

Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimação: um estudo qualitativo

Ana Paula Gil¹ e Ana João Santos²

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar, a partir da utilização de técnicas qualitativas (entrevistas e *focus group*), a heterogeneidade das atitudes e representações sociais face ao processo de envelhecimento e vitimação. Estes fenómenos são geradores de imagens estereotipadas, diferenciadas de acordo com o espaço quotidiano em que os indivíduos se posicionam socialmente. As conceções ambivalentes sobre o processo de envelhecer (doença/problema *versus* aprendizagem/sabedoria) e de vitimação (atos de violências e condições adversas às práticas de cuidar) constituem formas de interpretação sobre a realidade social, que é necessário compreender quando se pretende estudar o problema da violência contra as pessoas idosas.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo; Violência; Pessoas idosas; Contexto familiar.

Abstract

Symbols around the process of ageing and victimization: a qualitative study

The aim of this article is to analyze, using qualitative techniques (interviews and focus group), the heterogeneity of social representations in relation to the aging process and victimization. Both phenomena imply different stereotyped images according social position occupied by individuals. The ambivalent ideas about the ageing process (disease/problem versus wisdom/learning) and victimization (violence acts and adverse conditions of family care practices) are forms of interpretation about the social reality, which is necessary to understand when we intend to study the problem of violence against the elderly.

Keywords: Active ageing; Violence; Elderly people; Family context.

¹ Ana Paula Gil, Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge I. P. (Lisboa, Portugal). *E-mail*: ana.gil@insa.min-saude.pt

² Ana João Santos, Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (Lisboa, Portugal). *E-mail*: ana.carvalho@insa.min-saude.pt

Resumé | *Les symboles autour du processus de vieillissement et de la victimisation: une étude qualitative*

Ce texte a, comme objectif, d'analyser, par l'utilisation des techniques qualitatives (des interviews et des *focus-group*) l'hétérogénéité des attitudes et des représentations sociales face au processus de vieillissement et de victimisation. Ces phénomènes sont producteurs d'images stéréotypées, diversifiées selon l'espace du quotidien où les individus s'encadrent socialement. Les conceptions ambivalentes sur le processus de vieillir (maladie/problème versus apprentissage/savoir) et de victimisation (des actes de violence et des conditions adverses aux pratiques de soigner) constituent des formes d'interprétation sur la réalité sociale qu'il faut comprendre quand on souhaite étudier le problème de la violence sur les personnes âgées.

Mots-clés: Vieillesse active; Violence; Personnes âgées; Contexte familial.

Resumen | *Símbolos en torno del proceso de envejecimiento y de la victimización: un estudio cualitativo*

Este artículo tiene como objetivo, a partir de la utilización de técnicas cualitativas (entrevista y *focus group*), analizar la heterogeneidad de las actitudes y representaciones sociales en relación con el proceso de envejecimiento y victimización. Estos fenómenos son generadores de imágenes estereotipadas, diferenciadas de acuerdo con el espacio cotidiano en el que los individuos se posicionan socialmente. Las concepciones ambivalentes sobre el proceso de envejecimiento (enfermedad/problema *versus* aprendizaje/sabiduría) y de victimización (actos de violencia y condiciones adversas a las prácticas de cuidar) constituyen formas de interpretación sobre la realidad social, que es necesario comprender cuando se pretende estudiar el problema de la violencia contra las personas ancianas.

Palabras clave: Envejecimiento activo; Violencia; Personas ancianas; Contexto familiar.

Introdução

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, propôs o conceito de envelhecimento ativo como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Com esta proposta lançada pela OMS, pretendia-se atribuir utilidade social à designada fase da inatividade do ciclo de vida – tempo da reforma –, concebida como um tempo de desvalorização social, de

perda de papéis sociais associados ao mundo do trabalho. Por um lado, pretendia-se, efetuar a rutura com pré-noções e estereótipos da velhice como um tempo de não trabalho e de improdutividade. Por outro lado, a adoção de uma perspetiva mais global do ciclo de vida pressupõe o reconhecimento de que a categoria social – inativos – constitui um grupo heterogéneo, em termos de necessidades, grupos de pertença e espaços temporais. Por isso, há que distinguir diferentes fases em termos de idades de vida e processos de envelhecer. Numa primeira etapa, estão todos aqueles que saem precocemente do mercado de trabalho, consequência do desemprego, da reforma antecipada ou por obrigações familiares, que se distanciam daqueles que, ao atingirem a idade da reforma, se debatem com a transição do trabalho ao não trabalho. E, por último, a fase final da vida, designada por quarta idade, ao contemplarem todos aqueles que, pela doença e incapacidade funcional, são afastados da vida social e do exercício de participação social (Gil, 2007).

O modo de conceber a velhice prende-se com imagens, perceções e atitudes face ao processo de envelhecimento, ou seja, com o modo como o processo é vivido e enquadrado temporal e espacialmente. Contrariamente a uma imagem da velhice como uma realidade homogénea emerge uma multiplicidade de vivências associadas ao ato de envelhecer, uma vez que “os comportamentos e práticas de velhice são resultantes de diferentes velhos que, foram, também e por sua vez, diferentes novos” (Dionísio, 2001: 242).

O próprio conceito de envelhecimento ativo veio realçar a heterogeneidade individual e social inerente ao processo de envelhecimento biológico, psicoafetivo e social dos indivíduos. Já na década de 70, Guillemard e Lenoir (1976) sustentavam que a velhice, longe de ser um processo biológico e natural, é o resultado de um percurso de vida, ou seja, de uma escolarização, de um trabalho, de um modo de vida familiar e social e da adoção, ou não, de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

A reflexão que aqui propomos desenvolver pretende realçar que o ato de envelhecer, de forma saudável e ativa, constitui uma forma de imputação positiva ao processo de envelhecimento, que decorre das trajetórias de vida individual, mas também comporta imagens estereotipadas, diferenciadas de acordo com o espaço quotidiano em que os indivíduos se movem e interagem.

Ao incidirmos, também, no processo de vitimação na velhice pretendemos captar representações coletivas face ao problema da violência, a partir de dois grupos

distintos (vítimas e não vítimas). Estas representações sociais constituem sistemas de pensamento que relacionam os sujeitos com o mundo e com os demais, e permitem interpretar e reconstruir, significativamente, a realidade, que é resultante do modo como os atores sociais representam socialmente esse objeto e do significado que estes adquirem no seu quotidiano (Jodelet, 1984).

Estes diferentes significados irão permitir desvendar como ambos os conceitos, envelhecimento e violência, podem expressar interpretações, quer de valorização, quer de desvalorização.

1. Tempos e espaços quotidianos: uma discussão em torno dos significados de envelhecer

De que forma pessoas da mesma idade, com percursos de vida distintos, assumem posicionamentos opostos face ao processo de envelhecimento? Como é que os indivíduos se identificam e se distanciam face à pertença do grupo com 65 e mais anos? Como estruturam o seu quotidiano? Que interpretações fazem do “eu”, do “nós” e dos “outros”? Estas questões guiaram a presente reflexão e remetem para os conceitos de tempo e de espaço.

A Sociologia da Vida Quotidiana veio-nos ensinar que os atores sociais estabelecem uma relação de uso com o tempo e o espaço, sendo nessa relação que emerge a apropriação das vivências sociais e se constroem os quotidianos. A categoria do tempo e do espaço remete-nos, também, para o conceito de Simmel. “O espaço é uma forma que em si mesma não produz efeito algum”. O que tem importância social não é o espaço, mas as “vivências sociais que nele decorrem e que o convertem de um vazio em algo com significado sociológico” (Simmel, 1977: 644 citado por Machado Pais, 1986: 21).

Se Simmel concebia a sociedade “como a interação entre os indivíduos, a descrição das formas de interação é tarefa de uma ciência específica, em seu sentido mais estrito” (Simmel, 1977: 33), significa que competia à Sociologia captar as formas subjacentes das interações e criar uma geometria da vida social.

A mobilização deste conceito parece-nos de todo interessante, dado que as interações sociais que ocorrem nos diferentes espaços institucionais eleitos de observação (universidades sénior, centros de dia, juntas de freguesia) levam os seus

atores sociais, através dos seus discursos, a utilizar palavras e gestos, e a construir perceções e interpretações em torno do envelhecimento.

Machado Pais (1986) define quotidiano como um tempo linear, progressivo, de repetição e de rotinas, que é, ao mesmo tempo, um tempo de sentidos imprevistos, de ruturas e de novas descobertas. Se a realidade da vida quotidiana não se esgota nas presenças imediatas, a vida quotidiana pode ser caracterizada por diferentes graus de proximidade e afastamento, tanto espacial, como temporal. “O mais próximo de mim é a zona diretamente acessível à minha manipulação corporal. Sei, contudo, que a realidade da vida quotidiana inclui zonas que não me resultam acessíveis desta maneira” (Machado Pais, 1986: 14-15).

A categoria de inclusão (pertença) e exclusão (distanciamento) remete-nos para o conceito de identidade. A identidade surge como uma atribuição, jogando-se toda a produção identitária entre o “eu” e os “outros”, através do reconhecimento dessa atribuição, em situações de relação ou interação social, privilegiando, assim, uma aproximação conceptual de carácter relacional (Madureira Pinto, 1991).

Ao mobilizar conceitos como o de tempo, de espaço, de interação social e de identidade, pretende-se analisar as diferentes perceções em torno do significado do ato de envelhecer, na relação entre a produção da identidade, enquanto processo de pertença (o “nós”) *versus* de distanciamento e de negação (os “outros”), bem como as diferentes implicações para os referenciais identitários em espaços destinados e frequentados para velhos.

Ao centrarmo-nos nos significados que os atores sociais atribuem ao constructo envelhecer ativamente e de forma saudável e segura, pretende-se centrar a análise no eixo da segurança; pressuposto no qual o conceito de envelhecimento ativo assenta. A promoção de ambientes seguros e amigáveis, nos quais a prevenção e a proteção contra a violência se inserem, remete-nos, também, para o significado que os indivíduos atribuem aos conceitos de mau-trato, de abuso, de violência e de negligência. Partindo do ponto de vista dos atores sociais, ao compreender as formas de justificação e interpretação da realidade social estaremos a captar valores, estereótipos e crenças relativas ao processo de envelhecimento e à violência. Estes constituem as duas dimensões de análise e o elo central do estudo empírico que foi realizado junto de uma população com 60 e mais anos.

2. Notas metodológicas

Os dados aqui apresentados inserem-se no âmbito da fase exploratória do projeto de investigação “Envelhecimento e Violência”³. Este estudo tem como objetivo identificar e caracterizar as situações de violência (física, psicológica, financeira, sexual e de negligência) a que estão sujeitas as pessoas com 60 e mais anos, em contexto familiar, residentes em Portugal, de modo a estimar a prevalência do problema e os fatores de risco.

De forma a analisar algumas das contradições e dos problemas associados à temática da violência no contexto doméstico, partimos de uma estratégia metodológica essencialmente qualitativa, entrevistas em profundidade e dinamização de *focus group*, identificando dois grupos: vítimas e não vítimas.

Na fase preparatória do projeto “Envelhecimento e Violência” realizaram-se 13 entrevistas exploratórias em profundidade a vítimas, selecionadas a partir da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)⁴ e doutras entidades (junta de freguesia e Polícia de Segurança Pública – PSP). As entrevistas tiveram como objetivo explorar a complexidade do problema. Partindo de vários perfis de vítimas procurou-se compreender a história de vitimação, os ato (s) de violência, as condições de ocorrência, as características do agressor, o tipo de relação (familiar, amizade, vizinho, formal) e as perceções sobre a vitimação (motivações, razões, problemas). Os resultados aqui apresentados focam, apenas, as situações de vitimação perpetradas por descendentes e a análise de seis entrevistas permitiu-nos, não só compreender a história de vitimação, como captar as perceções sobre a forma como esta se relaciona com o processo de envelhecimento.

A perspetiva do grupo de não-vítimas foi obtida através da dinamização de *focus group*. Esta técnica de recolha de dados consiste na utilização da interação grupal como um meio de produção de dados exploratórios e de identificação de diferentes posicionamentos sobre um determinado tema (Flick, 2005; Duchesne e Haegel, 2004).

³ Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (Ref. PTDC/CS-SOC/110311/2009) que tem como entidade proponente o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. e entidades parceiras: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima; CESNOVA/ Faculdade de Ciências Sociais e Humanas; Instituto da Segurança Social, I. P., Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP e Guarda Nacional Republicana.

⁴ Agradece-se à Dr.ª Maria de Oliveira da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, entidade parceira do projeto Envelhecimento e Violência, toda a colaboração prestada na seleção das vítimas entrevistadas.

Para a dinamização dos *focus group*⁵ partimos da matriz conceptual do envelhecimento ativo. Esta opção foi intencional de modo a chegar ao eixo da segurança, ou seja, aos aspetos referentes à proteção e à prevenção da violência. Procurou-se explorar as definições e as perceções da violência contra as pessoas idosas, a partir de um grupo de pessoas com 60 e mais anos. No total, foram contempladas 60 pessoas distribuídas por 4 subgrupos, provenientes de diferentes fontes de seleção (universidade sénior, centro de dia, juntas de freguesia) e oriundas do meio urbano, semiurbano e rural da Área Metropolitana de Lisboa. Os quatro *focus group* contaram com a participação de grupos heterogéneos de pessoas (máximo de 20 pessoas), homens e mulheres, oriundos de diferentes idades e de diversas categorias socioprofissionais.

Como eixos de discussão definiram-se os seguintes: “O que significa envelhecer?”; “Que fatores contribuem para a qualidade de vida após a reforma?”; “Na sua rede de contactos conhece alguém (60 e + anos) que seja vítima de alguma forma de violência?”; “Quais as formas de violências identificadas e descritas?”; “Quais as principais causas para a ocorrência da violência?”.

As entrevistas individuais e coletivas foram alvo de uma análise de conteúdo temática (Guerra, 2006).

3. Imagens construídas em torno do envelhecimento no tempo e espaço quotidiano: a perspetiva de grupo

3.1. Do envelhecimento como problema ao envelhecimento como aprendizagem

Começando pelo significado que os participantes do *focus group* atribuem ao processo de envelhecimento, ou seja, “O que significa envelhecer?” e “Que fatores contribuem para a qualidade de vida após a reforma?”, o discurso dos participantes tende a ser homogeneizante, dependendo dos espaços coletivos em que os mesmos interagem (Cf. Quadro 1).

⁵ A todos os que tornaram possível a organização dos *focus group*. À Dr.^a Armandina Matias da Universidade Sénior – Vila Franca de Xira. À Dr.^a Isabel de Sousa da Câmara Municipal de Sintra (Divisão de Saúde e Ação Social). À Dr.^a Paula Pombal do Centro Social Paroquial e à Ana Teresa Barradas da Junta de freguesia da Cruz Quebrada. Também à Rita Marques que colaborou na dinamização dos *focus group* e na transcrição das entrevistas coletivas.

No *focus group* 1, dinamizado num centro de dia pertencente a um centro paroquial, o discurso é centrado na doença e na vulnerabilidade (física, mental, social e familiar), decorrentes do processo biológico e da perda de capacidades (físicas, psicológicas). Daqui emerge a imagem de que envelhecer implica ter uma idade avançada – “É ter mais idade. E ficarmos sem forças. Ficarmos sem forças nas pernas” (G1, E10) –, e perder a mobilidade e a vontade – “É não andar, é perder a vontade. É vir para aqui e não fazer mais nada” (G1, E.6).

O que contribui para se envelhecer com qualidade de vida? É consensual para os participantes a necessidade de ter atividade, o “não parar” (G1 E10). “O que é preciso é não parar ou ficar em casa sem fazer nada (...). Tem de se caminhar, andar e fazer sempre coisas” (G1, E16).

Combater a doença passa por permanecer ativo (caminhar, andar, fazer coisas, fazer atividades), constituindo o traço central para um envelhecimento com qualidade.

O *focus group* 1 distingue-se dos participantes da Universidade Sénior (*focus group* 2), mais jovens e mais qualificados. E, aqui, temos dois discursos ambivalentes, que se polarizam e são geradores de controvérsias no grupo: o envelhecer-doença e o envelhecer-aprendizagem.

“Envelhecer é passar o tempo” (G2, E7), com atividade. A ocupação não surge associada ao valor económico do trabalho, mas à ocupação do tempo livre. Do mesmo modo, importa-se dos referenciais do trabalho, a noção de rotinas, com cumprimentos de horários, pressuposto importante para se envelhecer de forma ativa e saudável.

“Eu penso que o principal é a pessoa ter condições monetárias (...) a seguir é ter ocupação (...) tentar ocupar o tempo, se possível com horários, porque os horários, as pessoas que trabalhavam tinham de cumprir horários, e se ficam em casa sem essa obrigação dá origem ao desleixo” (G2, E8).

A falta de horários e de uma ocupação tem consequências inevitáveis na saúde: “perda de regras” (G2, E7); “a falta de regras e depois vai notar-se mais adiante na saúde” (G2, E8). Ter uma ocupação após a reforma é transversal a todos os participantes. Uns como prevenção da doença, outros por uma questão de saúde mental: “é importante manter a cabeça ocupada” (G3, E2).

Se as rotinas são importantes porque estruturam e organizam a vida quotidiana dos indivíduos, são, também, um espaço de criação e de novas aprendizagens, ou seja, o

“quotidiano não é apenas o espaço de realização de atividades repetitivas: é também um lugar de inovação” (Pais, 1986: 14).

Daqui emergem duas perspetivas face ao envelhecimento, que são geradoras de controvérsia no grupo 2. O **envelhecer-doença**, uma visão que assenta na incerteza face ao futuro, no medo da doença, da incapacidade (física e mental) e da dependência face a terceiros.

“A velhice em si quando a pessoa começa a chegar à maturidade, a ver uma folhar cair, há uma analogia, não é? (...) A preocupação de nós, já de idade, é o futuro, o que é que vai ser de nós? Vamos para um lar? Não sabemos. Ficamos em casa sozinhos? Com a ajuda de alguém? Ficaremos dependentes? Seremos obrigados a usar fraldas? Ficaremos senis? ...Quer dizer, perdemos a memória, não é? É a dependência de tudo.” (G2, E13).

Esta visão (envelhecer-doença) opõe-se a uma perspetiva mais positiva do processo, **envelhecimento** associado a **novas aprendizagens**. Envelhecer é saber, é experiência de vida e conhecimento acumulado. É saber gerir o quotidiano, é dar utilidade ao tempo, com as capacidades adquiridas ao longo do ciclo de vida, e assim manter a qualidade de vida.

“Não penso nada assim. Posso dizer uma coisa? O que significa envelhecer (...), é mais saber, embora as nossas capacidades físicas possam ser diminuídas, mas não há dúvida de que nós não envelhecemos, atingimos mais saber e não podemos estar a pensar no futuro. Há que saber gerir o dia a dia (...), vir para aqui, conviver (...) o nosso saber, que é muito importante e partir daí temos mais qualidade de vida (...). Não vale a pena estarmos a lamentar se vamos precisar do lar ou das fraldas, ou disto ou daquilo” (G2, E11).

“Para mim o envelhecer não passa de mais do que uma etapa da vida, tal qual como a juventude (...) agora sinto-me bem a envelhecer (...) todas essas etapas são importantes dentro do ser humano. (...) Aproveitar o melhor que ela nos oferece (...) só que nós não podemos ficar dependentes de que um dia vamos ser limitados, porque somos, mas isso é a ordem natural das coisas, nós vamos ter as nossas limitações, mas há que aceita-las, mas há que também tirar o partido melhor do envelhecimento, temos a experiência que ninguém nos tira, (...) toda a experiência que vivemos no dia a dia, os amigos que fizemos, aquilo que podemos frequentar,

os netos que criamos, eu penso que a vida dá-nos tanto (...) vivemos à vontade, fazemos realmente aquilo que nos dá prazer,... É um privilégio do envelhecimento” (G2, E10)

Estes dois posicionamentos (envelhecimento-sabedoria *versus* envelhecimento-problema) foram identificados, também, no *focus group* 4, no qual participaram representantes das freguesias urbanas de um concelho da Área Metropolitana de Lisboa. O envelhecimento-sabedoria constitui uma forma de prevenir o sentimento de dependência face a terceiros.

“Envelhecer são anos de sabedoria. A pessoa ao envelhecer desde que nasce até aquela idade passa por muitas fases. Aprende a compreender melhor certas coisas que vão acontecendo que não se está preparada... Mas a própria idade faz com que as pessoas amadureçam e compreendam os outros também (...) Se eu tiver um envelhecimento bom, adquire conhecimento e transmito também aos outros, é uma mais-valia, saber envelhecer... Ter a mente sempre ocupada e não dá pelo envelhecimento” (G4, E1).

Posicionamento que é, desde logo, rebatido por um outro participante, fator que contribuiu para que o grupo se organizasse em termos de argumentação – o envelhecer problema.

“Envelhecer hoje em dia é para mim um problema, um problema pessoal porque as pessoas vivem mais (...): falta de dinheiro, falta de saúde, falta de apoios (...) Eu penso e digo: estou a ficar velho e fico preocupado em ter esses problemas que eu estou a lidar e vejo... envelhecer para mim é um problema (...) Uma pessoa que trabalha uma vida inteira, chega a uma determinada fase da vida e está dependente, que a família não liga, é o caso de idosos abandonados que ficam e estão abandonados nos hospitais, que ficam em casa (...) as dependências que as pessoas ganham à medida que a idade vai avançando” (G4, E2).

A necessidade de preparar o futuro, como um tempo de incerteza, mesmo que seja associado, unicamente, a vulnerabilidade física, mental e social, distancia-se de uma perspetiva que faz do envelhecimento uma etapa da vida normal, inserida no ciclo da vida, com processos de aprendizagens e de novas experiências quotidianas.

A categoria “tempo” constitui o elo que distingue os dois posicionamentos. A perspectiva “A gente tem que pensar no futuro” (G2, E13) é contraposta a uma visão de presente “nós temos é de pensar no dia-a-dia (...) porque nós podemos chegar ao fim da vida e o futuro acabou” (G2, E11).

Independentemente de uma imagem mais negativa ou mais positiva, o discurso oculta, também, significados encobertos; o ficar ou estar dependentes de terceiros:

“Um dos meus problemas é não ter a certeza para onde é que eu posso ir quando eu precisar. (...) Acho que nós devemos estar em locais para idosos, não na casa dos nossos filhos, porque eles têm os filhos deles, (...) têm que viver a vida deles, não é ter um idoso em casa que lhes corta tudo, depois não podem sair de casa, não é?” (G2, E7)

Quais os fatores que contribuem para que se possa viver com qualidade de vida no envelhecimento? “É preciso saber envelhecer, não é reformar-se e ficar no sofá” (G4, E5).

Enumeram-se fatores associados a estilos de vida saudáveis: alimentação saudável, exercício físico, vigilância da saúde e apoio da família.

“O que provoca a desmotivação na velhice, são entre outras coisas os seguintes fatores, uma alimentação desadequada, falta de exercício físico, grandes emoções e solidão (...) que é que eu considero grandes emoções? são as perdas de familiares que nos fazem entrar em depressão, é a falta de carinho” (G2.E14).

“Para que promovam o envelhecimento com qualidade (...) fazer a manutenção da vigilância de saúde, fazer atividades, a cultura, interessarmo-nos por este mundo e o outro, e todo o universo, quanto mais ricos nós formos, melhor envelhecemos” (G3, E1).

Para além das determinantes de saúde, a solidão, a perda de familiares ou de amigos, provenientes dos mesmos grupos etários, bem como o distanciamento familiar constituem-se como fatores que influenciam a perceção que se constrói sobre o processo de envelhecer.

“Com a idade os filhos crescem, casam e os netos também a mesma coisa e chegamos a um ponto em que estamos sozinhos (...) Quando mais precisamos, mais estamos sozinhos” (G1, E11) “Eu tenho 17 netos e estou sozinha” (G1, E12); “O que custa mais é estarmos sozinhos (...) a noite é que é o pior, de dia a gente vem aqui ao centro” (G1, E11); “estou triste e custa-me estar sozinha. Caio e até tenho vergonha de pedir ajuda aos vizinhos porque não tenho ninguém” (G1, E11).

A importância do lugar de encontro quotidiano é, também, sentida no caso das pessoas que frequentam a universidade sénior. “Foi um suporte muito grande (...) quando eu vejo que a casa parece que está a ficar mais escura eu meto-me no carro e aí venho eu. Para mim foi muito bom” (G2, E2).

Quadro nº 1 – Categorias de análise sobre processo (s) de envelhecer

Universidade Sénior (<i>grupo 2</i>)	Juntas de freguesias urbanas (<i>grupo 4</i>)
<p><i>Envelhecimento-doença</i> Doença Incapacidade (física e mental)</p> <p>Dependência face a terceiros Cuidados necessários: fralda assistência médica, enfermagem Soluções de cuidados: ficar no domicílio só versus lares (o estigma associado ao lar)</p> <p><i>Envelhecimento-aprendizagem</i> Envelhecer é saber Gestão do dia a dia: conviver, aprender, reciprocidade Envelhecer como etapa do ciclo de vida Recusa em sofrer por antecipação e a pensar no futuro como um tempo de incerteza</p> <p>Espaços institucionais: convívio social e aprendizagem</p> <p>Fatores que promovem a qualidade no envelhecimento Alimentação saudável, exercício físico, o apoio da família</p>	<p><i>Envelhecimento- sabedoria</i> Saber acumulado</p> <p><i>Envelhecimento- problema</i> Falta de dinheiro, de saúde, de apoios, abandono nos hospitais, da família, a dependência</p> <p>Fatores que promovem a qualidade no envelhecimento Apoio familiar Apoio das instituições nas comunidades locais Saber envelhecer (ocupação, não ficar remetido ao sofá) Reforma condigna</p> <p>Espaços institucionais: oferta de atividades desportivas e de âmbito cultural, como forma de combater a solidão</p>

Juntas de freguesias semiurbanas e rurais <i>(grupo 3)</i>	Centro de dia <i>(grupo 1)</i>
<p>Envelhecer- reforma Dificuldades devido a reformas baixas</p> <p>Espaços institucionais: oferta de atividades físicas e culturais</p> <p>Fatores que promovem a qualidade no envelhecimento Ocupação como uma forma de manter a saúde física e mental</p>	<p>Envelhecimento-doença Envelhecer é sinónimo de idade avançada Perda de mobilidade e vontade</p> <p>Envelhecer com qualidade de vida Permanecer ativo Ter uma reforma</p> <p>Espaços institucionais: fonte de suporte social, emocional e financeiro</p>

As imagens sobre o processo de envelhecer são imagens sociais construídas num plano imaginário e coletivo, em torno do que significa ser pessoa idosa. “O envelhecimento é um processo biológico, conceptualizado culturalmente, socialmente construído e conjunturalmente definido” (Lima e Viegas, 1988: 149). Como construção social, a pessoa idosa é classificada numa categoria, baseada em atributos particulares, e remetida para uma realidade homogénea, “constituindo-se como propriedades inscritas na condição social atribuída às pessoas idosas” (Fernandes, 2004: 24).

Se as imagens são construídas socialmente, elas também podem ser identificadas e vivenciadas pelos próprios indivíduos, contribuindo, assim, para um sentimento de pertença e de **identidade social**.

“O envelhecimento é uma etapa, temos que aceita-lo, (...) talvez o facto de os meus ideais me levarem a aceitar aquilo que vai sucedendo na minha vida me ajude (...) eu penso que temos de aceitar a realidade, o envelhecimento é uma coisa natural” (G2, E10).

Contrariamente a um processo de identificação foram definidas duas atitudes face ao envelhecimento: de **distanciamento** e de **negação**.

O uso da categoria “velhos” é utilizado para designar “os outros” (“muito velhos”). Estes últimos são invocados como uma categoria externa, mesmo que os participantes partilhem o mesmo grupo etário. A atitude de distanciamento constrói-se pela associação que se faz da categoria de “muito velho” a um conjunto de atribuições

negativas estereotipadas (incapacidade, dependência, doença, solidão, lar, violência), como pertencentes aos outros, categoria social anónima. Como não existe um sentimento de pertença a esta categoria, por oposição, os participantes projetam uma identidade pessoal positiva acerca deles próprios.

“Da velhice não é ser-se velho, é ser-se jovem [10. Exatamente], e não se notar ou seja, os outros é que notam que somos velhos, mas nós sentimos que somos jovens [15. meia idade, meia idade], não pensamos como velhos, pronto, pensamos como jovens, eu às vezes a brincar olho-me para o espelho e digo assim, ‘porra’ tás a ficar velho, mas eu cá fora não me sinto velho, quer dizer, sinto ativo, sinto-mo desperto [2. Claro, é isso mesmo]” (G2, E13).

“Eu interiormente só vejo a minha idade quando olho e me vejo ao espelho” (G2, E4); “È isso mesmo” (G2, E10 e E13).

Uma segunda atitude é a de **negação**: “eu recuso-me a envelhecer embora saiba que tenho de envelhecer” (G2, E2).

Também aqui se distinguem as duas faces de uma mesma moeda, o envelhecimento físico e psicológico, o ser-se e o sentir-se velho. Daqui emerge a noção de que mais do que uma vivência, a velhice é uma construção social, em que ser idoso significa a entrada na categoria institucional e socialmente instituída: 65 + anos. O ser velho a partir do olhar dos outros, como reflexo que advém da interação social, distancia-se e nega-se face ao não se sentir velho, por se continuar a querer realizar atividades habitualmente atribuídas aos mais jovens: brincar, saltar, cantar e dançar.

Mesmo que se bipolarize o envelhecimento, físico e mental, o processo de envelhecer tem subjacente um medo implícito que surge como uma fatalidade: ficar dependente e a entrada num lar de idosos.

“Eu não penso na idade que tenho, faço isto, aquilo, aqueloutro, eu brinco e salto e canto, e danço [10. eu também] e não penso na idade que tenho, eu recuso-me a envelhecer, embora eu saiba que tenho de envelhecer (...) Eu peço a Deus todos os dias que me deixe morrer de pé, eu não quero morrer num lar, eu não sou como tu. Eu não quero” (G2, E2).

“Tu estás a perceber tudo ao contrário (...) se há alguém que não sente o envelhecimento interior, sou eu, porque o exterior não me incomoda nada [2. A

mim também não], mas o recusares-te, não é bom, [2. Ó pá, ó L. eu não aceito]” (G2, E10). “Mas tu não podes recusar-te a enfrentar a realidade”(G2, E2).

“Mas eu sou uma doente oncológica há oito anos, e estou a lutar portanto há oito anos, e como vêm não estou aqui coitadinha [2. Claro que não, nem nunca estivestes], portanto isto são percalços da vida, tal qual como o envelhecimento é uma etapa, temos que aceita-los, mais nada (...) o envelhecimento é uma coisa natural” (G2,E10). “Ó pá ta bem, e eu tento lutar contra ele” (G2,E2). “Não é lutar contra ele, é viver com ele” (G2, E10).

Embora se pertença ao grupo dos que possuem + 65 anos, os outros (os muito velhos) são perspetivados como estando mais sujeitos a riscos, pois o processo de envelhecer é concebido como um problema social.

O **Envelhecer-problema** assenta, também, no medo de depender de terceiras pessoas e sobretudo da família. O trabalho, a vida familiar e os filhos constituem argumentos utilizados para justificar a impossibilidade de prestar apoio aos pais-idosos e a irreversibilidade da solução lar. Tipificam-se comportamentos, atribuem-se adjetivos à juventude, como uma geração anónima, pouco solidária para com os mais velhos: “é uma juventude mais irresponsável” (G4, E5).

“Envelhecer é depender dos outros, dos filhos, é depender da filha e ela não pode dar, precisa-se disto e não se tem, a filha não pode dar.(...) A gente envelhecer e poder sermos nós a resolver as coisas, a não precisar que nos cheguem, a depender dos outros, de não estarmos dependentes, quando precisamos (...) e nós às vezes estamos assim um bocado abandonados assim a um canto” (G4, E1).

“Eu acho que os filhos e os netos têm obrigações de visitar os pais, os avós (...) Eu conheço casos, não têm tempo, estão a trabalhar” (G4, E3).

“Concordo com esta Sr.^a. a qualidade de vida dos idosos passa pelo apoio familiar, um beijo, um olá, um telefonema, é isso que eu não vejo (...) eles sofrem muito de solidão e eu fico muito chocado (...) não quero viver muitos anos dependente de alguém, é muito complicado” (G4, E2).

“Esta juventude é muito complicada...Hoje a família é diferente da família do antigamente. Isso é um problema” (G4, E5).

“Acho que os familiares ...não dão prioridade na vida aos seus velhos, aos pais, aos seus avós. Há um afastamento. As pessoas dizem: ‘trabalham muito’. Eu

trabalhei muito na vida e trabalhava toda a semana, até ao domingo... e pegava no meu carro e ia visitar os meus pais e sogros (...) falta espírito de sacrifício (...). Há um afastamento dos mais novos face aos mais velhos, agora há um esquecimento e esquecem-se que vão ser velhos. (...) Há filhas que são capazes de estar 1 mês ou 2 meses sem a visitar, acho que isso é muito mau” (G4, E5).

Como referem Berger e Luckman, “a realidade da vida quotidiana contém esquemas tipificadores em termos dos quais, os outros são apreendidos, sendo estabelecidos os modos como ‘lidamos’ com eles na interação social” (1985: 49). Esta conceção da realidade assenta num estereótipo que contribui para isolar e fechar numa categoria única – os filhos, cônjuges ou outros familiares – que, pela indisponibilidade de prestarem um apoio assíduo e regular, por diversos motivos (trabalho, distância geográfica e emocional), surgem como formas de rutura e de desfiliação familiar, identificada como sinónimo de abandono familiar. Ao construir uma perceção automática sobre a realidade social, sem variações, estes indivíduos padronizam comportamentos, atuações face aos outros que se distinguem dos seus, vistos como diferentes. A expressão desta realidade social, concretizada através das palavras e de imagens, reflete a ideologia da família como grupo social coeso, reprodutor de práticas solidárias, de natureza uniforme, a qual permite, através de um conjunto de valores e crenças, orientar as suas práticas e comportamentos, bem como definir posições sociais (Gil, 2010).

Esta tipificação é feita face aos outros, categoria homogénea, que se distingue face ao “eu” e ao “nós”: “Também depende muito como nós pais os vamos mentalizando. (...) Tenho uma filha espetacular, que a criei, que a eduquei, que lhe dei um curso (...) e eu estou convencida que ela era incapaz de me meter num hospital para ir onde fosse para onde fosse” (G4, E 6).

Quem são os outros, nos quais se incluem as vítimas de violência?

Os participantes do *focus group* 1, quando interpelados com a questão “Na sua rede de contactos conhece alguém (60 e + anos) que seja vítima de alguma forma de violência?”, descrevem situações, referem o aumento de casos conhecidos, mas quando são confrontados com a realidade local, negam a existência do problema “aqui não” (G1, E10); “Não, não” (G1, E11), “Na nossa zona, não” (G1, E22).

Se a distância (física, emocional, geográfica) dos filhos é concebida como uma forma de violência associada, esta assume um dano moral maior quando se torna num

abandono familiar: “A não ser aqueles que se esquecem dos pais nos hospitais” (G3, E18).

Na hierarquia moral, o abandono dos idosos nos hospitais constitui uma das formas mais nefastas: “um filho vai pôr um pai ao hospital não vai buscar, e é uma pessoa de família, não presta” (G3, E3).

3.2. Perceções coletivas da violência: a perspetiva de grupo

As perceções coletivas que os participantes dos quatro *focus group* tecem em torno da violência revelam alguns paradoxos e problemas de âmbito concetual. As tipificações e interpretações da realidade social excedem as condutas e os comportamentos considerados abusivos, retratados na literatura enquanto cinco formas de violência no estudo do problema: a física, a psicológica, a financeira, a sexual e a negligência (Perel-Levin, 2008 citado por WHO, 2010).

A sensibilização do problema, através dos *mass media*, como se conclui dos *focus group*, representa uma forma de conhecimento de casos problemáticos, o que tem contribuído para uma maior visibilidade social e sensibilização para a denúncia. No entanto, o significado atribuído às condutas de violência pode contribuir para um excessivo empolamento do mesmo, dado que esta é, também, percecionada como falta de apoio (moral e emocional), distanciamento (físico e psicológico) e abandono da família.

Percecionado coletivamente pelas não vítimas (população em geral) como resultante da perda dos valores sociais e familiares, os participantes tendem a remeter a violência para uma lógica da representação social associada à condição da pessoa idosa. Esta perceção assenta numa categorização homogénea, tal como a falta de apoio familiar, a idade, a doença, o viver só, o abandono e a violência são remetidos para uma única e exclusiva realidade social: o ser idoso.

Além disso, associam-se as dificuldades nas práticas de cuidar na dependência a uma forma de violência. O gritar e o ameaçar abandonar, porque se está sobrecarregado física e emocionalmente, consequência de muitos anos de cuidados, descrevem-se não como formas de violência declaradas, mas associadas.

“Eu penso que pior que a violência física, o pior é a falta de respeito. É mais violento é a falta de respeito para com o seu semelhante inclusive um pai ou uma

mãe, do que qualquer caso de um homem bater na mulher. (...) a falta de respeito é mais gravosa do que a parte física” (G3, E5).

“Às vezes há cuidadores que me dizem: há 23 anos que trato deste homem e às vezes eu enervo-me, chateio-me, não posso viver sem ele, sente-se tão desesperada, às vezes abre os olhos, entre aspas, grita, não posso mais, não aguento, não há violência, mas é uma forma de descarregar a parte emotiva, está-se a lidar com problemas muito sérios, e 23 anos é uma vida, muita gente não chega a viver” (G3, E1).

O *stress* e o sentimento de sobrecarga do cuidador surgem, na literatura, como um fator de risco que pode favorecer a ocorrência da violência física. A negligência ativa, na esfera da família, pressupõe um ato intencional de provocar um dano físico e/ou mental. Na negligência passiva concorrem vários fatores. Pode-se ter um “comportamento negligente” porque se está exausto física e psicologicamente, pelo isolamento social a que o próprio cuidador está votado, pela falta de apoio dos serviços de saúde e sociais, pela ignorância e falta de informação (para identificar sintomas e necessidades) ou, simplesmente, pela falta de competências sociais e psicológicas para desempenhar a função de cuidador (Gil, 2010).

A negligência é remetida pelos participantes para *abandono, solidão e isolamento*. Inserem-se na mesma categoria da *negligência* outras situações não de omissão de cuidados, mas de distanciamento ou impossibilidade de prestação de apoio por parte dos filhos. Os indivíduos interpretam estas situações de maior distanciamento como não cumprimento das obrigações familiares perante os mais velhos e as pessoas idosas tornam-se, assim, sujeitas a um maior risco de serem vítimas de negligência ou de outras formas de violência (p. ex. financeira).

“Há pessoas que estão muito entregues à sua sorte, a família não lhes dá grande apoio, conheço um caso de uma senhora que agora está gravemente doente, (...) tem um filho relativamente a poucos quilómetros, o filho trabalha, a nora trabalha (...) é uma senhora que agora se chegou a ela, nem sequer era amiga, mas que viu que ela necessitava e que anda com ela nos médicos (...) uma vizinha, sim, que anda agora com ela porque a família não pode (...)” (G2, E18).

“Eu também tenho um caso ...aparece-me lá no centro três vezes por semana para eu ver a tensão, para ver diabetes, está sempre cheia de problemas, e que é que acontece? Ficou viúva (...) nunca descontou, nunca trabalhou, estava a viver com o

marido, vivia da reforma do marido (...) Ela é analfabeta, ela não sabe ler nem escrever” (G 2, E11).

Mas é vítima de alguma forma de violência? “Não, não, de violência não. Está sozinha, tem um filho, a filha mora na zona da Guarda, tem uma neta que mora em Loures, mas é longe, é longe, está para ali abandonada, sozinha” (G2, E11).

“Eu tenho lá uma senhora que tem os filhos, tem dois filhos no estrangeiro, não se ocupam dela, ... tem a reforma dela ...mas ela precisa de ir ao médico à amadora, precisa de ir a muito lado, e eu vou com ela” (G2, E3).

A representação coletiva sobre o problema da violência contra as pessoas idosas reflete uma multiplicidade de sentidos que são necessários de serem compreendidos quando se investiga esta temática. Uma apropriação conceptual indevida por parte dos indivíduos pode contribuir para o risco de sobrestimação em estudos de prevalência de base populacional nacional, devido à sua excessiva abrangência. Daí que seja premente o rigor conceptual e operacional do fenómeno.

No entanto, há valorização excessiva do problema pode opor-se outro risco, o da subestimação do problema, quando são as próprias vítimas a minimizarem o problema, por um conjunto de sentimentos inibidores da denúncia (vergonha, medo, culpa e falta de informação sobre os mecanismos de denúncia). Ambos os problemas têm consequências inevitáveis nas estimativas de prevalência obtidas.

Vejamos, de seguida, a forma como as próprias vítimas tipificam o problema, o relatam e interpretam as razões da sua ocorrência.

4. Vivências e percepções em torno da violência: a perspetiva das vítimas

Analisaram-se seis entrevistas de pessoas vítimas de violência por descendentes, que incluíram quatro mulheres entre os 68 e os 80 anos e um casal de 70 e 71 anos, onde se reportaram quatro tipos de violência: física, financeira, psicológica e sexual.

Os atos de violência física descritos incluíam bater, pontapear, empurrar, arrastar, atirar objetos ou forçar (utilizando força física) a entrada em divisões ou no domicílio. Os atos de violência financeira incluíam o roubar, o explorar financeiramente e o utilizar e/ou estragar bens ou objetos da pessoa.

A violência psicológica foi a forma mais frequente e identificada por todas as vítimas, traduzida em condutas verbais (tais como o ofender, insultar, humilhar e ameaçar) e não-verbais (ignorar ou não falar e isolar).

A violência sexual surgiu apenas numa entrevista em que o comportamento descrito passou pelo exibicionismo.

No caso da violência física são descritas várias consequências, através de relatos sobre os ferimentos sofridos, as hospitalizações e as perícias médico-legais efetuadas no Instituto Nacional de Medicina Legal. No entanto, no discurso das vítimas, e mesmo em situações de violência física, as consequências psicológicas e emocionais, reiteradamente referenciadas, são as que tendem a ser mais valorizadas em termos de impacto pessoal a curto e a longo prazo:

“Porque eu não posso, eu tou-lhe a dizer na minha, tou a dizer a verdade – eu fico maluca se vivo assim muito tempo!” (E1); “E eu não tou bem. Não tou em paz, não tou sossegadinha, não me deito sossegada, não como sossegada.” (E13).

Mesmo após a resolução da situação de violência, as pessoas idosas salientam as consequências a longo prazo da situação de vitimação:

“Ainda não estou bem desenrascada porque de vez em quando as coisas vão-se metendo cá dentro, não é.” (E2); “Eu estava de rastos. [...] não admira que os meus neurónios completamente baralhados e eu não estou, não estou bem. Mas vou fazendo um esforço e vou andando.” (E6).

Relativamente ao agressor, a investigação tem vindo a demonstrar que uma proporção significativa de agressores tem histórias de hospitalizações por desordens psiquiátricas, é dependente de álcool ou outras substâncias e depende financeiramente da vítima (Pillemer, 2005). Estes fatores de risco foram, também, reportados pela maioria dos participantes.

Nos seus discursos emergem como determinantes da violência os comportamentos aditivos, a doença mental e o desemprego. Dos sete agressores identificados nas entrevistas (6 filhos e um neto), quatro têm ou tiveram problemas ligados ao consumo de drogas e um possui uma patologia psiquiátrica diagnosticada (esquizofrenia). Curiosamente, as pessoas idosas vítimas de violência tendem a associar os atos de violência a um problema de saúde mental.

Os relatos de incredulidade face à impossibilidade dos atos de violência serem considerados “normais” são, assim, desculpabilizados e o agressor desresponsabilizado.

Uma mãe vítima de violência por parte do filho repete várias vezes que este “não está bem, não está em si, não sabendo o que faz” (E12). O discurso passa por desresponsabilizar o filho que “precisa de se tratar”, pois ele “não é como os outros drogados”, “é bonito” e “forte, grande”. A doença mental ou a dependência de substâncias são tidas como incidentes externos que “aconteceram” à família e ao agressor.

Mesmo nas entrevistas em que as dependências ou patologias psiquiátricas são apontadas como determinantes da violência, os participantes referem, muitas vezes, dificuldades progressivas no relacionamento interpessoal entre vítima e agressor, ainda que não valorizem este aspeto enquanto determinante da vitimação.

Substâncias e a progressão de uma doença mental	“Sim [conflitos com o filho] porque na altura ele bebia.” (E2); “porque ele faz as coisas que não tá bem.” E “porque depois ele com a força do material que mete, não sossega e não deixa tar ninguém em paz” (E13). “É por isso que lhe digo que ele terá alguma doença”(E1).
Progressiva deterioração das relações interpessoais	“Mas no caso dele [filho], ele ia sempre buscar uma coisa qualquer para me machucar.” (E2) “Eu disse ò J., tu às vezes falas comigo de uma forma que parece que me odeias, que não gostas de mim. Aí o meu filho parou, olhou para mim olhos nos olhos, com uma cara fechada séria e disse: ò mãe eu por acaso não gosto muito de ti, não. Tens razão. [...] Tinha dezasseis anos” (E6).

As relações já conflituosas desde o passado são exacerbadas, quer pela perda da figura masculina (geralmente paterna), quer pelo aumento da fragilidade física da

vítima. Num dos casos de violência filial, a vítima referia que, até há uns anos, este nunca se “virou” aos pais, apenas “explodia”, berrando e exigindo dinheiro e a situação ter-se-á agravado com o AVC do pai, que era “a pessoa com mais capacidade de se impor” (E12). O cônjuge sente-se mais frágil devido à sua incapacidade e “ganhou-lhe medo”, pelo que, quando o filho o ameaça que “lhe dá um encontrão”, “manda ao chão” ou “lhe dá um estalo”, o pai cede, usualmente, às suas ameaças e à sua coação (E12).

No caso de filhos agressores, a figura paterna é descrita pelas mulheres idosas vítimas de violência como exercendo no passado um papel protetor face à violência:

“Ele [filho] implicava muito comigo e o pai não deixava. E até depois brigavam e coiso” (E2); “Mas eu aí chamava o meu marido, imediatamente chamava-o, ele vinha e punha mão naquilo. Pronto, acalmava-o.” (E1).

O processo de envelhecimento associado a uma maior fragilidade (física e mental) parece potenciar a vulnerabilidade à violência, exacerbando o conflito já existente. Mesmo no caso da violência que é interpretada pelas vítimas como sendo desencadeada pelo consumo de drogas ou pelo agravamento de uma perturbação mental, a violência ocorre quando há uma menor resistência física por parte das vítimas.

Notas conclusivas

O problema da violência contra as pessoas idosas não constitui um problema novo, mas ganha hoje uma maior visibilidade com o envelhecimento das sociedades contemporâneas. O aumento da longevidade origina um maior risco de dependência face a terceiros, devido ao aumento da morbilidade, sobretudo nas idades mais avançadas (Fries, 1998). Esta maior vulnerabilidade física, mental e financeira pode constituir um fator de risco para a ocorrência da violência entre a população mais idosa. Assim, a violência é um produto do envelhecimento global e o envelhecimento da população é consistente com um aumento da prevalência da violência contra as pessoas idosas (Lowenstein, 2009).

A preocupação com as questões da segurança surge associada, também, à garantia de proteção da população idosa com necessidades especiais, eixo contemplado no conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela WHO (2002). O envelhecimento ativo assenta, assim, numa conceção da saúde resultante de um processo de vida, ao longo do ciclo de vida e do bem-estar mental, social e físico.

A partir do estudo qualitativo que realizámos, na fase exploratória do projeto de investigação “Envelhecimento e Violência”, conclui-se que as representações sociais da velhice abarcam uma heterogeneidade de processos de envelhecer, mas, também, de concepções e interpretações da realidade social, assentes em imagens estereotipadas e em crenças culturais associadas à saúde, à dependência, à institucionalização e à violência. Estas imagens são construídas e reconstruídas em função dos contextos sociais, ou seja, nos espaços institucionais onde os indivíduos circulam na vida quotidiana. Também aqui os atores partilham formas de ver o mundo, interpretar e atribuir sentidos, quer na perspetiva de integração e de pertença, quer de exclusão e classificação, entre o “eu”/ “nós” e os “outros”, figura invisível e anónima, mas associada à idade avançada e à doença.

O processo de envelhecer suscitou um posicionamento dual: aprendizagem/sabedoria *versus* doença/dependência/problema. Por um lado, a otimização das experiências de vida, competências e conhecimentos que podem emergir associadas ao envelhecimento e, por outro lado, a fragilidade física e mental, geradora de situações de dependência face a terceiros e a necessidades de cuidados especiais. Estes dois posicionamentos entrecruzam-se com as representações sociais associadas à doença e à saúde. Contrariamente à visão de que a reforma é um tempo de descanso merecido (Fernandes, 2004), as perceções coletivas sobre o tempo inativo surgem associadas à imprescindibilidade da ocupação e da aprendizagem, como forma de participação social, mas, ao mesmo tempo, de prevenção e combate da doença e de todos os problemas que daí advém: incapacidade, institucionalização, dependência face a terceiros e violência. Se violência contra as pessoas idosas, segundo um grupo de não vítimas, vai ao encontro das cinco formas de violência tipificadas na literatura: a física, a psicológica, a financeira, a sexual e a negligência, aquela é geradora, também, de diferentes entendimentos.

Violência surge associada às condições adversas das práticas de cuidar em situação de dependência. As práticas de cuidar têm muito pouco de passividade e de consenso, gerando, por vezes, situações de *burnout* (desgaste físico e mental), propiciadoras de situações de tensão e conflito familiar, sem que se possa considerar que estamos, verdadeiramente, perante situações de violência (Gil, 2010). Estas situações de maior tensão familiar distinguem-se dos atos considerados violentos com uma intencionalidade de provocar um dano, físico e/ou psicológico a outrem.

A tensão e o conflito, ainda que sejam parte integrante das dinâmicas familiares, podem ser agravados por fatores associados ao aumento da idade, como a incapacidade física e mental, a falta de recursos económicos ou a morte de familiares próximos. Ao olhar-se a violência contra a pessoa idosa não como um problema isolado, mas como um aspeto extremo de conflito familiar na última fase da vida, a investigação sobre este fenómeno social terá, inevitavelmente, que surgir interligada ao próprio processo de envelhecimento.

Referências bibliográficas

- BERGER, Peter; LUCKMAN, Thomas (1985), *A construção social da realidade*, Petrópolis, Vozes.
- DIONÍSIO, Bruno M. (2001), “Os velhos ao espelho e o reflexo dos outros: imagens, perceções e atitudes em torno da velhice”, in *Fórum Sociológico*, 5/6, 241-255.
- DUCHESNE, S.; HAEGEL, F. (2004), *L'Entretien Collectif*, Paris, Armand Colin.
- FERNANDES, Ana A. (2004), “Quando a vida é longa... os impactos sociais do aumento da longevidade”, in Maria de Lurdes Quaresma (Org.), *O sentido das idades da vida – interrogar a solidão e a dependência*, Lisboa, CESDET, pp. 13-36.
- FLICK, Uwe (2005), *Métodos qualitativos na investigação científica*, Lisboa, Monitor.
- FRIES, J. F. (1998), “Ageing, natural death and the compression of morbidity”, in *N. Eng. J. Med*, 303, 130-135.
- GIL, A. P. (2007), “Envelhecimento ativo: complementaridades e contradições”, in *Fórum Sociológico – Dossier Envelhecimento Ativo: um novo paradigma*, nº 17, Lisboa, CesNova, 25-36.
- GIL, A. P. M. (2010), *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- GUERRA, Isabel C. (2006), *Pesquisa qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*, Estoril, Principia.

- GUILLEMARD, A.; LENOIR, R. (1976), *Retraite et Exchange social, Tentative d'Explication des systèmes de relations sociales en situation de retraite*, Paris, Ed. Centre D'Étude des mouvements sociaux.
- JODELET, Denise (1984), "Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie", in Serge Moscovici (Org.), *Psychologie Sociale*, Paris, PUF, pp. 357-378.
- LIMA, A. P.; VIEGAS, S. (1988), "A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice", in *Psicologia*, VI (2), 149-158.
- LOWENSTEIN, A. (2009), "Elder Abuse and Neglect – 'Old Phenomenon': New Directions for Research, Legislation, and Service Developments", in *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21:3, 278-287.
- PAIS, José Machado (1986), "Paradigmas sociológicos na análise da vida quotidiana", in *Análise Social*, XXII (90), 1986-1.º, 7-57.
- PILLEMER, K. (2005), "Factores de riesgo del maltrato de mayores", in I. I. Marmolejo (Ed.), *Violencia contra personas mayores*, Barcelona, Colección Estudios sobre Violencia, pp. 18-28.
- PINTO, José Madureira (1991), "Considerações sobre a produção social de identidade", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32, 217-231.
- SIMMEL, Georg (1977 [1908, 1ª ed. orig.]), *Sociologia. Estudios sobre las formas de socialización*, Madrid, Alianza Editorial.
- WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva, World Health Organization.
- (2010), *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*, Genève, World Health Organization.