

# Privatização da velhice: sofrimento, adoecimento e violência na relação entre cuidadores e idosos

Privatization of old age: suffering, disease e violence in the relationship between elderly people and caregivers

**Érica Aparecida Estevam<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-4343-8160>

E-mail: erika\_estevam@yahoo.com.br

**Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0001-7361-9961>

E-mail: primaria@unicamp.br

**Rafael Afonso da Silva<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-4701-3565>

E-mail: raafonso@unicamp.br

<sup>a</sup>Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.

## Resumo

Este artigo aborda o impacto da “privatização da velhice” sobre a qualidade do cuidado e a vida de idosos e familiares-cuidadores pelo cruzamento de três procedimentos: estudo dos dados de prontuários dos idosos atendidos entre 2009 e 2017 no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos (PAEFI) de um município de São Paulo; estudo dos resultados de instrumentos de verificação de indícios de violência; e análise qualitativa de entrevistas com idosos e cuidadores. A discussão introduz uma reflexão original da “privatização da velhice”, considerando não somente a tendência geral à desmontagem dos sistemas de proteção social e ao estabelecimento de um modelo familista de cuidado ao idoso, mas igualmente os efeitos do encapsulamento da esfera doméstica como vida privada, da progressão da nuclearização das políticas familiares, da crescente pregnância de modelos neoliberais de sociabilidade e subjetivação. Esses processos são abordados levando em conta as dinâmicas entrelaçadas das desigualdades sociais e das políticas familiares de cuidado. Os resultados permitem captar efeitos patogênicos e violentogênicos desses processos, como corroboram dados sobre indícios (84%) e risco (62,1%) de violência e frequência de problemas de saúde (80%) e transtorno mental comum (55,2%) entre cuidadores.

**Palavras-chave:** Idoso; Cuidadores; Saúde do idoso; Violência; Violência Doméstica.

## Correspondência

Érica Aparecida Estevam

Unicamp. Faculdade de Ciências Médicas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Campinas, SP, Brasil. CEP: 13083-887.

## Abstract

Our article discusses the effect of the “privatization of old age” on the quality of care and the life of the older adults and family caregivers, by crossing three procedures: study of the medical records data of the older adult served in 2009-2017 at the Service of Protection and Specialized Assistance to Families and Individuals (PAEFI) of a city in the state of São Paulo; study of the results of instruments to verify signs of violence; and qualitative analysis of interviews with the older adults and caregivers. The discussion introduces an original reflection of the “privatization of old age”, considering not only the general tendency to disassemble social protection systems and establish a family-based model of care for the older adults, but also the effects of encapsulating the domestic sphere as private life, the progress of the nuclearization of family policies, the growing pregnancy of neoliberal models of sociability and subjectivation. These processes are analyzed considering the intertwined dynamics of social inequalities and family care policies. The results allow to capture pathogenic and violentgenic effects of these processes, as corroborated by data on evidence (84%) and risk (62.1%) of violence and frequency of health problems (80%) and common mental disorder (55.2%). between caregivers.

**Keywords:** Aged; Caregivers; Health of the Elderly; Violence; Domestic Violence.

## Introdução

“Envelhecimento global: triunfo e desafio”, título do primeiro capítulo do documento da OMS (2002) sobre envelhecimento ativo, sintetiza o modo como tem sido acolhida a questão do envelhecimento populacional pelos “formuladores de políticas”. Ao mesmo tempo em que o envelhecimento é celebrado como expressão do sucesso de políticas públicas em saúde, compreende-se que esse processo gera novas demandas e desafios do ponto de vista da produção de “oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança” (p. 13) que permitam que o envelhecimento seja uma experiência positiva.

Interessa-nos destacar um dos desafios expostos em um documento mais recente da OMS (2015) acerca da mesma temática: o cuidado aos “adultos maiores” que apresentam declínio de capacidade funcional. O documento enfatiza que, em razão de mudanças nos contextos familiar e laboral, “os modelos antigos de cuidados em família simplesmente não são sustentáveis” (p. 10-11), gerando a necessidade de sistemas de cuidados que, entre outras coisas, sejam capazes de “compartilhar riscos e encargos associados à dependência de cuidados” (p. 17), visando garantir a qualidade do cuidado e assegurar, para familiares-cuidadores (em geral, mulheres), a possibilidade de desenvolver papéis sociais mais amplos.

De certo modo, é sobre esse ponto que se debruça este artigo, que aborda o impacto do que aqui chamamos de “privatização da velhice” sobre a qualidade do cuidado e sobre a vida e as experiências de idosos e familiares-cuidadores, analisando dados de prontuários dos idosos atendidos entre 2009 e 2017 no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos (PAEFI) de Mogi Guaçu (SP) e os resultados da aplicação de questionários e de entrevistas com idosos e cuidadores.

## Privatização da velhice

Sobre o envelhecimento, é importante considerar as ressonâncias da crescente pregnância de modelos de sociabilidade e de subjetivação imersos nos modelos da “empresa de si” e do desempenho na ideologia do *healthism* e da “cultura somática” (Dardot; Laval, 2016; Ortega, 2008).

Referimo-nos a um contexto em que “ser saudável” é algo compreendido e exercitado como uma possibilidade desengajada de sua qualidade cosmotrópica, ou seja, sustentando a aparência de independência do contexto ecológico, social e cultural. Saúde torna-se responsabilidade própria, enquanto a própria noção de responsabilidade assume “a aparência de um poder ético sobre regiões cada vez mais distantes da sociedade e formas cada vez mais especializadas de ‘trazer felicidade’ mediante um serviço de entrega (*delivery*)” (Illich, 2019, n.p.).

A saúde é convertida em mais um objeto de gestão individual dentro de um contexto sociocultural e político em que, como descrevem Dardot e Laval (2016), a empresa se tornou a norma pela qual o indivíduo deve tornar-se sujeito. Cada um é chamado a agir como uma “empresa de si”, a gerir e a maximizar seus recursos e a entreter, com os outros, relações de concorrência. No lugar de cuidarmos do engajamento cooperativo e do governo comum do mundo que compartilhamos, ou seja, de tudo que compõe realmente nossa saúde e capacidade de recuperarmos-nos de enfermidades, tratamos a saúde como uma empresa trata seu capital, visando ampliar desempenhos e maximizar recursos. Apesar disso, a saúde não é apenas mais um objeto de gestão do sujeito empresário de si, ela se converteu também em uma ideologia ou moralidade (Ortega, 2008); representa um valor absoluto e um fim em si, de modo que, como se diz corriqueiramente, “o mais importante é ter saúde”. “Ter saúde” é o que garante nossa capacidade de continuar a responder às “exigências excessivas das formas modernas de trabalhar, divertir-se e viver” (Illich, 2019, n.p.).

Quando a saúde se torna uma moralidade, nós nos tornamos gestores daquilo que, de fato, nos governa. Vivemos em uma “cultura somática” em que o corpo está no centro, mas o corpo que está no centro é um corpo que vive assujeitado a uma série de modelos de saúde, beleza e desempenho e que, inseguro de si mesmo, busca alcançá-los por meio de regras e escalas de avaliação produzidas na interação do capital com as biotecnologias e a medicina (Ortega, 2008).

Claro que, nesse contexto, o modo como se representa e se vive a velhice é transformado. Se a ênfase está na competência para cuidar de si ou de gerir-se como uma empresa, a grande

questão do envelhecimento passa a ser não a autonomia enquanto capacidade de viver segundo o modo de viver eleito em estreita cooperação com a comunidade, mas a independência.

No lugar de assumir a codependência como necessidade da existência, abominamos a dependência e marginalizamos os indivíduos ditos “dependentes” como execráveis parasitas. Como diz Ortega, “aparece, assim, a figura do idoso ‘bom’ e do idoso ‘mau’, este último sem competência para cuidar de si” (2008 p. 35).

De modo geral, a sociedade contemporânea possui uma visão negativa da velhice. O idoso, mesmo o idoso “bom”, é um indivíduo sob suspeição, sempre sob risco de cair na “dependência”, de tornar-se um idoso “mau”. Em uma sociedade em que o próprio risco é medicalizado, a velhice torna-se uma doença a ser tratada, motivo para um consumo crescente de serviços, fármacos e outros produtos ou de estilos de vida considerados benéficos para a saúde (Castiel; Álvarez-Dardet, 2007; Paranhos; Albuquerque; Garrafa, 2017).

A situação do idoso “mau” dependerá de sua capacidade de acessar os “*deliveries*” de “cuidados de saúde” sob circunstâncias de crescente privatização dos cuidados. Quando “ser saudável” passa a dizer respeito menos ao ambiente social e ao seu governo comum e mais ao usufruto de técnicas e recursos, acessar “cuidados de saúde” passa a constituir privilégio de parcelas da população, seja em razão do Estado que lhes confere cidadania, seja em razão dos recursos de que privadamente os indivíduos/famílias dispõem.

Pode-se falar de uma tendência geral à desmontagem dos sistemas de proteção social, que asseguravam o acesso a certos recursos fora das relações de mercado, mas os graus e os modos desse processo variam em diferentes países, o que afeta muito as possibilidades de existência do idoso dito “dependente”.

Em alguns países, têm sido desenvolvidas formas de apoio e cuidado ao idoso “dependente” no quadro das políticas públicas. Se, por um lado, o cuidado é cada vez mais atribuição das famílias, por outro, há formas de compensação, seja na forma de uma suplementação financeira pública (salário para cuidar dos idosos no domicílio, como na França, ou subsídio público para Organizações

da Sociedade Civil que prestam serviços de cuidado, como no Canadá), seja na forma de benefícios sociais diversos para familiares-cuidadores (Esteves, 2018). Sem implicar uma reversão das tendências indicadas acima, essas medidas criam condições mais favoráveis para o cuidado do idoso.

Em muitos países, com exceção de um número restrito de instituições de internação permanente, inexitem ou são pouco desenvolvidos tais dispositivos. É o caso do Brasil, onde há uma tendência das novas legislações a **responsabilizar a família** pelos cuidados com o idoso (Matias, 2014). Grosso modo, isso significa que os idosos que necessitam permanentemente de algum tipo de cuidado devem contar com recursos próprios para atender essas necessidades no mercado ou com os próprios familiares como recursos.

As implicações dessa lógica **privatista-familista** de cuidado estão enredadas com as dinâmicas entrelaçadas das desigualdades sociais e das políticas intrafamiliares:

1. A “delegação” (parcial ou integral) do cuidado de idosos é uma opção para certas classes socioeconômicas, permitindo atenuação das tensões intrafamiliares que adviriam da necessidade de dividir ou atribuir (sem divisão) o cuidado. Essa atenuação, que contribui para mascarar a permanência do sexismo nas políticas familiares, aumenta, por outro lado, a clivagem classista entre mulheres à medida que a “delegação” se apoia na “enorme reserva de mulheres em situação precária” ou de outros sujeitos “feminizados”, situados em condições análogas às “femininas” pelo mundo do trabalho (Hirata; Kergoat, 2007; Haraway, 2009). Além disso, não impede a emergência de outras fontes de conflito, relacionadas ao modo como o idoso é situado nas relações familiares, à autonomia do idoso e às relações entre idosos e cuidadores.
2. Quando a “delegação” é inviável - em geral por razões econômicas -, aumenta a pressão sobre as políticas familiares, fazendo emergir tensões relacionadas à divisão do trabalho doméstico e à organização das relações entre a esfera doméstica e a vida profissional, social e afetiva dos membros da família.

Apesar da atual reconfiguração das relações sociais de sexo, o cuidado do idoso continua a ser predominantemente considerado como atribuição das mulheres ou, se não, como atribuição dos membros da família “feminizados” por serem mais vulneráveis (idosos, desempregados etc.). Nesses contextos, o cuidado é realizado, em um “modelo de conciliação” - em que cabe às mulheres ou sujeitos “feminizados” conciliar cuidado e atividades domésticas com atividades profissionais - e, mais frequentemente, em um “modelo tradicional”, ou seja, de um regime de dedicação exclusiva ao cuidado do idoso e das funções domésticas (Hirata; Kergoat, 2007). Nesses dois modelos, para além da divisão sexual de trabalho, é possível captar os efeitos do individualismo e da nuclearização (pulverização dos núcleos familiares) nas políticas familiares, produzindo-se situações em que não há cuidadores secundários nem apoio familiar ou extrafamiliar.

Considerando as questões apresentadas, utilizamos a expressão “privatização da velhice” para designar condições emergentes de um conjunto de processos co-implicados: a subjetivação neoliberal - sintetizada na difusão do modelo da “empresa de si”; a expansão da comodificação da “saúde” e do “bem-estar”, associada à comodificação crescente das relações sociais; e a mutilação da vida comum - que se expressa no recuo dos sistemas de proteção social, na extrema privatização da vida doméstica, com esgarçamento de laços de vizinhança e progressão da nuclearização familiar, no desfazimento de arranjos comunitários tradicionais e de suas arquitetônicas de saberes e sentidos para a manutenção compartilhada da vida e o cuidado mútuo. Nesse contexto, envelhecer torna-se, cada vez mais, responsabilidade do idoso e de sua família (uma entidade “encolhida” pelo egoísmo social resultante do modelo neoliberal de subjetivação), uma tarefa cada vez mais desarticulada de qualquer quadro institucional de reprodução da vida cotidiana de modo cooperativo e de qualquer estrutura simbólica que conceda à velhice um lugar social significativo para além de sua valorização como nicho de mercado de produtos e serviços de “saúde” e “bem-estar”.

## Metodologia

Este artigo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa qualitativo-quantitativa em que se analisaram: prontuários de idosos atendidos entre 2009 e 2017 no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos (PAEFI) do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de um município de São Paulo; resultados da aplicação de instrumentos de verificação de indícios de violência contra idosos (*Caregiver Abuse Screen - CASE* e *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test - H-S/EAST*) e de verificação do estado de saúde dos cuidadores (*Self-Reporting Questionnaire-20*); entrevistas com idosos e cuidadores (Paixão Júnior et al., 2007; Reichenheim et al., 2008; Santos et al., 2011).

O estudo captou dados dos prontuários dos idosos com cadastro ativo no período de julho a dezembro de 2017 (n=90). Neste artigo, serão apresentados apenas os dados relacionados ao adoecimento e à violência.

Foram considerados elegíveis os 90 idosos que possuíam cadastro ativo e seus cuidadores, tendo sido excluídos os casos de idosos não encontrados, falecidos ou institucionalizados. Foi possível realizar 63 entrevistas/aplicações de questionários (16 com cuidadores, 21 com idosos sem cuidadores, 13 com idosos com cuidadores), todas conduzidas no domicílio dos entrevistados. Neste artigo, apresentamos o resultado de todos os questionários aplicados (34 idosos e 29 cuidadores), mas analisamos apenas as entrevistas realizadas com idosos/cuidadores ou somente com cuidadores, uma vez que nos interessa abordar especificamente o tema do cuidado.

As entrevistas foram realizadas a partir de perguntas estruturadas abertas, orientadas pelo interesse de compreender as relações existentes entre idosos e cuidadores e as dificuldades para a realização do cuidado. A análise desse material foi realizada segundo as etapas da Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2010).

A leitura flutuante das entrevistas buscou localizar conteúdos significativos, a partir dos quais procuramos identificar as temáticas por meio das quais poderíamos agrupá-los para operacionalizar sua análise. Entre elas, destacamos: as condições que cercam os cuidados; as relações familiares;

a autonomia do idoso e do cuidador; e a violência. A abordagem dessas temáticas, em diálogo com a literatura, conduziu à questão mais geral da “privatização da velhice”, que é o norte a partir do qual foi desenvolvido este artigo.

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da NN (Parecer: 2.194.037). Neste texto, os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios.

## Resultados e discussão

Organizamos a apresentação e a discussão dos resultados em duas subseções. Na primeira, consideramos as situações emergentes do que denominamos “privatização do cuidado” no contexto dos casos estudados. Na segunda, abordamos indícios de sofrimento, adoecimento e violência resultantes dessas situações.

### Precarização do cuidado

Os casos examinados nesta pesquisa correspondem às situações em que a “delegação” do cuidado de idosos é inviável. Trata-se de idosos/famílias de baixa renda, sem condições econômicas para “delegar”, parcial ou integralmente, o cuidado, contratando o serviço de terceiros. Eles só podem contar com os próprios familiares como recursos.

O Quadro 1 apresenta os cuidadores entrevistados (n=29) e o vínculo com o idoso, distribuídos segundo o sexo.

**Quadro 1 – Cuidadores entrevistados de acordo com o parentesco em relação ao idoso cuidado**

Parentesco	Quantidade	Total por sexo
Cônjuge mulher	2	20 mulheres
Filha	9	
Nora	3	
Amiga	2	
Irmã	2	
Neta	1	
Sobrinha	1	
Cônjuge homem	1	9 homens
Filho	8	

Em relação a esse quadro, é importante salientar:

- A permanência de arranjos “tradicionais”. O cuidado parece ser delegado segundo regras que obedecem aos critérios de grau de parentesco e de gênero, já que foram contabilizados principalmente filhos (17 casos) e cônjuges (3 casos) e predominou o sexo feminino (20 casos). Entre homens, o cuidado recai apenas sobre filhos e cônjuge, enquanto, entre as mulheres, aparecem outros parentes, como nora, neta, sobrinha ou cuidadores sem vínculos de parentesco, como amiga.
- A presença de apenas um cuidador, o que nos remete aos efeitos do individualismo e da nuclearização. Esse é um dado ainda mais surpreendente quando se considera que 21 famílias possuem três ou mais membros residentes no mesmo domicílio e que, em sete delas, o cuidador tem idade igual ou superior a 60 anos.
- O número de filhos, embora pareça significativo, não decorre de modos menos generalizados de distribuição de cuidados nas famílias. Trata-se, em todos os casos, de sujeitos “feminizados” por seu *status* social e familiar em razão da dependência econômica, da coabitação e do uso de substâncias psicoativas – sujeitos “eleitos” para o cuidado não por qualquer inclinação ou capacidade particular para cuidar, mas por serem os mais vulneráveis.

As entrevistas com idosos e cuidadores explicitam implicações negativas dessas políticas familiares de cuidado dos idosos, desenvolvidas em contexto neoliberal. Em seu cruzamento, os relatos esboçam um quadro dramático, em que condições mínimas para o exercício do cuidado estão ausentes.

Em muitos casos, uma das condições ausentes é a motivação dos cuidadores. De fato, muitos dos cuidadores entrevistados não se sentem particularmente convidados ao exercício da prática de cuidado ou desmotivaram-se por conta do esgotamento decorrente das condições desse exercício. É o caso de Vanda, que não oculta sua insatisfação com a obrigação de cuidar: *Eu acho ruim cuidar porque eu não estou tendo mais paciência* (Vanda).

Outra entrevistada, Cássia aparentemente desempenha a função de cuidadora por obrigação moral: *Eu faço obviamente porque é meu pai. Eu honro meus pais* (Cássia). Outro entrevistado, Joca, filho do idoso, parece ter sido conduzido a essa função apenas por casualidade e razões econômicas. Segundo Joca, ele se tornou cuidador *para agradar, arrumar minha vida, pagar minhas contas, erguer a cabeça e ter uma vida normal de novo*, ainda que, depois, tenha começado a *levar mais a sério*.

A situação é ainda mais complicada quando a obrigação de cuidar é imputada a um familiar que anteriormente tinha relações débeis, desgastadas ou negativas com o idoso. Um exemplo é o de Elisabete. Segundo ela, a relação anterior com a idosa, sua avó, era caracterizada pelo afastamento e pelo ódio e atravessada de agressões verbais. Ela diz que *a relação era péssima* e que a avó *a odiava*, dirigindo-se a ela em termos insultuosos como *demônio* e *vagabunda*, impedindo o acesso da neta à sua residência.

Outro exemplo é o de Corina, que cuida da mãe. Ela se refere a relações anteriores marcadas pela falta de laços afetivos e pelo abandono da genitora, relembando, com mágoa, ter sido abandonada quando tinha dois anos de idade: *Fui ver ela novamente quando eu já estava casada* (Corina). É um caso semelhante ao de Fruma, que oscila entre as tentativas de perdoar a mãe pelo abandono, com repetidos esforços de aproximação afetiva – *aí tem dia que eu vou lá e começo a conversar com ela [...] parece, assim, que não aconteceu nada* (Fruma) – e o reaparecimento do ressentimento – *tem dia que é uma revolta*.

O cuidador Ernani culpa o pai pela *revolta* que o conduziu à drogadição e ao alcoolismo: *Meu pai ficou preso por seis anos e isso mexeu muito com a gente. [...] Por isso que eu caí no meio das drogas, bebidas. Eu fiquei meio revoltado, porque a gente não teve pai* (Ernani).

Independentemente da motivação e da qualidade das relações anteriores entre idosos e cuidadores, a “privatização da velhice” produz outros efeitos negativos sobre o cuidado. Referimo-nos a algumas dificuldades recorrentemente relatadas pelos cuidadores entrevistados: a falta de preparação dos cuidadores para exercício do cuidado e a falta de recursos materiais e ambientais adequados, bem como de apoio social e familiar.

Como a literatura sobre cuidado em domicílio tem enfatizado, o exercício do cuidado depende não somente do desenvolvimento de habilidades técnicas, mas de qualidades físicas, emocionais e cognitivas (Esteves, 2018; Munhoz et al., 2008). A falta de preparação, como afirma Pampolim e Leite (2020) é, no entanto, uma dificuldade recorrentemente referida pelos cuidadores, o que a presente pesquisa ratifica:

Vanda afirma que é *duro, porque a gente não tem o preparo de como cuidar*. Ela conta que foi apenas pela providencial circunstância de ter uma enfermeira na família que ela teve a oportunidade de aprender a trocar fralda: *Eu aprendi, a minha cunhada ensinou como que faz, ela é enfermeira. Eu colocava tudo de qualquer jeito [...]* (Vanda).

Outro entrevistado, Pedro, que cuida de um idoso portador de deficiência visual, lembra que, no início, se sentiu *inválido, incapaz* para o que o caso exigia: *Não sabia como lidar, tive que aprender a lidar com isso, porque eu não sabia como cuidar de uma pessoa assim*. Outra cuidadora, Melissa, relata a falta de conhecimento sobre a doença do idoso: *Olha, no começo eu não entendia a doença [...], agora que eu entendi*.

Como explicitado nesses casos, as necessidades de aprendizado variam muito. O que falta, por vezes, são orientações simples, um *know-how* que seria facilmente integrado ao repertório de habilidades dos cuidadores, que parecem, no entanto, Robinsons Crusoe's ilhados no exercício do cuidado. Esses exemplos nos levam a pensar não somente na desresponsabilização pública na oferta de subsídios técnicos, mas também em uma incapacidade cultural de exercer o potencial de cuidado. Esta decorre do desfazimento das culturas, técnicas, espaços e redes que sustentavam a "arte de cuidar" como repertório comum, individual e comunitário, o que se agrava com a expansão das modalidades neoliberais de subjetivação.

À falta de preparação do cuidador, soma-se de apoio social e familiar. Vanda, que cuida de sua sogra, relata que os cunhados possuem uma relação distante com a mãe e que as visitas são esporádicas e espaçadas. O auxílio financeiro ofertado pelos familiares é mínimo e descontínuo, apesar das dificuldades financeiras da idosa: *Eles vêm aqui a cada quatro, cinco, seis meses. Compram uma fralda, ajudam um pouquinho, fazem uma despesa para nós*.

Rosalva diz que, apesar de preocupar-se com a mãe, não pode deixar de indignar-se por pensar que *as coisas não têm que estar nas minhas costas*, pois sua mãe tem três filhos: *Então, cadê os outros três filhos?* Essa situação gera conflitos dentro de seu núcleo familiar. Seu marido, por exemplo, queixase de situações provocadas por esse (des)acordo familiar tácito: *Meu marido vai sair de férias agora no mês de fevereiro e falou: "Olha, eu não vou ficar preso por causa da sua mãe. Se ninguém vier buscar, eu vou deixar ela lá na casa do seu irmão"* (Rosalva).

Dina ressalta a falta de apoio dos familiares, relatando que, apesar da aproximação de uma cirurgia que ela deve realizar, ninguém manifestou qualquer disposição para aprender a administrar as medicações do pai: *Eu conheço toda medicação, eles não. E eu já falei para eles que tem que aprender porque numa hora que eu não estiver [...]* (Dina).

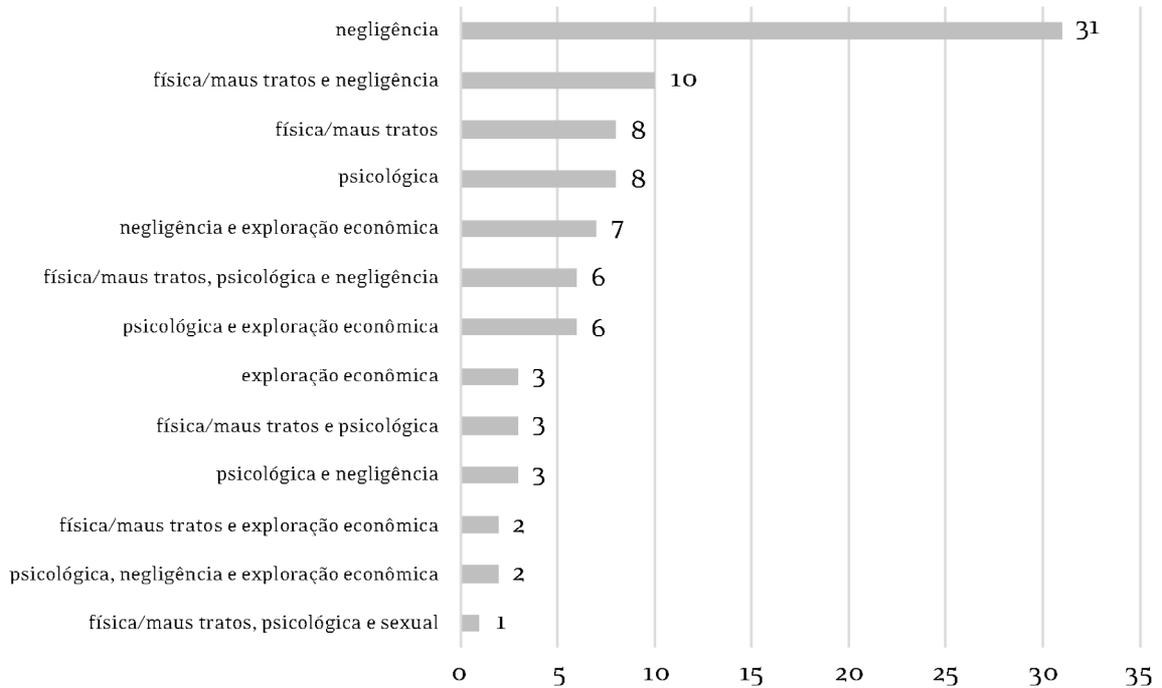
Um caso complicado é o de Jerônimo, idoso, com agravos na saúde e que cuida sozinho de sua esposa. Ele manteve discrição a respeito disso durante a entrevista, mas Lis, a esposa, afirma que a situação a deixa desolada e se ressentida da ausência de apoio do filho: *Eu fico triste porque vejo meu esposo, que não está bem de saúde [...] Meu marido não tem condição de me carregar no banheiro, me dar banho e tudo [...] meu filho não me dá alegria nenhuma, só me dá tristeza* (Lis).

As situações descritas nos levam a refletir sobre o problema de atribuir à família uma capacidade "natural" de exercer cuidado e, por isso, de assumir total responsabilidade pelo cuidado de idosos, sem levar em conta problemas relacionados à situação econômica da família, às rupturas da solidariedade intrafamiliar, à pulverização espacial das famílias, às condições físicas, psicoafetivas e práticas de exercício de cuidado por parte do membro da família sobre o qual recairá essa tarefa. Como veremos, à medida que as condições de exercício do cuidado se precarizam, aumenta a possibilidade de serem gestados sofrimento, adoecimento e violência.

## **Sufrimento, adoecimento e violência**

A análise dos dados dos prontuários de atendimento social dos idosos atendidos entre 2009 e 2017 no CREAS permitiu captar diversos tipos de violência contra idosos. O Gráfico 1 mostra a distribuição dos casos (n=90) segundo o tipo de violência.

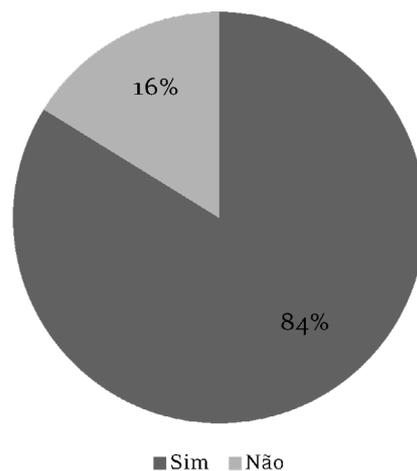
**Gráfico 1 - Distribuição dos casos, segundo tipo de violência. CREAS/Município no interior do Estado de São Paulo, 2009-2017**



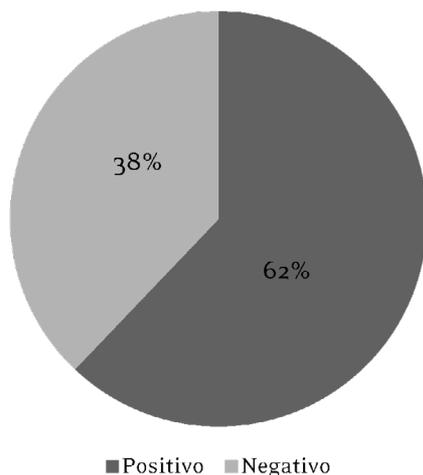
Nas entrevistas, aplicamos aos idosos o H-S/EAST, utilizado para verificar indícios de violência, e o CASE, aplicado aos cuidadores para verificação de sinais ou suspeita de violência. Na aplicação do H-S/EAST (n=25)

(Gráfico 2), verificamos que 84% dos casos foram positivos para apontar indícios de violências. Já o CASE (n=29) indicou risco aumentado para a ocorrência de violência em 62,1% dos casos (Gráfico 3).

**Gráfico 2 - Distribuição de casos de acordo com o H-S/EAST. CREAS/Município no interior do Estado de São Paulo, 2017-2018**



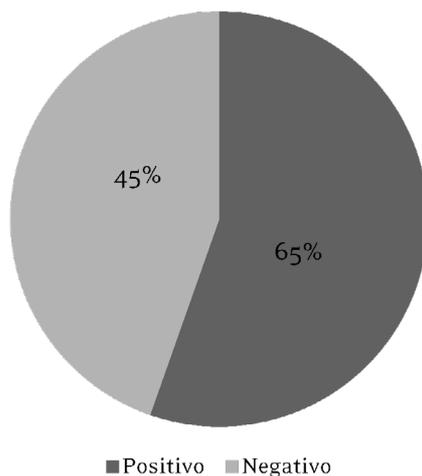
**Gráfico 3 - Distribuição dos casos de acordo com o CASE. CREAS/Município no interior do Estado de São Paulo, 2017-2018.**



Compreendendo a necessidade de complementaridade desses dados por outros referentes à situação de saúde dos cuidadores, identificou-se, a partir dos prontuários do CREAS (n=90) que, em 80% dos casos acompanhados, havia registro de problemas de saúde do cuidador, sendo a depressão o mais mencionado. Destaca-se que, em 50% dos prontuários, havia registro de uso de medicamentos pelos cuidadores.

Nas entrevistas, aplicamos, com os cuidadores (n=29), o SRQ-20, um instrumento utilizado para suspeição diagnóstica de transtornos mentais comuns. Os resultados foram positivos em 55,2% dos casos. Um dado importante e preocupante foi que, para a pergunta “Tem tido a ideia de acabar com a vida?”, a resposta foi positiva para 38% dos cuidadores entrevistados (Gráfico 4).

**Gráfico 4 - Distribuição dos casos de acordo com o SRQ-20. CREAS/Município no interior do Estado de São Paulo, 2017-2018.**



Podemos dizer que a “privatização da velhice” tem efeitos **patogênicos** e **violentogênicos**, produzindo situações de sofrimento para idosos e cuidadores, ambos constrangidos a interagir e a lutar por seu projeto existencial nas condições de um encontro que se realiza dentro de margens estreitas, sob condições que seriam outras se fosse outra a qualidade da vida social. Não há dúvida de que as condições desse encontro seriam outras em um contexto social em que a felicidade e autonomia dos idosos fossem socialmente valorizadas e em que o cuidado com os idosos fosse coletivamente assumido, colocado “em comum”, no lugar de ser “privatizado”.

Sufrimento, adoecimento e violência emergem nos relatos de cuidadores e idosos como resultado de seu (des)encontro. São vidas *pairando no ar*, como diz uma idosa, Bianca, vidas suspensas e imobilizadas, *paradas* no tempo, como lamenta uma cuidadora, Virgínia, que não vislumbra outro futuro que seu presente estendido, porque lhe falta a principal matéria para a composição de outro futuro: tempo para realizá-lo.

A sobrecarga do cuidador, de que fala parte da literatura (OMS, 2002; Lira; Barros, 2017; Manoel et al., 2013), é maior em casos como os que relatamos, em que um único cuidador, quase sem qualquer apoio social, tem de assumir o cuidado do idoso por tempo integral. O que Guillaumin (1978), há cerca de 40 anos, escreve sobre a apropriação não enunciada e não contratualizada do tempo e do trabalho das mulheres para o cuidado material da família aplica-se a essas relações de cuidado. Com efeito, como não há medição do tempo expressa sob forma horária e não há um único cuidador, o cuidado se torna uma relação de disponibilidade integral: “Nada de bater ponto neste contexto, falamos de uma vida em que todo o tempo é absorvido” e, com o tempo, as individualidades (Guillaumin, 1978).

Matias (2014) aponta que, para cuidadores que dedicam grande parte do seu tempo ao idoso, são comuns o isolamento e o sentimento de autoanulação. Isso é frequentemente referido nas entrevistas com os cuidadores, mas talvez ninguém o tenha expressado de maneira tão ostensiva quanto Virgínia:

*Tenho que continuar minha vida, que agora com a idade que eu estou... Não tenho mais filho, não*

*tenho mais liberdade para sair, não tenho liberdade para descansar. Quando eu penso que acabei meu serviço, ela já está me chamando. [...] Minha vida parou, entendeu, parou, filha, está parada minha vida. (Virgínia)*

Aparentemente, os desejos de Virgínia são os mais triviais, como sair e descansar, mas há mais do que isso: ela deseja continuar a vida, o que sugere o interesse de recuperar algo perdido, seu projeto existencial. Ela sente certa urgência nessa reapropriação de sua história em razão do sentimento do tempo que escoia: *que na idade que eu estou [...]*. Se o sentimento de vida contrariada é o que caracteriza a doença, que não pode ser determinada fora do contexto das dificuldades que o organismo/pessoa encontra para responder às demandas ambientais (Canguilhem, 2009), a “doença” de Virgínia se chama autonomia suprimida e o “agente etiológico” é um complexo contexto social e familiar que a converteu na única responsável pelos cuidados da irmã. É uma “doença” que acomete outros cuidadores entrevistados.

Malu cuida do marido. Indagada sobre o que teria mudado em sua vida após a doença do marido, ela ficou por alguns segundos em silêncio e afirmou: *Eu saía mais, e hoje eu tenho que ficar mais do lado dele, porque ele não sabe se virar sozinho. Ah, eu me sinto triste, muito triste com os meus problemas*” e novamente se fez silêncio. Não vamos aprofundar o significado desse silêncio, mas não há dúvida de que há algo doloroso no modo como ela experimenta o encolhimento social e existencial produzido pelo fato de ser a única responsável pelo cuidado.

Melissa, que cuida da mãe, aponta para a inconciliabilidade entre seus projetos e a jornada de trabalho imposta pelo cuidado, enfatizando, sobretudo, a impossibilidade de engajar-se em uma atividade laborativa extradoméstica: *Não posso trabalhar, eu tenho vontade de trabalhar.*

Cássia cuida de três pessoas: o pai acamado, a mãe e o filho autista. Ela abandonou sua casa para morar no domicílio dos pais, deixou sua carreira. Sua “vida social”, para além do âmbito doméstico, é bastante restrita. Durante a entrevista, ela se emocionou ao constatar que: *Eu vivo só em função deles agora. Tudo mudou. Eu me anulei pra viver*

a vida deles. Ela se diz esgotada e adoecida e deseja que uma instituição assuma, pelo menos, o cuidado de seu pai, cuidado *cuja qualidade já está caindo, pela minha situação*.

O cuidado de qualidade declinante a que se refere Cássia se traduz frequentemente, em casos semelhantes, em **negligência**, dentro de uma situação que já é **socialmente negligenciada**. A negligência como forma de violência contra o idoso antecede a relação entre idosos e cuidadores, remetendo ao contexto social mais amplo, no sentido que tentamos explicitar anteriormente. Para além da negligência, esse declínio da capacidade de cuidar pode desdobrar-se em **formas de violência psicológica e física**, a depender do modo como o cuidador responde aos estressores relacionados às condições de exercício do cuidado.

Em alguns casos, a violência pode ser estabelecida como uma **norma** para o cuidado, de modo que “dar um chacoalhão” e gritar com o idoso se tornam estratégias **normais** do cuidador, como aparece no relato de Ernani: *Bater, espancar, não, entendeu? Às vezes, eu pego ele e dou um chacoalhão: “Pai, não é assim, eu já falei”. Porque ele teima. Então, assim, às vezes eu tenho que ser mais firme assim, gritar.*

Em outros, a relação de cuidado é marcada pela oscilação entre explosões de irritação e impaciência e momentos de autocontrole ou cordialidade do cuidador, como nos conta Fruma: *Eu sinto que tem dia que eu me controlo e tem dia que não*. Em outros casos, o cuidador recorre à violência medicamentosa. Leni foi encaminhada ao CREAS por suspeita de ministração abusiva de medicamentos pela filha. Após a intervenção do CREAS, a filha passou a levar a idosa a médico particular, aparentemente para escapar à “indiscrição” do sistema público de saúde.

Assistimos, assim, à produção de um duplo processo de vulnerabilização: do idoso - exposto a violências de diversos tipos e ao insucesso ou precariedade do cuidado - e do cuidador - exposto à responsabilidade imposta de um cuidado que, nas condições em que é realizado, absorve, junto com seu tempo, sua individualidade e seu futuro e, às vezes, nas circunstâncias de um (des)encontro doloroso e mutuamente destrutivo entre idoso e cuidador. Eis o significado da “privatização da velhice” para aqueles situados no “lado errado” das desigualdades sociais.

## Considerações finais

No contexto atual, em que a norma da concorrência e o modelo da empresa penetram todas as dimensões da vida, a privatização da reprodução da vida cotidiana atinge grau extremo. A reprodução da vida cotidiana torna-se “responsabilidade” de cada um. Essa “responsabilidade” não significa que cada um deva realizar o trabalho reprodutivo de que dependa para manter-se vivo, mas, antes, que cada um deve ser capaz de apropriar-se, por meio do mercado ou por outras vias e instituições (a família, por exemplo), dos recursos e do trabalho que não é capaz de ou não deseja prover sozinho.

Esse arranjo social, descrito por recuo das formas comunitárias de reprodução da vida, desmantelamento de dispositivos público-estatais de proteção social e crescente comodificação dos trabalhos reprodutivos, atinge intensamente idosos dependentes de cuidado. As contradições desse arranjo ficam evidentes nessa situação, quando a palavra “dependência” não pode ser expurgada de maneira bem-sucedida e se escancara o paradoxo de que cada um deve responsabilizar-se pela própria “dependência”.

A discussão conduzida neste artigo permite perceber que tal arranjo pode produzir efeitos ainda mais destrutivos, para idosos e cuidadores, no contexto de populações de baixa renda. Aqui, o cuidado (que não pode ser externalizado pela mediação do mercado) torna-se trabalho do “lar”, mas não do “lar como centro da vida coletiva, de uma vida perpassada por diferentes pessoas e formas de cooperação” (Federici, 2014, p. 156) e sim de um núcleo familiar atomizado. Dentro dele, parece que o mais comum é que o cuidado seja atribuído a uma única pessoa, selecionada por um critério perverso, o da maior vulnerabilidade. Sob tais condições, o cuidado é degradado à condição de trabalho forçado e sinônimo de confinamento, atingindo a integridade física e psicológica do cuidador. Sofrimento, adoecimento e violência são o resultado dessa degradação do cuidado.

As questões apresentadas convidam a refletir sobre a necessidade de construção de dispositivos públicos que favoreçam o compartilhamento de “riscos e encargos associados à dependência de cuidados”, demandando ampliação/reorientação de serviços existentes e produção de novos.

As questões decorrentes do que designamos como “privatização da velhice” não podem ser resolvidas apenas por essa via, exigindo respostas que passam por mudanças culturais e civilizacionais, capazes de refazer os sentidos para a cooperação e para os cuidados mútuos e de produzir uma etariopolítica pautada na valorização do idoso e de sua autonomia. A tarefa não é apenas produzir um controle efetivamente democrático dos recursos sociais estatizados que permita utilizar parte significativa deles em benefício dos idosos, mas colocar os idosos “em comum”. É necessário assumir o cuidado dos idosos como responsabilidade socialmente compartilhada e trabalho cooperativo de uma rede extensa de famílias, comunidades e serviços públicos - uma rede que não pode ser mais uma rede de mulheres reduzidas à condição de “recursos comuns”, mas uma rede de todos nós como sujeitos dos “comuns”, compreendidos como sistemas de cotrabalho e cogoverno. São mudanças difíceis e complexas que interessam a todos não somente porque (salvo interrupções precoces da existência) o envelhecimento é um destino comum a todos, mas também porque, com a desvalorização e vulnerabilização dos “adultos maiores”, muita experiência social relevante é desperdiçada.

## Referências

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASTIEL, L. D.; ÁLVAREZ-DARDET, C. La salud persecutoria. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 461-466, 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102006005000029

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo*. São Paulo: Boitempo, 2016.

ESTEVES, D. B. *Cuidador formal de idoso: vergonha, delicadeza e cuidado*. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2018.

FEDERICI, S. O feminismo e as políticas do comum em uma era de acumulação primitiva. In: MORENO, R. (Org.). *Feminismo, economia e política*. São Paulo: SOF, 2014.

GUILLAUMIN, C. Práctica del poder e idea de Naturaleza. In: CURIEL, O.; FALQUET, J. (Org.). *El patriarcado al desnudo*. Buenos Aires: Brecha Lésbica, 1978. p. 19-56.

HARAWAY, D. J. Manifesto ciborgue. In: TADEU, T. (Org.). *Antropologia do ciborgue*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 33-118.

HIRATA, H; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007. DOI: 10.1590/S0100-15742007000300005

ILLICH, I. Saúde como responsabilidade de cada um - não, obrigado! *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/32Nfb6p>>. Acesso em: 1 maio 2019.

LIRA, I. C. D.; BARROS, J. C. Velhice dependente e serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social. *Estudos Sobre Envelhecimento*, São Paulo, v. 28, n. 68, p. 42-61, 2017.

MANOEL, M. F. et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 346-353, 2013. DOI: 10.1590/S1414-81452013000200020

MATIAS, M. L. *Política social para idoso: um estudo do Brasil e Canadá*. 2014. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUNHOZ, C. M. D. et al. Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa. In: BORN, T. (Org.). *Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília: SEDH, 2008. p. 70-78.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: 2002.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: 2015.

ORTEGA, F. *O corpo incerto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M. et al. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2013-2022, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000900010

PAMPOLIM, G; LEITE, F. M. C. Negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa em um estado brasileiro: análise das notificações de 2011 a 2018. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. e190272, 2020. DOI: 10.1590/1981-22562020023.190272

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à

luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 932-942, 2017. DOI: 10.1590/s0104-12902017170187

REICHENHEIM, M. E. et al. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1801-1813, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000800009

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2011.

---

### Contribuição dos autores

Estevam, Francisco e Silva participaram de todas as etapas de elaboração do artigo (proposta, redação, revisão).

Recebido: 10/02/2021

Reapresentado: 10/02/2021

Aprovado: 25/03/2021