TOTAL DE PACIENTES	Nº DE PESSOAS IDOSAS	PERCENTUAL
11/04	48	16	33%
12/04	53	23	43%
13/04	63	23	36%
14/04	66	33	50%
15/04	64	32	50%
16/04	58	25	43%
17/04	44	18	40
TOTAL	396	170	42%

O expressivo número de idosos nas macas e leitos hospitalares é um fato extremamente visível, conforme o quadro acima. Outro fato associado ao grande número de idosos é a faixa etária deles. São idosos que têm a idade superior a 70 anos e não era raro encontrar nonagenários. Num determinado dia de abril, dos 19 idosos internados na Observação, 13 deles (68%) tinham mais de 75 anos. Esse fenômeno se repetiu constantemente na minha observação.

Realizamos, durante a observação, vários contatos com familiares, pacientes e acompanhantes. Observamos as condições que eram oferecidas aos acompanhantes e também os encaminhamentos dados às necessidades dos idosos.

Quem entra pela primeira vez na emergência encontra uma pouca de dificuldade para se orientar nos seus corredores e espaços de atendimento. A emergência do hospital localiza-se no andar térreo do prédio e ocupa aproximadamente 300 m². As características da planta, a localização dos serviços oferecidos, o espaço físico são insuficientes para a demanda. Há deficiências de sinalização e indicações de acessos. É dividida em vários setores: recepção, triagem, consultórios, salas de atendimento, de medicação, sutura, gesso, banheiros públicos, repouso médico, sala do serviço social, posto de enfermagem, almoxarifado, sala de urgência denominada pelos profissionais de “choque”, sala da chefia da enfermagem, etc.

Através da observação, verificamos que as pessoas idosas que buscam o serviço precisam passar pela segurança que as encaminha ao serviço que procuram. Caso não seja uma emergência são atendidas no balcão da recepção, para o preenchimento da ficha de atendimento. Posteriormente aguardam o chamado do médico em espaço destinado a esse fim na recepção. Após serem chamados, dirigem-se a um consultório de onde, após a consulta com o profissional, aguardam no corredor, em

frente ao posto de enfermagem para a medicação ou para as salas de procedimentos como gesso, inalação, ou encaminhados para exames. Os casos que necessitarem de observação são encaminhados ao serviço de enfermagem que procede à “internação” no setor de observação, onde teoricamente os pacientes deveriam ficar no máximo 24 horas.

No caso de emergência, a entrada do paciente se dá por uma porta específica, sendo encaminhado diretamente para a sala de atendimento específico e posteriormente segue o protocolo de atendimento.

O setor de observação normalmente é lotado, com várias macas espalhadas, inclusive pelos corredores. As nossas observações permitiram concluir que havia sempre mais pacientes do que a capacidade de atendimento, razão pela qual víamos sempre pacientes nas macas, pelos corredores, e, muitas vezes, em colchonetes espalhados pelo chão. Inúmeras vezes presenciamos adultos e idosos com expressões de sofrimento e abandono, deitados, sentados, ou encostados em lugares inadequados para as suas necessidades. O hospital passou, durante os meses que por lá estivemos, por reformas físicas estruturais. Na fase das entrevistas, a situação estava um pouco melhor em relação à do início da pesquisa.

7.5. SUJEITOS DA PESQUISA

Através das observações de campo, consideramos que seria importante entrevistarmos profissionais administrativos e de cuidados que têm contato direto com os usuários do serviço, a saber: porteiros, auxiliares administrativos, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e o responsável pela capelania. Apesar de não serem contratadas pelo serviço, ou por empresa terceirizada, as voluntárias

também deveriam ser incluídas na pesquisa, visto desenvolverem muitas atividades junto aos pacientes e seus acompanhantes. Consideramos também a possibilidade de entrevistar o pessoal da limpeza, pois apesar de não terem contato direto com os usuários circulam o tempo todo pelo setor e observam o atendimento.

Ao longo do período de observação, fomos “incorporadas” ao serviço, isto é, os diversos profissionais não estranhavam nossa presença na emergência. Selecionadas as profissões dos possíveis sujeitos de pesquisa, abordamos diversos profissionais das diversas categorias buscando seu consentimento para participar da pesquisa através de uma entrevista que seria realizada no próprio serviço, uma vez que a entrevista em ambiente fora do hospital mostrou-se inviável devido à falta de disponibilidade dos trabalhadores abordados.

Nem todos os profissionais convidados para participar da entrevista concordaram. Sentimos dificuldades com os profissionais médicos, especialmente quando explicávamos o propósito da pesquisa. Foram abordados quatro profissionais mas todos se recusaram a participar da pesquisa, mesmo sendo garantidos todos os direitos dos sujeitos da pesquisa: anonimato, desistência a qualquer tempo, etc. Insistimos e a recusa foi uma constante. Consideramos que a ausência desse profissional não prejudicou os resultados da pesquisa.

Alguns profissionais, como o pessoal da empresa terceirizada de limpeza e da segurança, por estarem ocupados no momento do convite, responderam que em outra oportunidade poderiam colaborar, porém quando renovávamos o convite, a resposta era negativa. Justificavam suas respostas dizendo que estavam ocupados e não tinham interesse. Outros responderam negativamente e disseram de forma veemente que não queriam participar. A presença do gravador para alguns desses foi o motivo da negativa.

Uma das entrevistas foi interrompida pelo próprio profissional que se recusou a continuar respondendo as questões pois não queria que a mesma fosse gravada. Entrevistamos uma profissional da limpeza. Não pudemos aproveitar o conteúdo das suas respostas, pois ela não parou sua atividade enquanto conversávamos, as respostas foram vagas, o som da gravação estava muito baixo e não nos permitiu a transcrição. Consideramos importante informar que a entrevistada mostrou-se pouco a vontade para responder às questões, dessa forma optamos por excluir esta entrevista.

Um profissional que desenvolve atividade de segurança na entrada da emergência e organiza a entrada dos pacientes e dos familiares no serviço concordou em participar da pesquisa, mas depois se recusou pois o seu superior hierárquico não permitiu que ele continuasse a entrevista.

Transcrevemos do Caderno de Campo as seguintes observações sobre a fase de entrevistas dos profissionais:

Uma funcionária do SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) saiu para almoçar. Disse que voltava às 15 horas e até agora, 15h30m, não voltou. Percebo que alguns não querem falar comigo, conforme aconteceu com o guarda-porteiro. Antes de sair para almoçar, ele disse que poderia dar a entrevista. Quando voltou do almoço, referiu que “a casa caiu”. Tentei entender o que isso queria dizer. Não foi muito claro, mas deduzi que alguém não deixou. Ele seria uma boa fonte da pesquisa. Fica sentado numa banquetta na porta e não deixa ninguém entrar sem que ele permita.

As entrevistas foram realizadas nos próprios espaços da emergência. Não havia nenhum espaço físico reservado para a entrevista, todas as salas são utilizadas para o atendimento da clientela que procura o serviço. Houve interferências dos barulhos ambientais, porém, eles não prejudicaram o resultado final da entrevista uma vez que o gravador utilizado tem recursos tecnológicos digitais.

Tivemos, no decorrer da pesquisa, um trânsito muito bom nas dependências da emergência e no relacionamento com a equipe de profissionais. Alguns fatores colaboraram para esse resultado. Talvez, o mais importante tenha sido o fato de ser assistente social. Ter a sala do serviço social como referência também facilitou o trânsito em todas as dependências internas e externas do hospital. O fato de ter sido estagiária no início da carreira profissional também nos favoreceu o trânsito físico. O hospital passou por algumas reformas, mas a planta do hospital não mudou muito.

Aceitaram fazer parte da pesquisa 16 sujeitos. São eles:

NOME	FUNÇÃO	IDADE	SEXO
Sangrando	Assistente Social	41	Feminino
Desabafo	Assistente Social	52	Feminino
Asa Branca	Auxiliar Administrativo	35	Masculino
Andança	Auxiliar Administrativo	40	Feminino
Construção	Auxiliar Administrativo	37	Masculino
Flor de Lis	Auxiliar de enfermagem	50	Feminino
Detalhes	Auxiliar de Enfermagem	58	Feminino
Sinal Fechado	Auxiliar de Enfermagem	44	Feminino
Roda Viva	Auxiliar de Enfermagem	55	Feminino
Vida	Auxiliar de Enfermagem	45	Feminino
Arrastão	Auxiliar de recepção	45	Masculino
Drão	Capelã	49	Feminino
Redescobrir	Enfermeira	44	Feminino
Cotidiano	Enfermeira	57	Feminino
Novo Tempo	Voluntária	57	Feminino

7.6. AS ENTREVISTAS

Para a obtenção do material discursivo optamos pela realização de entrevista com os sujeitos da pesquisa por a considerarmos esta uma das técnicas privilegiadas da pesquisa qualitativa e, por nos possibilitar a obtenção de dados que “se referem diretamente ao indivíduo entrevistado (...), suas atitudes, valores e opiniões” (MINAYO, 2004, p. 108)

Definimos a entrevista semi-estruturada como prática discursiva o que nos possibilitou estabelecer a comunicação com os depoentes. Utilizamos, como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada. O roteiro (anexo I) continha, na primeira parte, o nome, idade, local de trabalho na emergência e o tempo trabalhado no setor. Esse primeiro bloco refere-se à identificação dos entrevistados.

O segundo bloco de perguntas refere-se ao entendimento sobre velhice e envelhecimento. No terceiro bloco da entrevista, perguntamos o que é violência e se as pessoas idosas são vítimas de violência.

O quarto e último bloco continha a pergunta se o depoente sabe o que é violência institucional. Em seguida a essa pergunta, apresentamos o conceito formulado pelo Ministério da Saúde numa ficha própria e pedimos que o entrevistado lesse a definição e respondesse se ele concordava com ela.

As entrevistas foram gravadas e realizadas individualmente nas dependências da emergência. Os entrevistados não tiveram prévio conhecimento das questões. Antes do início da entrevista, apresentamos o objetivo e o procedimento da pesquisa. Garantimos a reprodução fiel de suas respostas, assegurando o anonimato e o direito à desistência inócua a qualquer tempo. Após os esclarecimentos, solicitamos a assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido.

7.7. A ANÁLISE

Definimos duas macrocategorias ordenadoras da reflexão acerca do objeto do estudo, delineando dois espaços de investigação que se interrelacionam e interagem entre si. A primeira se refere ao tema da “velhice” e a segunda se refere à “violência institucional”. A partir destas duas grandes categorias, agrupamos subcategorias para melhor entendimento do conjunto dos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa.

Procuramos na fase de análise da pesquisa, obedecer às seguintes etapas:

- Transcrição das entrevistas e ordenação dos dados
- Classificação do conteúdo das entrevistas por categorias e subcategorias
- Análise dos dados dos quais procuramos estabelecer correlação entre o conteúdo dos discursos. Nessa perspectiva, empreendemo-nos na discussão e diálogo, procurando entender as informações contidas nas falas dos depoentes.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1. VELHICES

A principal patologia da velhice é a nossa idéia da velhice.

James Hillman

A entrevista semi-estruturada elaborada ofereceu aos entrevistados a oportunidade de refletir o entendimento que eles têm sobre a velhice. Os valores sociais, os conceitos e os padrões determinados pela sociedade para definir a velhice podem ou não influenciar o entendimento que o grupo tem sobre. A velhice e o seu entendimento são frutos da produção do grupo social que a define como tal. Julgamos importante começar com o entendimento por parte dos entrevistados sobre velho, velhice e envelhecimento. Priorizamos essa forma porque a premissa básica desta pesquisa está associada ao tema da velhice e da violência institucional contra os sujeitos envelhecidos. Consideramos que os profissionais são sujeitos históricos capazes de construir e reconstruir os conceitos uma vez que os mesmos explicitam o pensamento da cultura onde estão inseridos. Consideramos ainda que a velhice é um conceito inserido em um período historicamente delimitado, numa determinada cultura e que perpassa o estatuto de um processo biológico que é inerente ao ser humano. DEBERT (1999, p. 102) ao analisar a alteração da velhice que passa da esfera privada e familiar para a pública, chama-nos a atenção para o seguinte:

“Estamos habituados a pensar nos preconceitos, estereótipos e discriminações através da idéia de profecias que se auto-realizam – as imagens negativas, as atitudes discriminatórias – acabam produzindo sua própria confirmação e, não temos dúvida, é uma tarefa fundamental desconstruí-las.” (DEBERT (1999, p. 102).

Estereótipo são os traços típicos de um grupo, categoria ou classe social que não contribui para o não reconhecimento da unicidade do indivíduo, da não reciprocidade, da não duplicidade e do despotismo em determinadas situações. Tais representações são rígidas e podem ser falsas. As características individuais com traços negativos de alguns dos sujeitos desse grupo etário são atribuídas a todos os indivíduos desse grupo. Portanto, envelhecer passar a ser considerado ruim, prejudicial, de menor utilidade, ou associado à incapacidade física e funcional.

A compreensão do envelhecimento humano, da velhice e da passagem do tempo cronológico ainda é um grande desafio para a sociedade. Essa compreensão é ainda um fenômeno ambíguo e paradoxal, conforme se evidenciará na interpretação da fala dos entrevistados.

MESSY define o envelhecimento como processo que se inscreve na temporalidade do indivíduo, do começo ao fim da vida. É feito de uma sucessão de perdas e aquisições, à maneira dos movimentos vitais, que começam com o nascimento e acaba com a destruição do indivíduo. (pg. 13)

A velhice, para o grupo de entrevistados, não é dada prioritariamente pelos parâmetros da idade cronológica. A velhice se dá muito mais pelas condições de saúde e sociais do que pelo grupo etário em que os sujeitos se encontram. Para LOPES, a imagem da velhice está ligada a atributos negativos que revelam um preconceito social que é expresso pelo “outro” e com o qual ele não se identifica (Lopes: pg. 143).

Para facilitar a compreensão, categorizamos o conteúdo das entrevistas por subcategorias na seguinte ordem: Velhice e dependência

- Velhice e doença
- A velhice que está apenas nos outros
- O medo da velhice
- A velhice é feia

- Velho é o que não serve prá nada
- A velhice boa
- A velhice é frágil
- Velho volta a ser criança
- Velhice desrespeitada
- Velhice e pobreza
- A velhice do hospital
- A velhice não desejada
- A velhice violentada
- A velhice que incomoda

8.1.1. VELHICE E DEPENDÊNCIA

O conteúdo das entrevistas realizadas com os profissionais associou velhice à incapacidade e à dependência e revelam atributos negativos que expressam as idéias e juízos de valor que possuem.

Velhice é quando a idade chega, quando começa a dificuldade física (Sinal Fechado).;

Velhice é quem depende de outra pessoa para viver. (Detalhes)

Velhice pra mim é uma pessoa que não consegue fazer as coisas, pelo menos suas próprias coisas sozinha; não consegue andar, não consegue lavar sua roupinha. Eu acho que isso é velhice. (Flor de Lis)

Velhice é uma pessoa que não consegue fazer as coisas. (Asa Branca)

A pesquisa Idosos no Brasil – Vivência, desafios e expectativas na Terceira Idade – realizada pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (SESC), ouviu dois grupos de pessoas: os idosos e os não idosos. Na pesquisa, avaliada quantitativamente, 75% dos não idosos e 76% dos idosos associam à velhice atributos negativos e estereótipos e mitos, principalmente à dependência física.

8.1.2. VELHICE E DOENÇA

Para os depoentes, a velhice é associada à doença, ao abandono e a atributos negativos:

As pessoas que chegam aqui são bem debilitadas. (Detalhes)

As pessoas idosas que vêm aqui é do tipo de velhice cheia de coisa, cheia de doença, abandono familiar, descuido, maus-tratos, entendeu, é tudo isso (Flor de Lis).

A depoente considera que há benefícios na velhice, mas ao considerar os velhos do hospital, separa o grupo. Quem vai ao hospital pertence a uma velhice diferente. A noção de estigma, segundo Mercadante (2005: 62), é bastante esclarecedora no sentido de auxiliar o entendimento da velhice. A velhice, no seu sentido estigmatizado, propõe uma avaliação ampliada a partir da aparência do corpo envelhecido – marcas visíveis – para a mente. Mercadante P. 62 Kairós.

Tem-se a concepção de que a identidade do velho com todos seus significados depreciativos é produzida e reproduzida principalmente na relação com o outro e pelo outro.

A depoente entende a velhice na seguinte perspectiva biológica e remete a perdas físicas e a doenças:

Velhice é a fase do aparecimento de doenças, o aparecimento de dores, é a perda de, como posso dizer, perda... Você começa a perder tudo, a ter dificuldade de andar, a ter dificuldade de enxergar, para mim é só perda e a gente não aceita. (Redescobrir).

O envelhecimento do corpo biológico nos remete a uma imagem não mais condizente com o ideal que guardamos.

Fica evidente, no discurso sobre a velhice, a perda da memória, a solidão, a diminuição das habilidades físicas e sensoriais. As qualidades atribuídas aos velhos, que vão definir o seu perfil identitário, são estigmatizadoras e são uma produção ideológica da sociedade (Mercadante, pg.63). A depoente representa a velhice como perda:

Velhice é quando perdemos tudo. (Arrastão)

A depoente representa a velhice como incapacidade e pobreza:

Velhice é uma pessoa carente. (Roda Viva)

8.1.3. A VELHICE QUE ESTÁ APENAS NOS OUTROS

É ambíguo o pensar sobre a sua própria velhice. A velhice do “outro” é muito mais fácil de ser explicada, conforme o depoimento abaixo. A depoente tem medo da velhice?

Você sabe que eu não pensei, nunca parei para pensar, eu sei que isso vai acontecer, mas eu estou tranqüila quanto a isso (Sinal Fechado).

Esse discurso faz-nos pensar em uma ilusão coletiva em que afirma que só os velhos envelhecem e que os velhos são sempre os outros. Para Messy, damos a entender que o envelhecimento apenas diz respeito ao velho, e como de todo modo o velho é o outro, estamos, portanto, fora da ameaça do tempo.

Uma das depoentes, com 58 anos, próximo do marco cronológico da entrada na velhice, assim se manifestou quando perguntada se já havia pensado na sua própria velhice:

Não. Não me preocupei com isso não. Ainda vai demorar a chegar. (Detalhes)

Indagada quando é que a velhice chegará, ela responde:

Daqui uns vinte anos. (Detalhes)

A velhice postergada para 20 anos remete-nos a pensar que não há uma vivência interna da velhice. Sempre se é velho a partir do olhar dos outros. Mercadante (pg.61) afirma que a surpresa que ocorre entre os sujeitos classificados como velhos se dá pela defasagem entre o corpo-aparência e a experiência interna vivida.

Simone de Beauvoir chama a atenção sobre a relação, eu e outro, fundamentalmente estigmatizadora, criadora de identidades de velhos. Ela afirma:

“É normal, uma vez que em nós é o outro que é velho, que a revelação da nossa idade venha dos outros. Não consentimos nisso de boa vontade. Uma pessoa fica sempre sobressaltada quando a chamam de velho pela primeira vez”. (BEAUVOIR, 1996, p. 353).

O velho é o outro, em quem não nos reconhecemos. No discurso atual, só os velhos envelhecem. “Não me vejo velho “ e, portanto, reconheço a velhice apenas no outro. A imagem da velhice parece estar fora e ainda que saibamos que é a nossa imagem, produz em nós uma impressão de estranheza.

MESSY (pg.27) nos lembra que três mortes nos sondam: uma morte social, conseqüente, para os homens à exclusão da atividade produtiva e para as mulheres o término do período fértil; uma morte psíquica como uma espécie de deposição do psiquismo que por sua vez anuncia a terceira

morte que ocorre pela decomposição da carne. Quando a doença e a morte são abordadas, é unânime a consideração de que a morte é preferível à invalidez que é associada à perda de autonomia.

Porque eu acho, eu já vivi uma vida muito sofrida. Eu digo que estou sozinha no mundo, eu não tenho ninguém. Eu tenho só a Deus. Imagina eu idosa, não posso nem imaginar. (Roda Viva)

8.1.4. O MEDO DA VELHICE

Para o grupo de entrevistados, a velhice é inevitável e apesar de acharem que não se deve morrer jovem, eles sentem medo de ficar velhos.

Eu tenho um pouco de medo da velhice. (Roda Viva).

E explica o porquê do medo da velhice, da dependência, da falta de rede de apoio na preocupação do cuidado consigo própria:

Só tenho filhos homens, então eu olho para eles e tenho minhas noras e tal. Eu sou muito útil porque eu sou uma pessoa muito ativa, tudo que eles precisam eu estou pronta, mas eu tenho medo de um dia eu precisar e não tenha quem me socorra. (Sinal Fechado).

A interlocutora expressa uma preocupação presente na vida de muitas pessoas: precisar de cuidados e não ter quem os faça. A família moderna passa por grandes e significativas mudanças que se associam aos cuidados dos mais velhos. Houve uma considerável redução no número de fertilidade em conjunto com a inclusão da mulher, tradicional cuidadora, no mercado de trabalho.

Uma entrevistada prefere não pensar na velhice. Assim ela se manifestou quanto à sua própria velhice:

Não penso na minha velhice, eu prefiro morrer antes. (Roda Viva).

8.1.5. A VELHICE É FEIA

DEBERT (1999, p. 200) confirma que o século atual recebeu e desenvolveu esta imagem negativa da velhice, sobretudo a fragilidade biopsíquica e a decadência. Isso aconteceu exatamente em uma época em que crescia a moral que valorizava os homens pela força física e capacidade de produção. Como resultado, a importância social dos idosos e as funções a eles atribuídas se tornaram praticamente inexpressíveis. Ressaltam-se nos velhos, apenas as perdas. Nunca enaltecem as conquistas.

Eu ouço falar é que uns velhinhos ainda dizem que a velhice é bonita. Eu não acho. É triste, muita tristeza. A velhice é feia. (Roda Viva)

8.1.6. VELHO É O QUE NÃO SERVE PRA NADA

Para o grupo de depoentes, velho está associado ao conceito de coisas antigas e ultrapassado pelo tempo:

Velho é velho (Sinal Fechado).

Velho é uma coisa velha. (Cotidiano)

Velho é uma coisa que já está ultrapassando o tempo. (Novo Tempo)

Velho é uma coisa, não falando de pessoas, é uma coisa arcaica. É uma coisa ao contrário do novo. Então, velho a gente pensa no velho, não é uma palavra bonita. (Sangrando);

Velho é uma pessoa que ela acha que nada serve; tudo para ela é ruim. Então, ela pode até ser jovem, mas a mente está velha, está ultrapassada. (Detalhes).

A entrevistada associa o velho ao descartável:

Tudo o que é velho é aquilo que a gente não quer mais, por exemplo, uma roupa velha que você dá ou joga fora. (Drão);

A entrevistada entende que a velhice é uma situação muito difícil:

Acho velhice uma situação muito difícil. (Arrastão)

Os significados atribuídos à velhice pelos depoentes refletem a forma como a sociedade pensa sobre a velhice em relação à saúde e à dependência. Ao abordar as alterações do envelhecimento prioritariamente sob o plano orgânico, LOPES nos lembra que facilmente se fixa o olhar na vida e nas perdas e não no processo do desenvolvimento (LOPES, 2007, p. 144).

Essa velhice está também cada vez mais presente numericamente e mais empobrecida:

Antes você não atendia pessoas que moravam no bairro (...) agora o atendimento da emergência e do ambulatório cresceu muito. É o morador do próprio bairro que ficou pobre. (Desabafo).

8.1.7. A VELHICE BOA

A velhice não é só biológica. Quando esse discurso é protagonizado pelos profissionais entrevistados, parece-nos que há uma idealização dos aspectos positivos, como por exemplo, a sabedoria, a inteligência e a experiência.

Eu acho que a velhice é uma coisa muito boa porque ela dá à pessoa a maturidade de uma vida inteira, a experiência e a sabedoria. (Drão).

A velhice é encarar a vida diferente, porque realmente a gente não enxerga a vida com sessenta anos com os mesmos olhos de quando você tem 20 anos. (Sangrando)

Velhice é somar conhecimento e experiência. (Cotidiano)

A cabeça não envelhece, mas o corpo sofre e não acompanha essa mentalidade. (Drão).

A velhice poderá ser uma oportunidade de corrigir os erros do passado conforme expressa a depoente:

Penso em cuidar dos meus netos, corrigir aquilo que eu não fiz para meus filhos, fazer tudo para os meus netos. (Andança)

A velhice também se representa na continuidade da vida futura na qual é afastada a idéia da velhice dependente dando lugar à velhice útil e participante:

Acho que minha velhice será assim... me imagino cuidando e zelando dos meus filhos e netos. (Novo Tempo)

Para mim, a velhice significa ter mais experiência, não é só a questão do tempo; tem mais experiência. Só que aqui no hospital, a gente vê que a velhice é diferente. (Drão)

A velhice não se representa apenas pelos aspectos negativos. Há, no conteúdo das falas dos depoentes, aspectos positivos no envelhecer:

Velhice é somar maturidades, somar conhecimento e experiência..(Vida)

8.1.8. VELHICE É FRÁGIL

Outra entrevistada, ao considerar a velhice como fragilidade, se comove com velhos e os compara com a criança que também precisa ser cuidada:

Sabe, criança e idoso, é uma coisa que me comove muito. Eu acho que as pessoas não têm dó de idoso. O idoso é discriminado, chega uma pessoa e fala assim: ah! “É velho” (Roda Viva).

Seu sentimento de compaixão pelo ser frágil é tão profundo que ela se manifesta dizendo que eles precisam de carinho. Nesta sua concepção está muito presente a generalização na velhice:

O idoso é uma pessoa que merece muito carinho. Eles são realmente muito carentes. (Roda Viva)

8.1.9. VELHO VOLTA A SER CRIANÇA

Para a interlocutora, o idoso volta a ser criança. Esse mito é muito presente no imaginário coletivo que afirma que “*idoso volta a ser criança*”. Exprime-se no seguinte discurso:

Eles passam a ser crianças novamente. (Novo tempo)

Novo Tempo justifica sua concepção de velhice ao comparar a velhice da sua mãe de 78 anos e chama atenção sobre a mudança de papéis. Ela passa a ser a cuidadora da sua mãe e inverte os papéis:

Eu digo isso pela minha mãe que agora é idosa. Agora, parece que eu mando nela. Entendeu? Ao invés de ela mandar em mim, quem manda nela sou eu. Mãe: não é assim; você vai por esta roupa, não está bonita esta aí! (Novo Tempo)

8.1.10. VELHICE DESRESPEITADA

DEBERT nos aponta quatro elementos fundamentais na construção de uma imagem do velho brasileiro como vítima do sofrimento: explosão demográfica com o aumento dos gastos públicos para atender às demandas da população idosa; crítica ao capitalismo e à forma como ele é organizado no sistema brasileiro; a cultura brasileira que valoriza o jovem e o novo e à ineficiência do Estado. Para a autora, o velho é um ser humano discriminado, inativo, vivendo em condições precárias e em situação de perda do status, do prestígio e das relações funcionais decorrentes do trabalho (p.202).

O depoimento abaixo corrobora com essa idéia:

Eu acho que a velhice no Brasil é uma coisa muito triste porque as pessoas idosas não têm valor; elas não são valorizadas, contrário ao que acontece na Europa. Por exemplo, o idoso lá tem grandes privilégios. Tudo é voltado para eles. Eu acho que no Brasil a velhice é uma coisa muito triste e desrespeitada. (Drão).

8.1.11. VELHICE E POBREZA

A velhice que se apresenta no hospital é, para o grupo de depoentes, muito frágil e dependente. Uma entrevistada resume da seguinte forma a velhice desvelada na emergência do hospital:

Eu descrevo assim, pelo menos aqui no hospital: muito dependente, não só fisicamente, mas também financeiramente. É pobre e sem saúde. Todos que eu vi, todos que passam por aqui são pobres. (Sangrando)

8.1.12. A VELHICE DO HOSPITAL

Neste outro discurso, apresenta-se a responsabilidade individual pelo envelhecimento mal sucedido. Não houve o preparo para a chegada velhice. O que é preparar-se para o envelhecimento?

São idosos que não se preparam para envelhecer e hoje eles já chegam aqui com a doença já acometida... entra muita gente num processo de AVC (Acidente Vascular Cerebral) que a gente percebe que está naquela fase de envelhecimento (Redescobrir).

As pessoas idosas que vêm aqui é do tipo de velhice cheia de coisa, cheia de doença, abandono familiar, descuido, maus-tratos, entendeu, é tudo isso. (Flor de Lis).

Aqui não tem outra velhice não. A maioria é abandono de família, falta de cuidado, falta de memória, de dinheiro, de tudo. (Sinal Fechado).

Eles amadurecem muito rápido, não é a idade, mas a cabeça. Eles estão detonados, acabados. (Sinal Fechado).

8.1.13. A VELHICE NÃO DESEJADA

A percepção da velhice dependente e doente é tão forte que a entrevistada assim se sente incomodada:

É de dá dó. Eu fico pensando: ah meu Deus! Se eu ficar assim... Isso me incomoda muito. (Sinal Fechado).

Esta manifestação da velhice com a qual os interlocutores se relacionam na prática diária não é a velhice que eles gostariam de viver para si:

Não é a velhice que a gente quer para a gente (Sinal Fechado).

A feiúra a deterioração do corpo - associa o velho à incapacidade, mudez, cegueira, surdez, e estas produzem paralisação, restando-lhes as faltas: falta de saúde, falta de trabalho, falta de atividade, falta de companhia, e principalmente, falta de desejo. A feiúra se torna assustadora e a repelimos. (DOURADO p.12). Não a queremos para nós. Essa é uma representação muito forte da velhice na sociedade. Isso traz um impacto muito grande nas nossas ansiedades e inquietações individuais. Assim sendo, segundo DOURADO (p.13) podemos afirmar que a velhice, apesar de alguns discursos contrários, ainda é encarada como um dos mal-estares da nossa cultura.

Talvez ela possa pensar como a outra depoente “é melhor morrer mesmo, sem ficar envelhecido”, conforme nos lembra MESSY:

“Antes morrer do que acabar assim entoa o coro dos jovens ou das pessoas com saúde, como se esse fim não fosse também uma forma de viver e morrer. Mas, por trás desses votos, sumamente inocentes, pois não obrigam a quem os pronuncia, disfarçar-se o desejo de destruir este outro insuportável.” (MESSY, pg. 27).

Para MONTEIRO (2008, p.7) envelhecer é verbo, ação, continuidade. Envelhecer é transformação do sujeito na sua temporalidade. Portanto, envelhecer ou morrer, eis a questão do sujeito na sua trajetória humana. Eurípedes, citado por Platão indaga: quem sabe se viver não é morrer, e se morrer não é viver? (pg.17).

A velhice não pode atingir a alma. (Arrastão)

A velhice pode também estar associada a um fenômeno que não acontece no corpo, mas na cabeça. Essa representação se resume em máximas populares que afirmam que a cabeça está boa e que velhice é uma questão de cabeça. É a negação de que a pessoa idosa não existe. O que determina a velhice é a mente, independente da idade cronologia que se tenha.

Eu acho que a velhice está na cabeça e não no corpo. (Asa Branca)

Contudo, DEBERT aponta que é preciso ver que as previsões proféticas podem tornar as próprias profecias irrealizáveis. A plausibilidade dos cenários que montamos para o futuro da velhice dependerá muito do modo como os indivíduos são convencidos de qual pode ser o seu destino e das práticas por eles postas em ação, em função dessas previsões. Pg. 253.

O conteúdo do discurso seguinte nos faz pensar que a velhice é uma responsabilidade do próprio sujeito. Dourado nos lembra que o velho não

deve ser pensado apenas como produto da responsabilidade individual ou da deformação decorrente do desgaste do corpo, uma vez que é preciso considerar as implicações engendradas pelos fatores físicos, sociais, culturais e psicológicos.

Não. De jeito nenhum. Nossa, eu vejo pessoas aqui com cinquenta e poucos anos e que você acha que tem setenta, mesmo elas são descuidadas com elas, entendeu, elas não têm esse cuidado de saúde, de físico, cuidado nenhum. (Sinal fechado)

MERCADANTE (2005, p.23) assinala que a velhice é uma questão complexa por não haver uma resposta simples a ser buscada e, tampouco, um conceito chave, que abra as portas, que consiga analisar situações psíquicas, existenciais, sociais, econômicas e políticas. A interpretação dos significados dos discursos desta pesquisa nos sinaliza que há uma diversidade e pluralidade na compreensão das formas de viver e identificar a velhice com seus significados e formas. A diversidade analisada revela a heterogeneidade da velhice, evidenciando-a como uma situação complexa. MORIN afirma:

A totalidade é a não verdade. O todo está na parte, que está no todo. Podemos enriquecer o conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, em um mesmo movimento produtor do conhecimento. (MORIN, 1996, p.107)

8.1.14. A VELHICE VIOLENTADA

Os interlocutores foram convidados a pensar se as pessoas idosas são vítimas de violência. Para eles, a violência à pessoa idosa é visível e nos pareceu que é revelada no cotidiano. Os profissionais entrevistados identificaram com facilidade as diversas formas de violência que a pessoa

idosa sofre na vida social e, muitas vezes, na emergência do hospital em que eles vão procurar ajuda.

Na interpretação do discurso do conteúdo dos entrevistados, evidencia-se uma comiseração para os mais velhos que se apresentam como carentes, abandonados e negligenciados por suas famílias. O idoso é a vítima de uma conspiração que não o reconhece e nem o valoriza, segundo o relato dos profissionais. São referidas, diversas formas de violência. O depoimento abaixo relata a violência física sofrida e, ao mesmo tempo, revela os agressores: os membros da própria família.

Aqui? Dentro do hospital, pessoas que torcem o braço do idoso. É. Eles chegam para a gente e falam, minha filha, ou meu filho, minha nora, torceu meu braço. (Desabafo)

Muito, eles são muito carentes. (Flor de Lis)

E de tudo, tudo, a pior violência é essa, eles são muito carentes de atenção, de cuidado, e a gente vai contornando, dando um jeitinho. (Sinal Fechado)

8.1.15. A VIOLÊNCIA QUE INCOMODA

Violência produz sofrimento. Provoca indignação e muitas vezes incômodos. A interlocutora relata como são os idosos que se apresentam no hospital e aponta para um espelho no qual ela tem medo de se reconhecer e, por isso, gera um incômodo. A velhice, associada à violência, é um repertório no qual ela pretende não ser refletida: *ah meu Deus! Se eu ficar assim.*

Que a gente percebe aqui, não tem outra, a maioria é o abandono da família, falta de cuidado, falta de moradia, de dinheiro, e principalmente eles amadurecem muito rápido, não é a idade, mas a cabeça, eles estão detonados, acabados. É

*de dar dó, eu fico pensando ah meu Deus se eu ficar assim...
Isso me incomoda. (Sinal Fechado)*

Para MESSY (pg. 24), a velhice é o encontro inopinado do imaginário e do simbólico, portadores de imagens negativas. Quem é este velho, que se apresenta na minha frente, abandonado, com falta de cuidado, falta de moradia, de dinheiro e mais grave, detonado? Será que eu serei parecido com ele? Será o velho, vítima de violência, uma imagem de si mesmo que vai se confundir com a imagem que o outro focaliza? É nítido o incômodo da depoente. Ela não quer essa velhice para si e, por isso, o incômodo referido.

Ensaio sobre a cegueira

“Aqui não há ninguém a falar de organização, disse a mulher do médico ao marido, Talvez a organização seja noutra praça, respondeu ele. Continuaram a andar. Um pouco adiante a mulher do médico disse, Há mais mortos no caminho do que de costume, É a nossa resistência que está a chegar ao fim, o tempo acaba-se, a água esgota-se, as doenças crescem, a comida torna-se veneno, tu o disseste antes, lembrou o médico. Quem sabe se entre esses mortos não estarão os meus pais, disse a rapariga dos óculos escuros, e eu aqui passando ao lado deles, e não os vejo. É um velho costume da humanidade, esse passar ao lado dos mortos e não os ver, disse a mulher do médico.”

José Saramago

8.2. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Optamos utilizar, como referência teórica nesta pesquisa, o conceito de violência institucional definido na Cartilha editada pelo Ministério da Saúde (2002:21) por ser esse órgão o gestor maior da política pública de saúde no Brasil.

O conceito elaborado pelo Ministério da Saúde recorre a exemplos para explicitar melhor a dimensão enunciada. São dez exemplos de atitudes e práticas que alargam a compreensão do conceito. Agrupamos as falas dos entrevistados por categorias com base nos exemplos mencionados pelo conceito do Ministério da Saúde. No conteúdo das falas dos entrevistados e nas observações de campo, não foram identificados todos os exemplos enunciados no conceito, como por exemplo, a “desqualificação do saber prático, da experiência de vida diante do saber científico”. Além das categorias enunciadas pelo conceito, incluímos ainda outras por considerá-las complementares aos exemplos mencionados no conceito.

A análise interpretativa das falas dos sujeitos entrevistados obedecerá à sequência dos exemplos enunciados no conceito do Ministério da Saúde. As categorias analisadas são as seguintes:

- O encontro com o termo “violência institucional”
- Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento
- Falta de escuta e tempo para a clientela
- Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência
- Maus tratos dos profissionais para com os usuários motivados por discriminação
- Detrimento das necessidades e direitos da clientela
- Proibição ou obrigatoriedade de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos
- Despersonalização dos sujeitos

- Organização do trabalho
- Relação de poder desigual
- A Escolha de Sofia
- Os trabalhadores da Saúde
- Idoso é mais vulnerável à violência institucional
- Quem são os agentes da violência institucional
- Há o descaso também

8.2.1. O ENCONTRO COM O TERMO “VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL”

O grupo de entrevistados, quando indagado sobre a compreensão do que seria “*violência institucional*”, manifestou o desconhecimento do termo:

Eu nunca ouvi; eu não sei. (Sinal fechado)

Não, o que quer dizer isso? (Detalhes)

Não! (Flor de Lis)

Não! (Drão)

Observamos que o grupo de entrevistados detém o saber e a habilidade técnica para a prestação dos diversos serviços que a emergência propõe a oferecer aos usuários. Quando indagados sobre a violência institucional, o conceito em si não era elaborado e claro para eles. Não observamos nenhum constrangimento em nenhum dos profissionais quando responderam negativamente se já tinham ouvido falar em violência institucional. As respostas foram espontâneas.

Ao oferecermos o conceito elaborado pelo Ministério da Saúde transcrito numa ficha para os interlocutores lerem, o conceito deixou de ser estranho para os profissionais da emergência. O significado formal era

desconhecido, mas os trabalhadores possuíam o conhecimento e a experiência. A expressão facial, o balançar afirmativamente da cabeça e outras expressões físicas evidenciavam que eles sabiam na prática o que era e, dessa forma o assunto transpunha do desconhecimento manifesto inicialmente para a realidade prática:

Infelizmente, eu vejo muito isto aqui. (Sinal Fechado)

Infelizmente, é assim mesmo que acontece aqui. (Arrastão)

Infelizmente é o que a gente mais vê. (Redescobrir)

Acontece. (Sangrando)

Desses tópicos eu acho que 90% acontece, falando daqui do hospital (...) olha noventa por cento acontece aqui dentro. (Vida)

Tem isso, isso a gente escuta muito, pessoas que não dão atenção. (Desabafo)

Na verdade, todos esses itens, tudo, tudo isso a gente vê com frequência. (Flor de Lis)

Aqui tem isto, sabe parece que é sofrimento mesmo, frieza, falta de atenção. (Redescobrir)

Acho que sim, pelo pouco que eu vejo aqui sim. (Andança)

Uma das entrevistadas reconhece a existência da violência institucional. Ela revela o desconhecimento do nome dado a estas práticas:

É que eu não sabia que davam esse nome. Pior que é verdade. Não sabia que dava essa palavra, mas existe mesmo. (Arrastão)

Por outro lado, a interlocutora Novo Tempo afirma que a prática existe em todo lugar de atendimento. A interlocutora sugere que essa é uma prática corriqueira e não manifestou estranheza quando nomeada.

Tem em qualquer lugar de atendimento. (Novo Tempo)

D'OLIVEIRA (1996:146), ao estudar gênero e violência nas práticas de saúde indagou se os serviços de saúde também são agentes da violência:

Estariam os serviços, realmente, livres de violência exercida no resto do mundo da vida? Não poderíamos pensar que, além de atender as vítimas, os serviços de saúde, parte integrante da mesma sociedade, cometem também violências?

O conjunto das falas seguintes responde à questão levantada e revela a existência da violência institucional no serviço de saúde pesquisado:

É uma realidade, é um conceito bem real, pode ser que não ocorre no conjunto todo, mas em alguns tópicos, aí sim. (Sangrando)

Isso aqui a gente vê muito. Críticas de agressões dirigidas a quem grita ou expressa a dor com o desespero. (Andança)

Então, na realidade eu acho que é muito disso mesmo, eu acho que isso existe sim, a questão da negligência, maus-tratos de profissionais, isso tem aqui no hospital. (Desabafo)

A fala da entrevistada abaixo é incisiva e conclusiva sobre a ocorrência da violência institucional:

Eu acho que a grande maioria disso realmente ocorre sim (...) acho que existe muito disso; você cita tudo englobado aqui, mas eu acho que existe sim, eu acho assim, a partir até deste primeiro: peregrinação por diversos serviços até não receber atendimento, isso é notório. (Desabafo)

A entrevistada amplia a noção de violência ao considerar que violência é o que ultrapassa o limite de tudo. Ela amplia o entendimento do termo violência e revela a noção de dano, de prejuízo:

Violência é aquilo que ultrapassa o limite de tudo. Você prejudica a pessoa de alguma forma. Física ou emocionalmente, para mim isso é violência. Prejudicar a pessoa de alguma maneira. (Detalhes)

8.2.2. PEREGRINAÇÃO POR DIVERSOS SERVIÇOS ATÉ RECEBER ATENDIMENTO

A peregrinação é a negação do direito de acesso aos serviços de saúde de forma equânime e adequada. É um conceito que representa a desigualdade no uso dos serviços de saúde, na atitude de procurá-los e obter o acesso, bem como de se beneficiar com o atendimento pretendido. A peregrinação é o deslocamento desnecessário do usuário nos serviços de saúde até que ele encontre ou não o atendimento para as suas necessidades. A peregrinação pode ocorrer dentro de um serviço específico, como por exemplo, um hospital, uma unidade básica de saúde ou no conjunto de serviços que o sistema oferece num determinado território. Um dos grandes desafios dos gestores de saúde é a distribuição espacial dos serviços no território de forma que a clientela possa utilizá-los de forma harmoniosa e equitativa. Muitos serviços de saúde estão concentrados em determinadas regiões e, por esta razão, tornam-se mais acessíveis a quem está próximo do que àqueles que estão mais distantes e que têm que se deslocar até o serviço oferecido.

Os interlocutores relatam, nas suas falas, as dificuldades que os usuários têm no atendimento das suas necessidades fora e dentro do serviço de saúde pesquisado. O conceito de peregrinação é amplamente

absorvido pelos profissionais que têm a compreensão interna do seu significado:

A peregrinação é o paciente indo para lá e para cá e não sabe aonde vai. (Arrastão).

Então isso aí pra mim é, o povo fica indo para lá e para cá. (Sangrando)

Aí vem aqui e não é aqui que faz. Manda para o posto. O posto não faz, quer dizer, então é um tal de jogar para lá e para cá, e ninguém faz o atendimento. (Roda Viva)

É peregrinação mesmo (...) Já é violência. (Asa Branca).

A entrevistada explicita o seu entendimento sobre a peregrinação e recorre à falta de informação ou à informação errada que os usuários recebem no serviço como causador do deslocamento desnecessário nas dependências do hospital:

Outra violência que eu acho que tem, o pessoal tem um centro de triagem. Aqui é a entrada do pronto socorro, deveria ser só ambulância, essas coisas, emergência, só que as pessoas chegam lá no início, lá onde tinha uma guarita. As pessoas sobem, sobem a rampa todinha, até a porta, chegam aqui e dizem: preciso passar num clínico e não sei onde é. Ainda respondem: o clínico é do outro lado. (Sinal Fechado)

A interlocutora Sinal Fechado descreve o sentimento que o usuário tem quando não recebe as informações e orientações que ele foi buscar, justifica a revolta do usuário e apresenta soluções que poderiam evitar a violência:

A pessoa desce já revoltada porque já fizeram ela subir até aqui. Devia ter uma informação lá embaixo. Uma pessoa para explicar, perguntar: 'você vai aonde?'. Se a pessoa está caminhando, ela não precisa de pronto socorro. Agora se a pessoa vem de ambulância já é outra coisa. Mas, se ela veio

caminhando de lá para cá, ela pode caminhar até lá, mas senão, não deixar ela subir até aqui para falar 'olha, você tem que dar a volta'. (Sinal Fechado).

A entrevistada considera que o serviço de saúde onde trabalha tem responsabilidade na peregrinação porque disponibiliza informação de má qualidade aos usuários:

Às vezes eu acho até que ele vai sem atendimento porque a informação aqui é péssima. Então o que acontece, cada um manda para um lugar, igual agora o atendimento do clínico é como ele falou, chega aqui e o que acontece? Vai para o posto. Aí não informam direito, aí vem para cá e não é pronto socorro aí a gente manda para o AMA. Lá joga para cá e fica naquela coisa entendeu. Ai acaba que vai embora mesmo, acaba indo embora sem atendimento. (Asa Branca).

A “*informação aqui é péssima*”. Essa é a avaliação da entrevistada. Quem seria responsável por isso? Seus colegas de trabalho que não informam com informações precisas ou é o processo de trabalho que não prevê a necessidade de informar?

Ela considera esses procedimentos como “*violência básica*” dando a entender que ela é muito frequente, ou mínima, e talvez faça parte de um cardápio extenso de violações dos direitos:

Isso eu acho uma violência básica (...) porque se a pessoa chega ali e pergunta e dali ela já vai para dentro, e isso já causa problema para a gente aqui, é peregrinação. (Sinal Fechado)

A peregrinação é algo comum a todos os usuários, mas no caso das pessoas idosas há ainda um agravante. Asa Branca informa que muitos idosos ficam perdidos nas dependências do hospital. Ela considera que a presença de um acompanhante facilitaria o trânsito do idoso:

Muitos idosos que vêm aqui ficam perdidos, quando vem com alguma pessoa acompanhando tudo bem, mas quando não vem, fica perdido. (Asa Branca)

O comentário da entrevistada está sustentado na crença de que pessoas idosas são frágeis e dependentes e, por isso, ficam perdidas e, portanto, necessitam do auxílio de um acompanhante que intercederá e também o encaminhará nas suas necessidades.

Ao continuar a sua reflexão, fica evidente que os idosos não têm discernimento. Isso é um preconceito, pois ela generaliza todo o grupo de idosos como sendo aquele que não discerne. Há idosos que não têm discernimento, mas isso não pode ser generalizado para todos os idosos.

Ela se inclui no grupo que tem o entendimento e localiza os idosos no outro grupo que não tem o discernimento e, por isso, considera-os como coitados, fazendo assim uma distinção fundamentada no pensar contrastivo: eu e o outro.

Porque se nós que temos discernimento para ver tudo, a gente fica perdido, imagina o idoso, coitado (...) se a gente que é bem mais novo e que pode brigar pelos nossos direitos. (Asa Branca).

A entrevistada chama a atenção para alguns idosos que reclamam. Mas não são todos. O foco da sua fala está mais concentrado naqueles que são “coitados”, os que não sabem ou não podem reclamar. Esses são dignos de dó. Eles são de uma categoria inferior, despossuídos da cidadania e do direito:

Têm uns que metem a boca também; mas tem uns deles, coitado, que dá até dó, ou seja, vai embora, do jeito que qualquer um aqui vai. (Asa Branca)

A interlocutora reconhece que a informação é ruim para todos, mas do seu ponto de vista, a pessoa idosa sofre mais com esse problema que se agrava pelas suas limitações:

Vai embora porque a informação é muito ruim, então eu acho que principalmente para o idoso, porque a gente ainda pode se locomover, lidar com as coisas, ele não. Então eu acho que deveria ter um atendimento direcionado a eles. (Asa Branca)

Outra forma de peregrinação é provocada pelos outros serviços da rede que não têm a informação para o encaminhamento dos usuários, segundo o relato da interlocutora que sugere a inoperância do sistema que não se comunica com os demais pontos da rede:

Por exemplo, eles vem do posto de saúde com uma solicitação de raio-x, só que ele tem que agendar no posto de saúde, através do sistema SIGA que eu não sei se está funcionando. Mas, eles vem para cá, então o que acontece, o próprio posto de saúde manda: 'vai para o pronto socorro', aí eles vem para cá, chega aqui, passa num tal de CEDEC e não pode fazer esse agendamento, porque o CEDEC é para agendar consultas daqui do pronto socorro e do ambulatório. (Desabafo)

São apresentadas as dificuldades dos demais usuários que dependem dos serviços e não têm a informação prévia. É o caso do INSS, conforme cita a entrevistada, que não esclarece ao beneficiário a qual serviço deverá se dirigir. A falta de informação leva o beneficiário ao hospital sem as devidas orientações:

Por exemplo, o pessoal vai fazer uma perícia do INSS que solicita, por exemplo, um exame, uma ressonância, uma tomografia para efeito da pessoa continuar recebendo o benefício. Eles pedem: precisa de um ultra-som do ombro. Mas onde eles vão fazer onde? Não tem indicação nenhuma

*para onde vai ele deve ir. Ai eles vem para o hospital.
(Sangrando)*

Outra dificuldade apontada é a distância geográfica que o usuário percorre.

Por que você vai fazer uma pessoa sair de Guaianazes, e vir aqui para agendar um raio-X? Eu acho uma violência. (Sinal Fechado).

A entrevistada aponta para falhas no SUS no que diz respeito à regionalização da assistência, ao sistema de referência e contra-referência, à falta de unificação de serviços estadual e municipal:

A pessoa vem com uma guia lá do pronto socorro da região que é estadual (...) . mas é saúde do mesmo jeito. Não é tudo sistema único? Então por que o que é feito no hospital do Estado não pode ser feito no hospital da prefeitura e por que o que se faz na prefeitura não se faz no Estado? (Sinal Fechado)

Observa-se na fala da interlocutora abaixo que ela responsabiliza o próprio usuário pela peregrinação que faz nos serviços de saúde. Talvez haja da sua parte um entendimento de que os usuários gostam de peregrinar pela cidade em busca de atendimento. Vemos no conteúdo da sua fala que ela protege os seus colegas e também exclui os idosos do grupo que tem culpa:

O povo também tem culpa nisso, agora no caso dos idosos não. O povo mais novo já tem condições e gosta de por a culpa em todos nós. (Drão)

DESLANDES (2002:147) considera que a violência, imposta pelo processo de trabalho em saúde, desencadearia nos profissionais de saúde uma ação que reproduz (em outros níveis) a violência, seja pela agressividade, seja pela negação da legitimidade do sofrimento dos

pacientes. Ela considera que as estratégias de defesa frente ao sofrimento gerado pelo trabalho podem funcionar como armadilha que insensibiliza contra tudo aquilo que faz sofrer e contra o próprio sofrimento humano, sendo capaz de “atenuar a consciência moral em face do sofrimento infligido a outrem” e de criar um “estado de tolerância ao mal”.

8.2.3. FALTA DE ESCUTA E TEMPO PARA A CLIENTELA

A escuta qualificada é a capacidade do profissional de dialogar e interagir com os usuários de modo que possa perceber as suas necessidades, suas demandas e interpretá-las. Não se refere apenas a escutar o que ele fala, mas a ter uma atitude de diálogo e troca que favoreça o ir e vir ao encontro das suas necessidades. É ver, escutar e sentir. A escuta requer do profissional a capacidade de não julgar o outro e, dentro do possível, afastar-se o máximo possível das suas verdades e respeitar o outro na sua diferença.

A entrevistada reconhece a falta de tempo que o profissional tem para dispensar ao usuário e reconhece que um ou outro pode não ser bem atendido:

O que se encaixa mais é a falta por tempo. Você vê, eu mesma, é que agora está calmo aqui, tem horas que são quatro, cinco pessoas para você atender. Aí acho que sempre tem um que sai desmerecido. (Roda Viva)

A entrevistada responsabiliza a classe médica e da enfermagem como principais agentes da falta de escuta qualificada que não permitem ouvir as necessidades dos usuários. Para ela, é falta de caráter:

O que eu vejo isso é na classe médica e na enfermagem. Há alguns profissionais que separados quando você conversa

você vê que é por um caráter pessoal, não por formação, (...) e pessoa que não se dispõe a conversar, que não se dispõe a atender. (Andança).

Ela entende que a razão para tais condutas é o saber técnico, o poder, o domínio do conhecimento:

Parece assim que é o poder do saber, sabe, do domínio, o dono do lugar. Então assim, acho que é mais assim realmente a enfermagem. (Andança).

As famílias dos pacientes têm uma importância muito grande nas relações com os trabalhadores da saúde dentro de um hospital. A depoente relata as dificuldades que se tem no estabelecimento harmonioso da relação entre familiares e a instituição e a intermediação que precisa ser feita quando a família precisa de uma informação sobre o paciente. Ela refere a dificuldades que algumas categorias profissionais têm em relacionar-se com familiares.

O contato com a família, sabe, parece que é um favor que vai fazer, e não é. Então você tem que pedir, o senhor pode fazer o favor de conversar com a família x ou y. (Desabafo)

E lembra o direito que a família tem à informação:

Toda a família tem o direito de saber o que está acontecendo com o seu familiar. (Desabafo)

O discurso chama a atenção para a importância de o profissional colocar-se no lugar da família que está precisando de informações sobre seu familiar:

Se a pessoa se colocasse na posição do outro eu tenho certeza que não agiria daquela maneira porque essas pessoas se tiverem no inverso vão ser as primeiras a cobrar. (Desabafo)

O conteúdo da entrevista abaixo chama a atenção para outro assunto de grande importância. Muitas das violências que as pessoas idosas sofrem não são levadas em consideração pelos profissionais que não escutam suas queixas quando relatam que sofrem violências. Talvez seja mais fácil explicar que aquilo “é esclerose” conforme a interlocutora comenta:

Ninguém dá muita atenção por ela ser idosa, então os médicos mesmo não querem fazer o papel de agressão (Ficha de Notificação) pra gente; falam que ela está esclerosada, fala que tem filhos e cuidadores de idosos que aproveitam que a sociedade acha que está esclerosada, e não dá atenção no que o idoso fala. Então é como não dar atenção para uma criança que relata que está sendo espancada, então eles acham que a mente deles é fantasia, que eles estão fantasiando isso, tudo bem, tem casos e casos, mas eu já peguei muitos aqui que eu acho que foi uma agressão muito grande, de hematomas, escaras. (Desabafo)

8.2.4. FRIEZA, RISPIDEZ, FALTA DE ATENÇÃO, NEGLIGÊNCIA

As condutas negligentes e abusivas de alguns profissionais podem estar fundamentadas no entendimento que a sociedade tem sobre a velhice. Esse entendimento exerce influência na prática, de forma consciente ou inconsciente. Se a sociedade não respeita e não valoriza o sujeito envelhecido, quem trabalha com ele poderá traduzir na sua prática ações que reforçam a discriminação e o preconceito. Os valores sociais construídos e exercidos na vida social sobre a velhice podem predispor alguns profissionais a tratar os idosos como “cidadãos de segunda categoria”.

A entrevistada considera que isso acontece na prática:

Frieza, falta de atenção, negligência, tudo isso acontece. (Desabafo)

Fica evidente na fala da interlocutora o incômodo que lhe causa o comportamento de colegas de trabalho que não respeitam as pessoas:

Infelizmente eu tenho vergonha de algumas pessoas que trabalham aqui, porque você acaba vendo do outro lado igual a elas, você consegue diferenciar um do outro trabalhando junto. Você vai sabendo pouco a pouco do seu colega de trabalho, mal educado, que trata mal. Alguns são mesmo. (Sinal Fechado)

A interlocutora relaciona alguns profissionais que atendem de forma inadequada aos usuários. Refere que não é só o idoso que é maltratado. Os médicos ortopedistas, do seu ponto de vista, são os que mais maltratam os usuários:

Maus-tratos, assim, de pessoas, mas em geral, não é só de idoso não. Principalmente sobre maus-tratos pelos ortopedistas, médicos, a maioria, (...) E que eu vejo reclamações são de médicos, ortopedistas, eles são muito grossos, maltratam muito os pacientes. (Detalhes)

Ela identifica que muitas pessoas trabalham só pelo dinheiro:

Às vezes pessoas que trabalham só pelo dinheiro, não escolheram por opção, trabalha sem vontade. Eu às vezes me sinto muito triste. (Andança)

O conteúdo do discurso abaixo corrobora com esta compreensão e reproduz a ideia de que pessoas não podem ser tratadas de forma discriminada e todos devem ser atendidos sem distinção:

Eu acabo sendo chata, porque aqui eu acho que não tem diferença, não tem preso, aqui não tem nada disso, todo mundo está aqui para tratar, para cuidar, para fazer o que a gente faz para qualquer um. Não tem diferença. (Flor de Lis)

A sobrecarga do trabalho pode contribuir para a falta de escuta e tempo para o usuário:

Eu acho também que por aqui é muito sobrecarregado às vezes o pessoal que trabalha aqui dentro não tem todo aquele tempo para dar toda atenção e é esse o serviço que nós fazemos. (Desabafo).

A entrevistada reconhece o benefício que pode trazer ao usuário quando ele recebe a atenção:

Às vezes uma palavra amiga para o paciente, você acalma ele, e eles não tem o tempo, e às vezes quem tem tempo também não tem paciência, isso ocorre dos dois lados, não vou generalizar e falar que é só o outro lado, assim não, tem muita gente maravilhosa. (Desabafo)

Há a consciência da obrigatoriedade em atender bem as pessoas. A entrevistada informa que procura dar o melhor de si para os usuários:

Eu tenho uma obrigação em tratar as pessoas bem, então eu procuro dar de mim o melhor aqui dentro. Não porque eu estou ganhando, não porque eu estou trabalhando, também é isso, mas eu acho que é uma obrigação minha para com o nosso criador, eu tratar bem eles, eu fazendo o bem para eles, eu estou fazendo bem para a minha religião que eu acredito, e acredito em Deus, então é isso. (Andança)

Quanto às pessoas idosas, a entrevistada considera importante ter um atendimento diferenciado para essas pessoas:

Eu acho que deveria ter um acompanhamento direto para o idoso, porque é igual eu estou te falando, falta muita paciência nos colegas, mas independente de ser idoso ou não. Só que o idoso o que acontece, ele precisa de uma ajuda, de uma orientação, precisa de tudo, são, dependendo de onde viver, e de onde vive, não tem aquela cabeça aberta assim.... (Asa Branca)

8.2.5. MAUS TRATOS DOS PROFISSIONAIS PARA COM OS USUÁRIOS MOTIVADOS POR DISCRIMINAÇÃO

Os serviços também podem ser discriminatórios ao transformarem diferenças em desigualdades e pessoas em coisas. Ser atendido no serviço de emergência não significa estar livre da discriminação.

Aqui esses maus-tratos são bem visíveis (...) eu já vi vários casos de discriminação; é uma forma de mau-trato, como eu te falei no início da entrevista; você não precisa fazer a violência física que pode ser mau-trato, você pode sim! (Sangrando)

Segundo d'Oliveira (1996:147), no ano de 1992, foi realizada uma pesquisa-ação na cidade de São Paulo pela Secretaria Municipal da Saúde sobre a violência institucional nos serviços de saúde do município. A pesquisa foi realizada com usuários e funcionários dos serviços de saúde. Entre as respostas, no que se referiu à questão de gênero, foi generalizada a opinião de que o pessoal da saúde evita usar anestesia, nos casos de curetagem pós-aborto provocado, como uma forma de punição à mulher. Houve uma divisão dos grupos em relação ao apoio a essa prática. Falas como “*acho bem feito elas sofrerem, pois assim aprendem*” foram comuns. Em relação ao atendimento ao parto, a situação não foi diferente. A maioria relatou frases ditas pelos profissionais como “*na hora de fazer foi, agora não? grita*”, e reclamou da frieza, maus-tratos, negligência e falta de atenção.

O discurso da depoente chama a atenção da prática descrita acima e se indigna com estas ações:

Os usuários que usam aqui vêm para serem atendidos. As pessoas que estão aqui, seja velho, seja branco, está aqui para ser tratado e não está aqui para ser punido. A que a punição deles é de estar errando já em algum lugar, então

quando chega aqui ele é um cliente para ser atendido, então a gente vê, às vezes sim, pessoas maltratando, está com dor, ah está com dor e não ligam, fica lá jogado e não liga... (Vida)

Os profissionais da saúde são sujeitos comuns e, portanto, imersos na vida cotidiana. A depoente chama a atenção sobre a forma como os presidiários são tratados no hospital.

Ou então porque chegou aqui de presídio já o tratamento é diferente. (Sinal Fechado)

Por serem sujeitos sociais, as ações que os profissionais desenvolvem representam estreitos vínculos com as estruturas sociais. Os profissionais entrevistados confirmam a discriminação:

Então aqui ele (população em situação de rua) é discriminado porque ele chega e ele tem um odor ruim, é discriminado por todas as faixas, é um absurdo. (Redescobrir)

Morador de rua aqui é uma piada, porque o povo fala - ah já vou embora - e eu falo - gente, nós estamos no serviço público e nossa clientela é o morador de rua, se eu não quero trabalhar com ele, então eu vou para um hospital particular porque lá ele não vai. (Andança)

DESLANDES (2002: 144) nos ajuda na compreensão da repulsa que profissionais de saúde podem ter por moradores de rua:

Podemos supor que os indivíduos que vivem nas ruas, em situação de mendicância, causem repulsa aos profissionais de saúde pelo mau cheiro, sujeira dos seus corpos e embriaguez. Temos como hipótese que todos aqueles que estariam em situação de 'marginalidade', seja qual for o julgamento que isto signifique, poderiam ser merecedores de indiferença ou tratamento hostil.

Pessoas com opção sexual diferente também podem ser discriminadas, segundo a entrevistada:

*A gente vê, o pessoal torce o nariz para quem é “bicha”.
(Redescobrir)*

DESLANDES (2002:144), considera que:

A confusão entre a constatação de que as vítimas preferenciais da criminalidade estão nos estratos menos favorecidos economicamente e que, por isso, os pobres estariam mais predispostos à delinquência, reforça ainda mais o já violento processo de exclusão social a que esta população está submetida (...) Na medida em que naturalizamos uma sociedade dividida entre os perigosos e os confiáveis, entre quem tem boa aparência e ‘quem tem pinta de bandido’, a reprodução desta segmentação também pode estar presente no âmbito da atenção à saúde.

A depoente expressa como a população é vista pelos profissionais:

Aqui é discriminado muito fisicamente, como você está vestido; se você está acompanhado; se não está acompanhado; se o resgate te trouxe; se você está suja é olhado como morador de rua. (Drão)

O relato abaixo foi contado pela depoente para explicar sobre a discriminação que a população de rua sofre no hospital:

Tem uma assistente social nova que até me criticou porque eu fui atender um paciente que é morador de rua. Eu conheço ele há sete anos. Ele vivia se queixando com dor lombar e os médicos ignoravam porque é de rua. ‘Ele não quer ficar na rua, ele não quer ficar no albergue, ele quer ficar aqui porque aqui é hotel cinco estrelas’ - eles falam assim. Aí outro dia, eles deram alta para o paciente. Aí eu disse assim: por favor, pede para o médico investigar porque ele já perdeu vinte quilos esse ano. Aí a assistente social, aí falou com a doutora e a doutora investigou, e ele está lá até hoje internado. (Andança)

A valoração negativa reconhecida nas expressões discriminatórias, assim como as referidas no próximo depoimento, refletem um

distanciamento social dos profissionais em relação aos usuários do serviço e reforçam o estigma existente em relação a estes grupos sociais:

Quando a pessoa vem muito no hospital, ele falam que ele é da casa, é freguês, só vem aqui para comer e para encher o saco. (Desabafo)

As gírias e expressões utilizadas pelos profissionais podem contribuir para reforçar a exclusão social e a discriminação destes grupos sociais:

Os moradores de rua e o pessoal idoso, eles não dão a atenção que eles mereciam, acho que por isso que o paciente é chamado de “vai e volta” (vai e volta, é da casa), é freguês, é isso que me incomoda. (Sangrando)

8.2.6. DETRIMENTO DAS NECESSIDADES E DIREITOS DA CLIENTELA

O detrimento das necessidades e direitos da clientela é não respeitar as necessidades dos usuários na sua individualidade e necessidades. As interlocutoras abaixo dão exemplos de algumas dessas situações:

Violência institucional, não é isso que a gente passa aqui? Paciente idoso, coitado, na maca (...) sem colchão; idosos na maca com nível de consciência rebaixado, sem idade de ficar assim, eu acho que é isto tudo que é violência. (Redescobrir)

Falta de cobertor, falta de lençol, fralda, que nós estamos passando por um problema sério que hoje - a funcionária que distribui materiais falou - hoje eu fui lá chorar e me deram dois pacotes de fralda, eu falei: “mas só eu aqui tenho dezenove, e o resto do PS?” Então acho que isso aí para mim é violência institucional. (Roda viva)

A entrevistada seguinte considera que não respeitar o direito à prioridade que o idoso tem é uma forma visível da violência institucional:

Você não respeitar outros direitos que esse idoso tem, como por exemplo, ele ser atendido primeiro, é uma forma de violência (Drão)

O idoso necessita de cuidados especiais na enfermaria e não é atendido, segundo o conteúdo da fala da entrevistada:

Fica, e é muito triste ver, aí muitas vezes você não tem um local apropriado para acomodá-lo (idoso), não tem cama com grade, você precisa amarrar ele numa maca porque senão ele vai cair, ou então pôr ele no chão, só com aquela parte de cima da maca, é triste não é. (Detalhes)

A entrevistada informa que se o idoso fica amarrado na maca é para protegê-lo de uma possível queda e não para maltratá-lo:

Então, é complicado porque se você não está vendo essa dificuldade você passa e vê um idoso amarrado (...) ele está amarrado porque se ele ficar na cama ele vai cair. (Roda Viva)

Acrescenta-se a essa situação o fato de o chão ser frio para uma pessoa idosa permanecer:

Então, tem que amarrar ele na maca, porque o chão é muito frio, então já estava amarrando por conta disso, e assim a gente vê muita coisa que podia ter tudo para ser mudado. E não é. (Redescobrir)

A necessidade de mais profissionais para atender a clientela é o conteúdo expresso na fala dessa entrevistada:

Agora eu acho que devia ter mais clínico aqui e ficar na sala o dia inteiro. Às vezes o domingo aqui é plantão que não tem clínico. Domingo aqui é horrível, não tem clínico. (Cotidiano)

A Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, assegura no Art. 3º o seguinte:

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.

Parágrafo único: a garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

Os entrevistados não veem a efetivação do funcionamento do Estatuto do Idoso no que se refere ao direito de prioridade:

Eu não vejo funcionar esse negócio de que idoso tem prioridade, eu nunca vi funcionar. (Asa Branca)

Os interlocutores abaixo discutem sobre o direito de prioridade garantido às pessoas idosas. As opiniões são divergentes e passam pela discussão do que é emergência e urgência:

Eu acho que atendimento preferencial tem que existir, não em pronto socorro (...) a partir do momento que se caracterizou emergência, ou que chamou ambulância ou se chamou bombeiro, ou até no caso de algum acompanhando estar trazendo alguém com uma situação mais grave, então tudo bem, agora se a pessoa vem para pegar receita, idoso pegar receita, não dá para fazer no pronto socorro. (Sinal Fechado)

Porque em qualquer lugar que você vá, eu não vejo prioridade aos idosos. O único lugar que eu vejo prioridade aos idosos é supermercado e banco, só. Fora isso, eu pelo menos nunca vi. (Arrastão)

A entrevistada relata que os idosos ficam aguardando para serem atendidos na emergência:

A única coisa que eu acho que os idosos esperam, são os médicos para ser atendidos. Acho que isso é uma indelicadeza, é uma injustiça esperar. Eles esperam muito, esperam resultados de exames e ficam aí quatro horas sentados, eles não agüentam, no caso, esperar resultados de exames de sangue, e de urina. E mesmo atendimento médico eu acho que deixa a desejar. (Novo Tempo)

Outra entrevistada entende que idosos não têm que ter prioridade. Ela deve ser dada a quem estiver numa condição pior de saúde, independente da faixa etária:

Não, não tem prioridade. É o seguinte: chegam muitos pacientes graves e tem o idoso que está melhorzinho; então quem vai na frente no pronto socorro, é o novo, o idoso não passa na frente. (...) Vamos supor: uma pessoa de vinte anos que está passando mal, está desmaiando, e um idoso que já tomou a medicação, está lá sentadinho, já não passa mais mal. Aí a gente já quem está passando mal na frente, não tem como, e as vezes tem dez idosos, não tem como passar um na frente do outro, entendeu, então é difícil aqui. (Redescobrir)

A entrevistada destaca que, nas vagas de internação, as pessoas idosas têm preferência:

Não, não, nessa parte aqui pelo pouco que eu vejo, na hora das vagas de internação eles dão preferência para o idoso. (Andança)

8.2.7. PROIBIÇÃO OU OBRIGATORIEDADE DE ACOMPANHANTES OU VISITAS COM HORÁRIOS RÍGIDOS E RESTRITOS

O Artigo 16 do Estatuto do Idoso assegura ao idoso internado ou em observação o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. O direito é respeitado, do ponto de vista da entrevistada Andança:

Aqui é liberado a pessoa idosa vir com o acompanhante e ficar com o acompanhante, já está liberado. (Andança)

O direito a ter um acompanhante é um assunto muito recente nos serviços de saúde. Para as pessoas idosas, o direito passou a existir com a promulgação do Estatuto do Idoso em 01 de Outubro de 2003. A depoente considera este processo:

Antes, nós tínhamos que implorar para o setor de enfermagem, para o médico para deixar um filho ou uma filha, ou alguém junto, eu acho que isso já mudou muito com relação ao estatuto pelo direito. (Sangrando)

O acompanhante passou a ter algumas responsabilidades que não estão previstas no exercício do direito, conforme relata a depoente:

Mas ao mesmo tempo, se transferiu algumas responsabilidades. (Desabafo)

A interlocutora sugere que a transferência de tarefas para família é pelo fato de ter poucos profissionais:

Hoje o hospital tem, por exemplo, pouco funcionário e então, ele exige um acompanhante. (Sangrando)

A exigência do acompanhante traz à família várias dificuldades, conforme o discurso:

Muitas vezes a gente atende pessoas que vem e falam assim: mas eu não posso, eu só posso ficar a noite porque eu trabalho o dia inteiro e estão falando que tem que ficar alguém. (Desabafo).

Tarefas que seriam exclusivas dos profissionais passam a ser compartilhadas e de responsabilidade da família:

É o banho do paciente, é dar comida, é ver o que ele quer, entendeu, é um copo d'água. Existe uma mistura de papéis. (Roda viva)

O direito não pode tornar uma obrigação, conforme expressa o depoimento:

Direito é direito e não obrigação. (Desabafo)

A interlocutora considera que o direito do idoso ter um acompanhante transforma-se em obrigação dos familiares pelo cuidado com o idoso sendo responsabilizados pelos funcionários por outras tarefas:

A única coisa que eu vejo aqui é o acompanhamento de uma pessoa idosa, mas não porque a pessoa tem direito, porque eles acham que o acompanhante tem que fazer tudo. (Sinal Fechado)

A entrevistada chama a atenção para acompanhantes que dão problemas na relação com os pacientes:

Tem uns acompanhantes aqui que era melhor eles nem entrarem porque acabam deixando o paciente mais nervoso. (Flor de Lis)

Uma evidência da violência institucional é a rigidez no horário de visitas. A entrevistada chama a atenção sobre a rigidez dos horários:

O horário infelizmente é rígido. Quando nós temos alguns casos em que a pessoa me relata, olha, eu não posso porque eu trabalho, eu falo, vai lá embaixo que a responsável da portaria te libera para entrar em outros horários. (Desabafo)

O tempo da visita, segundo a entrevistada, é insuficiente para todas as providências:

O espaço é curto para a visita. Naquele espaço curto você tem que fazer tudo; visitar o familiar, procurar um médico para conversar, e fazer ainda a entrevista. (Desabafo).

Há ainda outra dificuldade, o profissional não está presente no momento da visita para prestar as informações devidas:

O médico não está lá, não sei quem é o médico dele. A pessoa às vezes está aqui há uma semana, e não consegue falar com o médico. Então assim, qual o horário para se conversar? Existe um horário de visita, mas qual o horário de conversar com o médico? Não existe. (Roda Viva).

A entrevistada relata a rotina do hospital e as dificuldades que essa rotina gera na família. Para ela, a rotina impede o bom desenvolvimento da relação da família com o processo de trabalho:

Às vezes o médico daquele paciente só está aqui, por exemplo, às sete da manhã. Só que a visita é às duas da tarde. Então essa família nunca vai ter o contato. Se ela vier fora do horário ela não entra. Na hora de você cobrar da família estar presente, você tem que ir junto num exame, e não sei o que, aí você cobra como se aquela pessoa nunca tivesse vindo aqui. E muito difícil essa questão. (Desabafo).

8.2.8. DESPERSONALIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A medicina tecnológica produziu, segundo Schaiber (1997:117), a “despersonalização do cuidado e a impessoalidade da prática”. A relação passou a ser mediada pela tecnologia e as relações humanas ficaram num plano inferior na prática assistencial, tendente a coisificar os usuários e a perder a dimensão cuidadora. A entrevistada abaixo relata como os sujeitos são identificados muitas vezes como números ou diagnósticos:

Outro dia eu cheguei e não sabia o nome do paciente, aí eu falei: leito 17 quem é? E se eu soubesse que aquele leito era do Marcelo, aí eu falava assim, quem é o Marcelo? Num outro dia também aconteceu que a enfermeira veio falar assim para mim que tinha um paciente na medicação, era caso social e que não tinha família, eu entendi que era morador de rua, cheguei e falei com ele, ele chamava até Marcos. Perguntei assim, o senhor é um caso social? Ele falou assim, porque caso social, só porque eu não aceito a alta? Eu sou doente. (Andança).

O conteúdo da fala da entrevista abaixo é muito significativo, pois é a única em que aparece o reconhecimento de uma falha pelo grupo dos entrevistados:

Eu errei, pequei por não ter escutado o paciente primeiro. (Andança)

Em algumas situações, os nomes das pessoas são substituídos:

Geralmente eles falam assim: o leito fulano de tal quer falar com você. Eles vão à nossa sala e falam o leito quer falar com você. Então eu acho isso aí muito errado. (Sangrando)

Esta entrevistada chama a atenção sobre comentários que ocorrem entre os profissionais da equipe que desconsideram os idosos ao dizerem que ali está parecendo um asilo, talvez pelo grande número de idosos concentrados:

A gente pode até falar, uma equipe falar, isso aqui está parecendo um asilo. (Roda Viva)

8.2.9. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A organização do processo de trabalho pode ser um fator determinante para a ocorrência da violência institucional. A entrevistada informa que algumas das formas de violência institucional são determinadas pela organização do processo de trabalho e pela ausência dos recursos necessários para o atendimento da população, especialmente a idosa e reconhece que os idosos não são prioridade:

Agora, tem coisas que independem da gente, é da instituição, não tem maca, não tem cadeira, não tem uma cama, não tem mais profissionais para o atendimento, às vezes tem idosos de oitenta, noventa com fratura, fica lá esperando cirurgia. (Redescobrir).

Ela considera muito grave este problema:

Eu acho criminoso. (Redescobrir)

A interlocutora considera que a própria estrutura hospitalar não tem interesse em mudar a organização do serviço.

Porque que não muda? Porque é conveniente, não querem arrumar, porque a casa bagunçada é mais fácil de administrar do que uma coisa organizada. É, mas eles não querem resolver, eles não querem, porque não é difícil organizar. (Redescobrir)

O motivo, segundo a interlocutora, é porque o serviço organizado exigirá mais trabalho e mais cobrança dos usuários:

Com a coisa organizada, as pessoas vão te cobrar, vão querer estatísticas. (Redescobrir)

Ela acredita que poderá ser organizado e que isso só depende da boa organização do serviço:

Dá para organizar. É só ter uma boa administração. (Redescobrir)

O serviço passou por reforma física, mas os problemas continuaram, conforme o seu relato:

O banheiro que acabou de sair da reforma, ele não tem água quente, você não consegue misturar, eu falei, gente isso aqui saiu da reforma. Chamamos o rapaz da manutenção e falaram que na hora que eles foram passar o misturador, não misturaram água quente, e porque isso, para poder quebrar e cobrar de novo. (Redescobrir)

Por fim, a conclusão: o povo é que é penalizado com a desorganização do serviço:

Essa é uma administração muito bagunçada. Então o que eu sinto é isso: é difícil de trabalhar. Eu fico realmente com pena do povo, é muito triste. (Redescobrir)

8.2.10. RELAÇÃO DE PODER DESIGUAL

A saúde é direito constitucional do cidadão e o SUS é a política pública de saúde para a população. Entretanto, uma parcela dos usuários do SUS não se sente na condição de cidadãos quando precisam utilizar algum dos serviços de saúde. O discurso da depoente chama a atenção para esta relação de direito à saúde:

Então as pessoas têm medo de reclamar, tem medo sim porque acha que depois vai ser mal atendido, isso é muito comum, a gente lida com isso muito. (Drão)

FERREIRA (2005, p.102), na pesquisa que realizou com idosos hospitalizados, identificou que pessoas idosas consideram um favor a sua internação e não incorporam a noção de direito e cidadania. A autora aponta a relação de poder desigual entre as partes (conhecimento científico, diferença social) resultando uma relação de submissão de um para com o outro. Desabafo reforça esta noção:

Isso é bem notório, as pessoas têm medo de serem mal atendidas, de precisarem de alguma coisa e depois não ter o atendimento, daquele profissional que ela reclamou. (Desabafo)

Os profissionais de saúde devem contribuir para a superação desta cultura, modificando suas relações com a clientela que assiste:

Eu acho que são poucas as profissões que ouve o usuário. Então eu acho que se as pessoas, em qualquer profissão dentro do hospital, ouvissem mais, eu acho que as coisas poderiam mudar, mas eu acho que cada vez se ouve menos e quer ouvir menos. (Cotidiano)

GOUVEIA (2003, p.3) lembra que poderá ser uma conquista da sociedade transformar as velhas noções de 'favor' e 'caridade' em cidadania e direitos. O papel decisivo dos profissionais de saúde poderá, através da mudança nas relações entre profissionais e pacientes, revisar os valores que orientam a prática.

Acho que é aí onde pega muito às vezes para o profissional, porque assim, a visão do profissional muitas vezes nos órgãos públicos é que as pessoas são miseráveis. Então o pouquinho que você dá já está ótimo, o que ela tem, não tem nada. (Desabafo)

O conceito de bem público está associado à miséria e frequentemente o SUS é entendido como política pública para os pobres. O Ministro José Gomes Temporão, em entrevista a Revista Carta Capital da edição de 16 de abril de 2008, responde se o SUS é visto apenas como um serviço para pobres:

Tem outra questão, de fundo ideológico. É a dualidade da saúde como um direito universal, e o direito da saúde como um bem que se compra. A classe média foi sendo expulsa do sistema. E não só a classe média, mas o operariado organizado também, e há décadas. Um dos pontos mais valorizados dos acordos coletivos de trabalho é, justamente, o plano de saúde privado. E, nisso, temos alguns paradoxos. Os que idealizaram e defenderam a construção do SUS não o utilizam. Os próprios ideólogos, os sanitaristas, os médicos, os enfermeiros, também não. Trabalham no SUS e usam planos privados. Os políticos, os deputados, vereadores, senadores, governadores, a elite dirigente, enfim, não usa. Então, há essa contradição. Normalmente, as piores avaliações do SUS são de quem não usa. Essas pessoas não lembram, ou não sabem, que o SUS tem uma abrangência muito maior e presta serviços que elas não percebem. (Ministro José Gomes Temporão)

A entrevistada continua a desenvolver o seu raciocínio sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e chama à responsabilidade os profissionais que ainda não perceberam a mudança de cultura:

Acho que são poucos os profissionais que percebem a mudança, porque a grande maioria continua naquele atendimento como se nada mudou, e mudou muito, então isso é notório. (Desabafo)

No contexto da escassez dos recursos do SUS, apresentam-se as pessoas idosas. A depoente reconhece que os profissionais não estão preparados para o atendimento dessa nova demanda:

Então eu acho que as pessoas realmente não estão preparadas para uma mudança em atendimento, para atender o idoso. Acho que antigamente, posso dizer antigamente porque eu estou há vinte e oito anos em serviço público, antes era essa visão mesmo que era passada, sabe, acho

*que essa própria questão de hierarquia e de política mesmo.
(Sangrando)*

Profissionais precisam mudar o pensamento para o atendimento dignos aos usuários, principalmente aos idosos:

Olha, qualquer coisinha que fizer está ótimo porque a pessoa se contenta com pouco, e assim, as pessoas parecem que não fazem questão de mudar, ou de ver que existe uma mudança e que é sua obrigação atender bem. (Andança)

8.2.11. A ESCOLHA DE SOFIA

O discurso abaixo chama a atenção sobre um assunto presente nas emergências e retrata uma experiência que a própria depoente vivenciou com seu pai que precisou de uma vaga na UTI:

O meu pai mesmo, meu pai passou aqui há uns seis anos atrás, ele teve uma virose, foi um resfriado forte. Complicou, começou dar um edema aqui, e acabou ficando internado. Aí eu implorei uma vaga na UTI. O médico me falou que lá entre os que estavam na UTI, não poderia tirar nenhum pois todos corriam risco de vida. (Roda Viva).

O sistema de saúde preconiza, mas não viabiliza, conforme representado pelo discurso, a igualdade de condições para todos. O discurso revela ainda um critério de escolha para utilização da disputada vaga na UTI: critério de idade. Quanto mais velho, menos chances a pessoa terá de beneficiar-se da vaga que será dada aos mais novos:

O risco de vida é a idade. Vamos supor, eu tenho cinquenta e cinco, entre eu e um idoso de oitenta, noventa anos, a vaga é minha. Se for um mais jovem do que eu, a vaga é dele. (Roda Viva).

Mesmo sendo funcionária do hospital e colega de trabalho do médico, seu pai idoso não teve a vaga na UTI:

Meu pai não teve vaga; não consegui, era gravíssimo, porque foi inchando, formando aquele edema. Todos os médicos do pronto-socorro me conhecem. Conclusão, ele foi para o terceiro andar (enfermaria da clínica médica) . (Roda Viva).

A entrevistada constatou que a UTI estava lotada. Isso não era culpa do seu colega médico.

Eu não vou pôr a culpa no médico que não me deu a vaga. Eu olhei a UTI: estava lotada. E o médico era meu amigo! (Roda Viva)

Ela chama a atenção para a falta de recursos na emergência, tanto no aspecto humano quanto material:

Aqui na instituição falta muita coisa, eu estou te falando do lado humano, agora do lado material está péssimo. (Roda Viva).

Continua contando as sérias dificuldades pelas quais passou com seu pai:

Ai eu pensei: meu Deus o que eu faço? Aí o médico que estava no choque (setor da emergência) pôs o oxigênio no meu pai. Fiquei a noite inteira ao lado da cama dele, numa cadeira com a minha coluna, olhando para ele, porque se ele parasse de respirar, eu tinha que praticamente sozinha colocá-lo numa maca e descer aqui para o primeiro andar na emergência, e rezar para ele não ter uma parada, porque é ex-fumante, é obeso, tem um histórico bem complicado. Então, eu passei com o meu próprio pai aqui dentro. (Roda Viva).

Roda Viva considera que seu pai foi um privilegiado porque ela tinha uma rede de relações dentro do hospital:

Aí eu consegui uma cama decente e ele deitou, mas foi um privilegiado, por ter conhecimento, não sei. (Roda Viva))

A história relatada nos faz lembrar o célebre livro A Escolha de Sofia de William Styron, que conta a história de uma mãe que é forçada a entregar um filho para morte para tentar salvar o outro. Não há nos serviços de saúde pública a oferta de vagas nas UTIs suficientes para atender à demanda. A decisão de quem usará a vaga fica sob a responsabilidade do profissional médico que, em muitas situações, de acordo com ROSENTHAL e SCHEFFER (2005, p. A3), no dia-a-dia da profissão, convivem, como Sofia, com a angústia de selecionar prioridades e tomar decisões extremas, muitas vezes alheias à vontade pessoal.

8.2.12. OS TRABALHADORES DA SAÚDE

O SUS é um sistema de saúde democrático que vem sendo construído a partir dos serviços e práticas de saúde previamente existentes, que operam em outra lógica - alimentada por interesses econômicos e corporativos - e que continuam vigentes. Essa é parte da explicação para o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. A depoente considera que os profissionais não estão preparados para a prática:

Então acho que assim, na verdade os profissionais não estão preparados. (Drão)

Não, de jeito nenhum, eu acho que além de não estarem preparados. (Desabafo)

A educação permanente pode permitir a melhor qualificação dos profissionais. A depoente chama a atenção para a falta de comunicação com os profissionais:

Nem sequer é conversado com os profissionais. Eu acho que deveria existir até uma questão mesmo política, relacionada a isso entendeu. (Desabafo).

Se não houver uma política de investimento:

Porque enquanto não tiver uma vontade política e tudo mais, não vai ser feito. (Desabafo)

8.2.13. IDOSO É MAIS VULNERÁVEL À VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

A vulnerabilidade em idosos tem sido objeto de atenção. A depoente considera a vulnerabilidade como um atributo da velhice:

Ele é mais vulnerável porque coitado, ele não tem como se defender, ele não se defende, ele pensa: eu vou ficar quieto. (Sinal fechado)

Eu acho idoso é mais vulnerável, mais vulnerável porque assim, o idoso ele luta menos, ele briga menos, ele acha que é melhor ele ficar quietinho porque ele precisa disso daqui. Então ele tem medo de falar, porque se ele falar e depois ele for precisar do atendimento e for negado, então eu acho que se baseado nisso, que ele fica muito quieto e aceita muito, na verdade. (Drão)

O conceito de vulnerabilidade vem da área de Direitos Humanos e designa originalmente grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Na visão das entrevistadas, os idosos são vulneráveis e não podem se defender, por isso, pessoas idosas são mais passíveis de sofrer a violência.

ABDALLA-FILHO (2006:121), ao discutir o conceito de vulnerabilidade, refere-se à definição do Conselho Nacional de Saúde “(...)

estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenha a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido”. Entretanto, Guimarães e Novaes (disponível em www.ufrgs.br/bioetica/vulnera.htm) não defendem esta idéia de equivalência conceitual entre vulnerabilidade e redução de autonomia e tratam da diferença básica entre ambas. A diferença parece centrar-se no fato de que a autonomia está ligada ao indivíduo em si, enquanto a vulnerabilidade tende vincular-se a uma relação de desigualdade entre dois indivíduos ou, ainda, entre um indivíduo e grupo de indivíduos e a sociedade em que estão inseridos, experimentando uma condição diminuída, senão anulada de manifestar sua vontade.

O idoso, eu acho que ele é mais vulnerável porque ele sabe que ele não vai poder ir num lugar mais longe, entendeu, porque ele depende de alguém para levar, ele não vai poder ir com suas próprias pernas, então ele vem aqui devagarzinho e tal. Aqui é do lado da casa dele; ele vem por qualquer coisa. Então é isso! Ele é mais vulnerável sim. (Desabado)

Nos conteúdos das falas dos entrevistados, idosos são seres incapazes, indefesos e coitados, por isso não são tratados com dignidade:

Então tem coisa que a gente até engole. Agora o idoso coitado. (Redescobrir)

Dá até dó do idoso (Asa Branca)

Imagina o idoso, coitado. (Asa Branca)

As pessoas vulneráveis e frágeis precisam de alguém que interceda por elas. A entrevistada, movida pela compaixão e pelo senso de cidadã, vai a busca dos direitos do idoso. Ela vai até a administração para intervir por suas necessidades, já que o idoso não “sabe falar por si próprio”:

Tem horas que dá até vontade, de, porque tem horas que a gente fala, vai lá e fala na administração, tem coisa que você

*fala agora eu sou cidadã, eu não sou funcionária.
(Redescobrir)*

A entrevistada relata que o idoso é mais calado e é incapaz de reclamar seus direitos:

Mais calado. Ele até fica sem comer, mas ele não fala que ele não está comendo, entendeu, isso é bem comum, bem comum. (Desabafo)

Os idosos, do ponto de vista dos entrevistados, são pessoas que não têm o senso de localização e ficam perdidos; por isso precisam ser protegidos:

Muitos idosos que vem aqui ficam perdidos. (Asa Branca)

Porque a gente ainda pode se locomover, lidar com as coisas, ele não (Asa Branca)

O povo também tem culpa nisso, agora no caso dos idosos não. (Drão)

Novamente, a generalização para todo o segmento idoso se manifesta na fala desta entrevistada:

*Só que o idoso o que acontece, ele precisa de uma ajuda, de uma orientação, precisa de tudo, são, independento de onde viver, e de onde vive, não tem aquela cabeça aberta assim....
(Asa Branca)*

As interlocutoras atestam que as pessoas idosas estão em desvantagens na “luta pela sobrevivência” pelo fato de serem pessoas mais velhas:

O risco de vida é a idade. Vamos supor, eu tenho cinqüenta e cinco, entre eu e um idoso de oitenta, noventa anos, a vaga é minha. (Roda Viva)

Ninguém dá muita atenção por ela ser idosa (Desabafo)

BOURDIEU (2001) pode nos ajudar a compreender e interpretar os depoimentos acima. Para esse autor, há um campo de produção simbólica que se distingue conforme são produzidos. O poder simbólico é um poder de constituição da realidade que tende a estabelecer uma ordem. Ele se constitui através das crenças, do fazer ver e do fazer crer. BOURDIEU considera que esse poder é “quase mágico”, pois o poder das palavras é capaz de manter a ordem ou de subvertê-la. Portanto, as crenças que nossos entrevistados têm da velhice e da violência institucional são visíveis e reconhecíveis. O grupo de profissionais acredita nas crenças construídas sobre a velhice e, portanto, elas são reais. Os idosos que comparecem na emergência são a materialização da crença construída, do conjunto simbólico construído pelos mitos e pela linguagem. Eles são frágeis, doentes e vulneráveis e por isso, vítimas da violência institucional.

8.2.14. QUEM SÃO OS AGENTES DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Os entrevistados concordaram com o conceito de Violência Institucional do Ministério da Saúde e reforçaram os exemplos das práticas violentas constantes no conceito. Ficou evidente no conjunto das respostas e comentários que tais práticas acontecem no serviço pesquisado. Entretanto, os agentes da violência institucional não são eles. Nenhum dos entrevistados colocou-se como sujeito da ação. São os outros, e na maioria das vezes, sujeitos indeterminados. Não eles:

O contato com a família, sabe, parece que é um favor que vai fazer, e não é. (Desabafo)

Eu tenho vergonha de algumas pessoas que trabalham aqui, porque você acaba vendo do outro lado igual a elas, você consegue diferenciar um do outro trabalhando junto. Você vai

sabendo pouco a pouco do seu colega de trabalho, mal educado, que trata mal. Alguns são mesmo. (Sinal Fechado)

Alguns entrevistados nomearam como agentes da violência, categorias diferentes das que fazem parte:

É a classe médica e a enfermagem (...) é a pessoa que não se dispõe a conversar, que não se dispõe a atender. (Andança).

Parece assim que é o poder do saber, do domínio, o dono do lugar. Então assim, acho que é mais assim realmente a enfermagem. (Andança).

Pelos ortopedistas, médicos, a maioria, (...) E que eu vejo reclamações são de médicos, ortopedistas, eles são muito grossos, maltratam muito os pacientes. (Detalhes)

Andança faz uma crítica a colegas que trabalham só pelo dinheiro e por isso, sem vontade e compromisso:

Às vezes pessoas que trabalham só pelo dinheiro, não escolheram por opção, trabalha sem vontade. (Andança)

Já, a interlocutora Desabafo chama a atenção para o compromisso dos trabalhadores da saúde na assistência cujo fundo ético pressupõe o atendimento de boa qualidade. Afinal de contas, segundo a depoente, os profissionais são pagos para atender bem:

Você está sendo pago aqui para atender bem, para fazer aqui o melhor de si; se você ganha pouco ou não, se está satisfeito ou não, não é problema do paciente, você está aqui por conta do paciente (Desabafo)

8.2.15. HÁ O DESCASO TAMBÉM

O comentário da entrevistada encerra este capítulo que interpreta os diversos significados da violência institucional no serviço de emergência

pesquisado. A violência institucional contra a pessoa idosa acontece no campo da pesquisa e há descaso por parte dos agentes institucionais.

*Isso acontece, não sei se é só por causa da idade dele, mas acho que há o descaso também por parte do profissional.
(Detalhes)*

Iniciamos este capítulo citando José Saramago. Sempre imaginamos a cegueira com a ausência de luz, a escuridão e a ausência. Saramago descreveu no livro “*Ensaio sobre a Cegueira*” uma epidemia coletiva de cegueira. As pessoas não enxergavam. Trata-se de uma cegueira metafórica. A cegueira presente em alguns serviços de saúde ou nos trabalhadores que desenvolvem a prática nos serviços de saúde pode ser um elemento determinante para a não acolhida dos usuários nos serviços. A cegueira impede ver e enxergar. Ela parte do pressuposto que o sujeito ou a equipe não pode distinguir porque o outro (sujeito da ação) está fora do foco de atenção, está fora de seu foco de referência, na medida em que não consegue se colocar no lugar do outro ou está dominado por preconceitos e estereótipos.

Os profissionais entrevistados demonstraram pelo conteúdo dos seus depoimentos que não estão “cegos”. Eles enxergam as manifestações da violência institucional nas práticas da emergência. A violência existe nas enfermarias e nos corredores. Eles também enxergam a velhice e os velhos que se apresentam na prática cotidiana. Eles procuram o serviço para serem cuidados e não para sofrerem desrespeitos aos seus direitos. A velhice dos usuários maiores de 60 anos do hospital talvez não seja a velhice que o grupo de profissionais almeja para si próprio. É uma velhice feia, pobre, doente e dependente. Não é esse o perfil de velhice que almejamos para nós. Talvez seja melhor mesmo não enxergar. “É um velho costume da humanidade, esse passar ao lado dos mortos e não os ver”. (SARAMAGO).

9. CONCLUSÕES

A análise interpretativa dos discursos dos sujeitos da pesquisa e a observação participante confirmaram a existência da violência institucional contra a pessoa idosa no serviço de saúde pesquisado em concordância com o marco referencial elaborado pelo Ministério da Saúde. Observamos ainda que no conteúdo do conjunto das entrevistas, a violência institucional ocorre também nas demais faixas etárias. Entretanto, segundo o grupo de profissionais, as pessoas idosas são mais vulneráveis à ocorrência da violência institucional. Ficou evidenciado também que os sujeitos pesquisados não se reconheceram como os protagonistas das diversas formas de violência. Quem as pratica são os outros, seus colegas de trabalho que não foram nomeados, mas, no conjunto das falas, fica evidente a ação. Houve também uma parcela de responsabilidade da ocorrência da violência à organização do processo de trabalho que favorece a ocorrência da violência institucional.

A emergência do hospital está aberta 24 horas para cuidar de quem precisa ser cuidado. Entretanto, o serviço de emergência que reúne um conjunto de recursos e procedimentos técnicos orientados para o bom êxito do tratamento, é também capaz de produzir a violência institucional. Essa é a contradição que chamamos a atenção no título da tese. A violência institucional, quer seja contra a pessoa idosa ou contra os demais usuários, é o desrespeito à singularidade do sujeito e ao seu direito à saúde. Os trabalhadores da saúde são os protagonistas do SUS na prestação dos cuidados. A Violência institucional nega ao sujeito a sua condição de ser histórico, ser social, ser político e o “desempodera” da sua condição de produtor do saber coletivo.

A saúde pública brasileira avançou muito nas últimas décadas, no discurso que sustenta a sua atuação e prática. A sustentação teórica aponta para práticas inovadoras que renovam as práticas sanitárias. Entretanto,

alguns desafios ainda estão presentes. São necessárias “transformações bastante radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos filosóficos” (AYRES, 2004, p.73).

Acreditamos que a discussão do tema da velhice e do cuidado devam ser incluídos na pauta da saúde pública. Envelhecimento dá visibilidade a uma categoria social usuária do sistema de saúde que utiliza uma quantidade significativa dos serviços. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Ministério da Saúde: 2006) informa que 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS são destinados para as pessoas idosas que representam 11% da população total. Frequentemente os gestores de saúde evidenciam que os idosos são os principais usuários do sistema de saúde. Nem sempre os nossos serviços estão preparados para atender às necessidades dessa parcela da população de forma a garantir qualidade de vida por meio da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. A violência institucional observada no serviço pesquisado atesta a fragilidade do sistema nesse sentido e denuncia a necessidade da reconstrução de novos paradigmas.

Observamos que a atenção à saúde predominante no modelo de saúde vigente, tem se caracterizado pela fragmentação do cuidado, especialmente quando centraliza o saber em categorias específicas em detrimento de outras; é fragmentada também quando dificulta o acesso da população aos serviços oferecidos. O modelo da atenção à saúde ainda se pauta na relação saúde/doença o que contribui para a não integralidade do cuidado.

O aumento da proporção de idosos na população requer na atualidade e muito mais nos próximos anos uma atenção especial do SUS um modelo específico de atenção aos idosos. Concordamos com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Ministério da Saúde) que afirma o avanço da legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa.

Entretanto, a prática é ainda insatisfatória e distante do atendimento às suas necessidades.

O SUS e a organização da rede de atenção têm um percurso grande para trilhar, para dar respostas efetivas e eficazes às demandas e necessidades de saúde da população idosa brasileira e especialmente a que reside na cidade de São Paulo, onde nossa prática profissional se desenvolve. A meta final, segundo a PNSPI, deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos, principalmente para aquela parcela que teve, por uma série de razões, inclusive a omissão do Estado, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

O sistema de saúde pública brasileiro, precisa considerar o envelhecimento e suas implicações como uma das suas prioridades. Não se fala de prioridade como a expressa no Pacto pela Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) que define no Pacto pela Vida a saúde do idoso como primeira prioridade. Não é dessa prioridade que estamos nos referindo. Dois anos se passaram e pouco se fez. Propomos aos gestores de saúde federal, estaduais e municipais um efetivo compromisso com as questões que envolvem o processo de transição demográfica e incorporem efetivas ações públicas de saúde no envelhecimento como forma efetiva de respostas às necessidades.

Uma das formas que poderá dar eficiência às respostas é o investimento e provimento de recursos no capital humano para a oferta, a qualificação, a atualização e a capacitação de recursos humanos dos trabalhadores na saúde. Constam das diretrizes da PNSI (Ministério da Saúde 2006) a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa. São raras as ofertas de capacitações para os profissionais da saúde nas questões do envelhecimento. Não basta apenas informar sobre saúde do idoso. É

imperativo que o conteúdo da educação permanente instigue e possibilite uma reforma do pensamento sobre a velhice na perspectiva sociocultural. É olhar a velhice na perspectiva da heterogeneidade, desconstruindo os mitos, especialmente os que associam a velhice à doença, à incapacidade e à morte. É também necessário que o trabalhador da saúde se reconheça como sujeito que também envelhece e que as velhices dos outros sujeitos podem revelar a nossa própria velhice.

O profissional da saúde precisa olhar o velho e a velhice que se apresentam na sua prática sob a perspectiva de sujeitos individuais e não com o olhar do preconceito e da discriminação que os classificam apenas como velhos, frágeis, improdutivos e doentes e resultado da cultura generalizada. O profissional da saúde deve ser o agente de mudança na construção de uma prática fundamentada em novos modelos da velhice em oposição a um modelo único e estereotipado de velho. Gestores e profissionais da saúde precisam olhar a velhice pela ótica da cultura e com um novo trânsito simbólico. Por este lado, a reforma do pensamento ora proposto deve romper com o modelo fundamentado na velhice apenas biológica que não revela o seu lado social. Isso contribuirá para novas atitudes. É difícil, mas não impossível.

Por outro lado, torna-se urgente repensar o cuidado nas práticas de saúde. Os avanços introduzidos pela saúde pública precisam incorporar na prática um constructo filosófico conforme propõe AYRES (2004:74). Deverá ser uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especialmente voltados para essa finalidade.

Voltando ao cuidado: segundo Ayres (2004, p.,84), precisamos ter claro que nem tudo que é importante para o bem estar pode ser

imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico ou como um simples aplicador de conhecimentos. Cuidado não é só tecnologia e conhecimento. Cuidado é a dimensão existencial do humano. É o estabelecimento da relação sujeito-sujeito. É chegar e escutar o outro na sua necessidade. O outro a que nos referimos aqui é o “velho” que procura o serviço de saúde para ser cuidado.

Não estamos falando de humanização do cuidado como propõe a Política Nacional de Humanização do SUS. Estamos propondo, na conclusão desta tese, que os principais atores do SUS, (gestores e trabalhadores da saúde) rompamos o cuidado apenas tecnológico e busquemos a implantação do cuidado do humano. AYRES (2004, p.87) aponta três grandes desafios para a reconstrução do cuidado em saúde: voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer horizontes.

Vencidos e efetivados esses desafios, haverá a redução da violência institucional nos serviços de saúde. Idosos e os demais usuários dos serviços serão beneficiados. Torna-se urgente a reorganização do modelo de atenção à saúde para receber e responder aos projetos de vida das pessoas idosas. Se isso não acontecer, a possibilidade de cuidado de cada indivíduo não passará de utopia e estaremos falando de um projeto inviável. Saúde pública deverá ser sinônimo de um atento cuidado de cada um dos sujeitos que dela necessitam.

Não podemos também deixar de lembrar que, se por um lado a escassez e a inexistência dos serviços de saúde são situações que indicam a violência institucional e dessa forma atuam como agentes de violência, por outro lado não podemos esquecer que esses serviços também são afetados pela violência expressa na forma de condições de trabalho inadequadas, desorganização do sistema de saúde, na superlotação de seus leitos com os

feridos por acidentes e agressões, e também pelos riscos a que estão expostos os profissionais na atenção aos sujeitos que buscam atendimento.

Em síntese, no âmbito do setor saúde, a violência institucional constitui-se em uma *práxis* marcada pela violência e pelo descaso, em uma *práxis* profissional médica empobrecida pela falta de visão e de experiência multiprofissional e de atores sociais que agem mais por resistência e negação que por positividade nas propostas (MINAYO, 1994).

Termino este capítulo com as reflexões de DESLANDES (2002, p. 30) que corroboram com as representações sociais e seus significados analisados neste capítulo:

Se tratarmos a violência, em sua expressão mais radical, como a negação ou o não reconhecimento do humano que há no “outro”, e, portanto, passível de ser agredido, maltratado, ignorado em sua dor ou mesmo exterminado, perceberemos quão importante é o resgate desse horizonte de alteridade. O outro a que nos referimos é ocupado por todos nós, seja como profissional de saúde em um processo de trabalho que desvaloriza, desgasta e ameaça, seja como paciente que nem sempre pode contar com o direito básico de atendimento, ou quando lhe é imposto um modelo médico que lhe nega as prerrogativas de sujeito, coisificando seu corpo e selecionando, dentre aqueles que sofrem, os que “merecem” um atendimento melhor num cenário de escassez. O outro somos nós, pesquisadores, afetados, impactados nessa convivência, interpelando nossos referenciais teóricos tão estreitos diante de tantas indagações.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As interpretações constantes na pesquisa sobre a velhice e o envelhecimento nos chamam a atenção sobre o sujeito velho que se apresenta numa consciência de finitude e de um corpo imaginário que nega o envelhecer. A velhice é apresentada como um tempo que traz medo e ansiedade, e os sintomas decorrentes desses sentimentos são a negação e a repressão do envelhecer. Na cultura da sociedade contemporânea, ser velho ainda é visto de forma negativa, o que exerce enorme impacto nas nossas ansiedades pessoais e conseqüentemente no nosso entendimento da velhice.

Cuidar é a missão primordial da saúde. Mesmo que não haja mais nada por fazer, devemos investir esforços para que as pessoas sejam acolhidas e atendidas com qualidade, mesmo que sejam nos últimos momentos da vida. O cuidado é capaz de identificar o sujeito que reside em cada um dos seres humanos e retificar a pessoa que há em todos nós. A indiferença, presente na sociedade, é a manifestação máxima da ausência de compromisso com o próximo. Os serviços de saúde podem dar atenção e cuidado a todas as pessoas que sofrem física ou psiquicamente. Não podemos deixar sem atenção quem quer que seja, e mais do que acolher e reparar, devemos dar valor à pessoa, reconhecendo-a como sujeito com necessidades similares.

É preciso falar das violências que as pessoas idosas sofrem, violências essas, muitas das vezes, fundamentadas no preconceito e na discriminação etária. Velho é ainda, para boa parte da sociedade, aquilo que não tem mais utilidade e, portanto, passível de descarte e de troca. Precisamos criar uma cultura de valorização dos mais velhos em busca de uma sociedade que seja igualitária a todas as idades. Precisamos falar da violência ao idoso como se fala da violência à criança, ao adolescente, à mulher e a outros grupos. Precisamos dar visibilidade à violência contra os idosos, para que as pessoas se sensibilizem. É a violência que ocorre,

principalmente nos lares, nas instituições e na vida pública. Qualquer forma de violência é violação de direitos humanos. Há várias formas de encarar essa questão e todas essas formas começam pelo entendimento de que violência é violação de direitos.

É muito delicado e complexo trabalhar as questões da violência praticada contra pessoas idosas. As desvantagens desse grupo são infinitas, ainda mais se levarmos em consideração o fato de que muitas vezes o envelhecimento fragiliza, debilita, incapacita e diminui as defesas. As redes familiares e sociais de apoio se reduzem, deixando a pessoa idosa mais vulnerável.

Toda e qualquer forma de violência (visível e invisível) é abominável, pois fere os direitos da pessoa humana. Muita coisa pode ser feita para prevenir, minimizar, reduzir ou superar a violência.

É preciso romper o pacto do silêncio. Silêncio é cumplicidade. Pessoas idosas precisam ser respeitadas nos seus direitos. A sociedade não deve ficar na contramão dos direitos adquiridos na história da humanidade. É necessário entender que envelhecer com dignidade é um direito humano fundamental.

A invisibilidade da velhice está presente nas diversas formas da vida social e ela é o resultado da falta de reconhecimento da velhice como categoria social e política. A invisibilidade está presente nos diversos tipos de relacionamento e nas representações socialmente legitimadas. Familiares, amigos, profissionais da saúde, instituições públicas e privadas, todos têm a responsabilidade de dar visibilidade ao segmento etário maior de 60 anos, incentivando a sua autonomia e participação social.

Os profissionais da saúde não podem se converter no pólo passivo das vítimas de violência e nem nos pólos ativos da violência. As dificuldades no processo de trabalho ou na organização do sistema de saúde não podem

ser justificativas para deslegitimar os usuários do sistema de saúde público. Profissionais de saúde não podem colaborar com nenhuma forma de atentado à dignidade humana, à negligência ou a maus-tratos, formas estas descritas nos discursos dos entrevistados. Os profissionais de saúde são profissionais da vida. Na medida em que os profissionais reconhecem que, tanto a instituição onde trabalham, bem como colegas seus, cometem a violência institucional, torna-se imperativo que ações sejam desenvolvidas para a melhoria das condições de atendimento da população que necessita dos serviços públicos de saúde.

Resolver a escassez dos recursos públicos destinados à atenção da população idosa e à implementação de políticas públicas e serviços previstos na legislação vigente poderá contribuir grandemente para a melhoria do atendimento às pessoas idosas. É importante ainda investir na formação e na especialização dos profissionais que trabalham com a população idosa, em todos os níveis e para todas as categorias, de forma a disseminar conhecimentos sobre as particularidades do envelhecimento e do cuidado com a pessoa idosa.

Os profissionais, especialmente os da saúde, ainda não estão voltados para o reconhecimento das violências que as pessoas idosas podem sofrer. A sua capacitação para a detecção de violências e para o correto procedimento diante de uma suspeita de violência é responsabilidade dos formadores e dos gestores dos serviços de saúde.

Na cidade de São Paulo se busca a implantação de um sistema de vigilância dos casos de violência contra a pessoa idosa. Para tanto, há necessidade de efetiva implantação da Ficha de Notificação de Violência contra a pessoa idosa no sistema público e particular de saúde, conforme determina o artigo 19 do Estatuto do Idoso. A Ficha de Notificação por si mesma não evidenciará o fenômeno. Gestores públicos precisam incentivar que seus profissionais notifiquem a violência. Mas não adiantará a prática da notificação se não houver a implantação, monitoramento e acompanhamento

de um sistema de notificação dos casos. A análise dos dados poderá contribuir muito para políticas propositivas e resolutivas da violência contra a pessoa idosa. Os serviços já existentes e os que estão por vir deverão funcionar por meio do conceito de rede.

Além disso, o debate público com a sociedade é necessário. Debates sobre a violência aos mais velhos, a prevenção do abuso, a identificação e a resolução eficiente dos casos são pontos cruciais para que o respeito à pessoa idosa, vítima de violência, e a todos os cidadãos idosos brasileiros seja exercido.

Incluimos mais uma música na Trilha Sonora para encerrar esta pesquisa. Arnaldo Antunes compôs a música “*O Pulso*”. Quem sabe, a letra e a melodia serão capazes de nos transportar para as salas, macas, enfermarias e até mesmo para a sala de “choque” com seus equipamentos de monitorização e bips repetitivos da emergência do hospital pesquisado. A música nos lembra o tempo todo que “*o pulso ainda pulsa e o corpo ainda é pouco. Ainda pulsa. Ainda é pouco. Pulso. Pulsa*”. Se o pulso ainda pulsa é porque ainda há vida. Ainda há esperanças. Por isso, o pulso ainda pulsa.

PALAVRA FINAL

*Onde você vê um obstáculo, alguém vê o término da viagem e o outro vê
uma chance de crescer.*

*Onde você vê um motivo para se irritar, alguém vê a tragédia total e o outro
vê uma prova para sua paciência.*

*Onde você vê a morte, alguém vê o fim e o outro vê o começo de uma nova
etapa...*

*Onde você vê a fortuna, alguém vê a riqueza material e o outro pode
encontrar por trás de tudo, a dor e a miséria total.*

*Onde você vê a teimosia, alguém vê a ignorância e um outro compreende as
limitações do companheiro, percebendo que cada qual caminha em seu
próprio passo; e que é inútil querer apressar o passo do outro, a não ser que
ele deseje isso.*

Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar.

Porque eu sou do tamanho do que vejo.

E não do tamanho da minha altura.

Fernando Pessoa

11. REFERÊNCIAS

Abdala-Filho E. Violência e saúde: quando o médico é vulnerável. *Bioética*. 2004, 12(2): 121-126.

Agudelo SF. Violência, cidadania e saúde Pública. In: Barata RB, Almeida Filho NM de, Barreto ML, Veras RP, organizadores. *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1997; 39-62.

Arendt H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2003-4; 8 (14):73-92.

Ayres JRCM. Cuidado e Humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006; páginas?

Barros MML. Envelhecimento, cultura e transformações sociais. In: Py L et al. *Tempo de envelhecer*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2004; 39-60

Beauvoir S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova fronteira; 1990.

Berzins MAVS, Mercadante EF. Velhos, cães e gatos: interpretação de uma relação. In: Gusmão NMM, Simson ORM. *Velhice e Diferenças na vida Contemporânea*. Campinas: Alínea Editora; 2006. páginas

Berzins MAVS, Watanabe HAW. Violência contra idosos: do invisível ao visível. In: Corte B. *Velhice, envelhecimento e complexidade*. São Paulo: Vetor Editora; 2005; 306-326.

Berzins MAVS. Velhos, cães e gatos: interpretação de uma relação [dissertação de mestrado]. São Paulo: PUC; 2001.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. São Paulo, Vozes: 1999.

Bosi E. Memória e sociedade: lembrança de velhos. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.

Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil. 2001.

Brandão VMAT. Labirintos da memória: quem sou? São Paulo: Paulus; 2008.

Brasil. Estatuto do idoso. Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Diário Oficial da União, 03 out. 2003. edição nº 192.

Casares, AB. Diario de la guerra del cerdo. Buenos Aires: Emecé Editores; 1969.

Cedaro JJ. O fenômeno transferencial na instituição hospitalar [dissertação de mestrado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 2000.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública. 1997; 31(2):184-200.

Chauí M. Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar; 1984. Participando do debate sobre mulher e violência. V4; p. 23-62

Côrte B. Velhice e violência na mídia: as narrativas na cobertura dos jornais diários de SP [relatório final de pesquisa de pós-doutorado]. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes da USP; 2007.

D'Oliveira AFPL. Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1996.

D'Oliveira AFPL. Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2000.

Debert GG. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe Social e etnicidade. In: Neri AL, Debert GG, organizadores. Velhice e sociedade. Campinas: Papyrus Editora; 2004. [páginas?](#)

Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: EDUSP; 1999.

Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Dourado M. A velhice e seus destinos. Terceira Idade. 2006; 17(37):7-15.

Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.

Scorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

Espíndola CR, Blay SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. Rev Saúde Pública. 2007; 41 (2); 301-306.

Faleiros VP. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressões. Brasília: Editora Universo; 2007.

Ferreira ABH. Mini Aurélio o dicionário da língua portuguesa revista e ampliada. São Paulo: Positivo Editora; 2004.

Ferreira AMTGB, Derntl A. Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem. Mundo Saúde. 2005; 29(4):510-22.

Ferreira AMTGB. Ouvindo o idoso hospitalizado: direito envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Florêncio MVDL, Ferreira Filha MO, Sá LD. A violência contra o Idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. Rev Elet Enferm. 2007 [acesso em 20 dez. 2008]; 9(3):847-57. Disponível em:

Gaioli CCL. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Garcia Férez J. Bioética y personas mayores. Madrid: Portal Mayores; 2003. (Informes Portal mayores nº 4) [acesso em 24 fev. 2005]. Disponível em <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf> >

Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Goldfarb DC. Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.

Gouveia R. Prefácio. In: Diniz CSG. Direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo; 2003.

Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/8.pdf>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. São Paulo; 2006. [acesso em 15 ago. 2008]

Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/comentarios2006.pdf>.

Latour B, Woolgar S. A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1997.

Lévy, A. Violência, mudança e desconstrução. In: Araújo JNG, Carreiro TC. Cenários sociais e abordagem clínica. Belo Horizonte: Escuta; 2001.

Lopes A. Apresentação: velhice, heterogeneidade e a dança dos esquisitos. In: Gusmão NMM, Simson ORM. Velhice e Diferenças na vida Contemporânea. Campinas: Alínea Editora; 2006; p ?

Lopes ESL. Encontros intergeracionais e representação social. Campinas: Editora Setembro; 2008.

Lopes RGC. Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: Néri AL (org). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. Rio de Janeiro: SESC Nacional; 2007; p.141-152

Luna SV. Planejamento de pesquisa. São Paulo: EDUC; 1996.

Machado L, Queiroz Z. Negligência e maus tratos. In: Freitas EV et al. Tratado de Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1152-9.

Menezes MR. Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1999.

Mercadante EF. A identidade e a subjetividade do idoso. Rev Kairós. 1998; 1:59-77.

Mercadante EF. Velhice: a identidade estigmatizada. Serv Soc Soc. 2003; 73:55-73.

Mercadante EF. Velhice: uma questão complexa. In: Corte B. Velhice, envelhecimento e complexidade. São Paulo: Vetor Editora; 2005. p. 23-34.

Messy J. A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph; 1993.

Minayo MCS e Coimbra JR, CEA. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2002.

Minayo MCS, Souza ER (org). Violência sob o olhar da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. As múltiplas mensagens da violência contra idosos; p. 223-242.

Minayo MCS, Souza ER. (org) Violência sob o olhar da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90; p. 49-81.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

Minayo MCS. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. Rev Bras Educ Méd. 2005; 29(1): páginas?.

Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; 2005.

Ministério da Saúde. Plano nacional de prevenção da violência 2004-2007. Brasília; 2004.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004.

Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília; 2002.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 29 de Outubro de 2006. Brasília; 2006.

Ministério da Saúde. Projeto de reorganização da atenção às urgências: implantação do componente pré-hospitalar móvel e regulação da atenção às Urgências (SAMU). Brasília; 2003.

Ministério da Saúde. Violência contra idosos: é possível prevenir; impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; 2005.

Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço. Brasília; 2002.

Minois G. História da velhice no ocidente. Lisboa: Editorial Teorema; 1999.

Monteiro PP. Envelhecer ou morrer, eis a questão. Belo Horizonte: Gutemberg; 2008.

Monteiro PP. Envelhecer, histórias, encontros e transformações. Rio de Janeiro: Autêntica; 2001.

Morin E. Epistemologia da complexidade. In: Schnitman DF, organizador. Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996; p. 274-286.

Neri AL, Freire AS (org) E por falar em boa velhice. São Paulo: Papirus; 2000.

Neri AL. (org). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. Rio de Janeiro: Sesc Nacional; 2007. Atitudes e preconceitos em relação à velhice; p. 33-46.

Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2004, 20(supl. 2): páginas.

Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002.

Organização Panamericana de Saúde. Salud y violencia: plan de acción regional. Washington (US); 2002.

Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Genebra; 2003.

Organización Mundial de la Salud. Voces ausentes. Ginebra; 2002.

Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto M, organizador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996.

Perdigão AC. A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: os pressupostos filosóficos. Anál Psicol. 2003; 4(21):485-97. [acesso em 20 nov

2008] Disponível em:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n4/v21n4a07.pdf>

Pessini L, Bertachini L. Introdução: humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.

Pessoa F. Obra poética em um volume. Rio de Janeiro: Companhia José Aguilar Editora; 1972.

Prochnow AG. Teoria Interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. Rev Lat Am Enferm. 2005, 13(4):583-90.

Queiroz ZPV. Identificação e prevenção de negligência em idosos. In: Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. Bioética, longevidade humana. São Paulo: Edições Loyola; 2006.

Queiroz ZPV. Violência contra a velhice: considerações preliminares sobre uma nova questão social. Mundo Saúde. 1997; 21(4):204-207.

Rodríguez Rovira E. Salud y persona mayores: la discriminación sanitaria del mayor. Espanha: Cantabria Acadêmica; 2004.

Rosenthal C, Scheffer M. As escolhas de Sofia; devem-se estabelecer diretrizes para o uso de leitos de UTI. Folha de São Paulo, 2005 abr 16. Opinião, A3.

Sá MC. Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência [tese de doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 2005.

Sanches MC, Porto MRS. Violência, insegurança e imaginário do medo. Cad CEDES. 1998; 19(47):51-66.

Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.

Schirrmacher F. A revolução dos Idosos. Rio de Janeiro: Campus; 2005.

Schirrmacher F. El complot de Matusalén: que no te frene el miedo a envejecer. Espanha: Taurus; 2004.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos. O estatuto do idoso e outros atos legais. Brasília; 2008.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano de ação internacional para o envelhecimento. Brasília; 2003.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Implementação das Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília; 2007.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e sabedoria. Brasília; 2004.

Serviço Social e Sociedade. Proposta básica para o projeto de formação profissional. São Paulo: Cortez; 1996; 17(50).

Sobania LC. A ética na emergência: desafios éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1993.

Styron W. A escolha de Sofia. Rio de Janeiro: Record; 1982.

Subsecretaria dos Direitos Humanos. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília; 2005.

Subsecretaria dos Direitos Humanos. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília; 2005.

World Health Organization. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva; 2002.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Alves R. As cores do crepúsculo: a estética do envelhecer. Campinas: Papyrus; 2003.

Araneda NG. Maltrato a las personas mayores: una realidad oculta. Chile: Universidad del Bio-Bio; 2006.

Berzins MAVS. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. Serv Soc Soc. 2003; 24(73):19-34.

Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital. Porto: Edições Afrontamento; 1998.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

Galeano E. As veias abertas da América Latina. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Malos tratos a personas mayores: guia de actuación. Madrid; 2005.

Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Vejez, negligencia, abuso y maltrato: la perspectiva de los mayores y de los profesionales. Madrid; 2004.

Monteiro PP. Somos velhos porque o tempo não pára. In: Corte B. Velhice, envelhecimento e complexidade. São Paulo: Vetor Editora; 2005. p. 57-81.

Naciones Unidas. El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial; informe da Comisión de Desarrollo Social do Consejo Económico y Social. Nueva York: ONU; 2002.

Novaes MV. As representações sociais dos alunos de graduação em enfermagem sobre "ser velho" e "cuidar de velhos [dissertação de mestrado]. São Paulo; Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Pereira RJ, Mitre Cota RM, Priore SE. Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo. Mundo Saúde. 2005; 29(29): 475-483.

Puijalom B, Trincaz J. Le droit de vieillir. Paris: Fayard; 1994.

Quinn MJ, Tomita SK. Elder abuse and neglect. New York: Springer

SITES CONSULTADOS

<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=947&sid=25>

entrevista temporão MS em 25/11/08 a carta capital

www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm em 25 de Janeiro de 2006.

<http://www.webster.edu/~woolfm/ageismlist.html> em 25 de janeiro de 2006

<http://200.190.254.202/lib/emailorpint.cfm?id=2674&type=lib> em 15 de janeiro de 2006.

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/319/7221/1353> em 16 de Janeiro de 2006.

<http://idh.chiapas.gob.mx/spanish/Articulos/?id=17> em 09 de agosto de 2005.

<http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloid=3710> em 09 de agosto de 2005

ANEXO I

PROJETO DE PESQUISA

MINUTA DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Identificação
Nome, idade e profissão

2. Velhice
O que é a velhice?
Você atende pessoas idosas?
Como você as percebe?

3. Violência institucional
O que é violência institucional?
Ler o conceito do Ministério da Saúde
O que você me diz deste conceito?

ANEXO II

Modelo da Ficha com o conceito de violência institucional apresentada para a leitura dos profissionais.

CONCEITO DE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Violência Institucional é aquela exercida no/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional. São exemplos:

- Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
- Falta de escuta e tempo para a clientela;
- Frieza, rispidez, falta de atenção, negligencia;
- Maus tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental;
- Desqualificação do saber prático, da experiência de vidas diante do saber científico;
- Violência física (por exemplo: negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente a necessidades do serviço ou do profissional);
- Detrimento das necessidades e direitos da clientela;
- Proibição ou obrigatoriedade de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos;
- Críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informação e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento e internação.
- Diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.