

A CONCEPÇÃO SOBRE A FAMÍLIA NA GERIATRIA E NA GERONTOLOGIA BRASILEIRAS: ecos dos dilemas da multidisciplinaridade*

Simoni Lahud Guedes

É que a medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranquilizante de sua finitude; nela, a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; e se ela anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também deste mundo técnico, que é a forma armada, positiva e plena de sua finitude. Os gestos, as palavras, os olhares médicos tomaram, a partir deste momento, uma densidade filosófica comparável talvez a que tivera antes o pensamento matemático. A importância de Bichat, de Jackson e de Freud na cultura européia não prova que eles eram tanto filósofos quanto médicos, mas que nesta cultura o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem.
(Foucault, 1977a, p. 228)

A constatação de que, nas últimas décadas, nas sociedades ocidentais modernas, a velhice foi colocada em foco — sendo designada, rotulada, examinada, classificada, dividida, subdividida, negada, afirmada, recomposta, reinventada — e transformada em um problema social recortou, também, no mesmo movimento, os contornos imprecisos de sua entrada múltipla no mundo acadêmico, como temática de diversas disciplinas. A autonomização da velhice como objeto preside a

construção de saberes que são legitimados, muitas vezes exclusivamente, como uma resposta aos problemas decorrentes do prolongamento da vida das populações de diversos países. Resposta, primeiro, aos problemas orgânicos, constituindo-se os saberes englobados na disciplina médica Geriatria, e, logo após, uma resposta que se pretende mais totalizante, com a criação de um campo multidisciplinar, a Gerontologia.

A exibição da “nova realidade” do fenômeno do prolongamento da vida em estatísticas incontestáveis é o ponto de partida implícito ou explícito que estabelece como *resultado* a constituição destes campos de saber, além de estabelecer, de imediato, a relevância científica do recorte opera-

* Este artigo é um dos produtos da pesquisa “Saberes coletivos e categorias etárias entre trabalhadores urbanos”, que venho desenvolvendo no Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Ciência Política e no Departamento de Antropologia da Universidade Federal Fluminense, apoiada pelo CNPq. O trabalho foi originalmente apresentado no GT Pessoa, Corpo e Doença, no XXIII Encontro Anual da Anpocs, Caxambu, MG, outubro de 1999. Agradeço os comentários dos participantes do GT, em especial das coordenadoras Jane Russo e Ondina F. Leal e dos debatedores Madel T. Luz e Luiz Fernando Dias Duarte.

do ou assumido. Esta postura, obscurecendo o fato de que este é um recorte socialmente produzido, como o têm revelado os cientistas sociais, particularmente os antropólogos,¹ obscurece também o fato de que o surgimento dos saberes e de seu objeto é simultâneo. Mais precisamente, obscurece o processo dialético de produção de sujeitos específicos que é empreendido neste movimento e, no interior deste processo, o lugar instituinte ocupado pela partição e recomposição científica dos saberes.²

O objetivo deste artigo é realizar um mapeamento preliminar de alguns pressupostos orientadores do discurso e da prática de geriatras e gerontólogos brasileiros que se evidenciam na análise do material empírico produzido no interior de um projeto mais amplo sobre categorias etárias, particularmente sobre a temática recorrente da “família”. A partir das questões estabelecidas por Guita Debert (em especial, 1998a) em sua reflexão pioneira sobre a velhice no Brasil de uma perspectiva antropológica, pretendo delinear alguns dos contornos não explicitados de um modelo de velhice que vem sendo construído nestas disciplinas, no qual se encontra embutido o projeto de construção de determinados sujeitos.

Não se trata, aqui, de examinar a eficácia deste empreendimento ou a relação substantiva deste modelo de velhice com outros existentes na sociedade (ou com a sua ausência como marca relevante nas trajetórias de vida), mas de buscar uma primeira interpretação das microagências especializadas ligadas à Geriatria e à Gerontologia que produzem e transmitem sentidos acerca da velhice (Berger e Luckmann, 1997, p. 99). Isto impõe algumas considerações sobre o lugar destas agências nas sociedades modernas.

Um moderno proselitismo: agências especializadas e projetos de intervenção universalizantes

As agências especializadas ligadas à Geriatria e à Gerontologia têm grande potencial de legitimação³ das idéias que abraçam, propiciado, difusamente, por sua origem acadêmica, de validação transnacional, pela chancela de “ciência” de que se

revestem e pelas formas através das quais se realizam, inclusive gerenciando, direta e indiretamente, distintos recursos estatais. Isto permite supor que as concepções que as presidem, expressas nas suas realizações institucionais, disponham da virtualidade de sobrepor-se a outras ou, ao menos, de conter espaço simbólico significativo bastante para incorporar e processar parcialmente significados mais específicos que se produzem na sociedade. Não é irrelevante o fato de os projetos de atuação da Geriatria e da Gerontologia serem de abrangência universal (por mais que sejam infletidos pelas condições socioculturais específicas em que se realizem) e, por isso, produzirem discursos e práticas que visam atingir a todos os segmentos sociais. Muito mais do que todas as ordenações simbólicas que, pelas virtudes da naturalização, explicam e interpretam o mundo mas não buscam, necessariamente, romper as fronteiras do *seu* mundo, tais projetos caracterizam-se pela inseparabilidade entre a produção de sentido e a intervenção, numa espécie de proselitismo moderno, fundamental, como se verá, na concepção tanto da Geriatria quanto da Gerontologia.

Tais características trazem ao escopo deste trabalho algumas das questões incluídas no amplo conjunto de problemáticas relativas à natureza das sociedades complexas modernas que, na Antropologia brasileira, vem sendo examinado por Gilberto Velho em diversos trabalhos (em especial, 1981 e 1994). Sob tal perspectiva, o material empírico aqui apresentado sumariamente, dados os limites deste trabalho, permitirá fornecer alguns subsídios para a compreensão de instituições que encarnam um projeto de abranger toda a sociedade (bem-sucedido ou não). Visando produzir significados compartilhados, é possível pensá-las como ocupando espaços simbolicamente intersticiais, nos poros entre as fronteiras sempre abertas da pluralidade de configurações de idéias e valores referenciais, desde que estas não sejam pensadas como simples justaposições mas articuladas de um modo mais complexo em “distintos planos e níveis de realidade socialmente construídos” (Velho, 1994, p. 29). A possibilidade de passar de um nível ou plano a outro, rompendo fronteiras cotidianamente, é apreendida por Gilberto Velho como o

potencial de metamorfose que compõe diversamente a experiência dos atores sociais, colocando também em foco a importância da *mediação* e das *instituições mediadoras* (Velho e Kuschner, 1996). Compreender as agências da Geriatria como “instituições secundárias”, no sentido proposto por Berger e Luckmann (1997)⁴ em suas reflexões sobre o pluralismo nas sociedades modernas, na mesma linha teórica explorada por Velho, possibilitará o desdobramento, a partir do meu material empírico, de algumas questões.

Assim, busca-se também compreender se a Geriatria e a Gerontologia, consideradas como matrizes de instituições produtoras de sentido com tal intenção e potencial de abrangência, realizam mediações entre concepções diversas, produzindo, desse modo, uma série de “instituições intermediárias” no sentido estabelecido por Berger e Luckmann (1997),⁵ mediadoras entre a experiência coletiva e a individual, ou se geram instituições que tratam o indivíduo como “objeto mais ou menos passivo de seus serviços simbólicos” (Berger e Luckmann, 1997, p. 101), podendo, neste caso, ser compreendidas como dispositivos da “sociedade programada” (Touraine, 1994) — centralizada na produção e difusão maciça de bens culturais e no “governo dos homens” —, numa perspectiva analítica que é, sob tal ponto de vista, aproximada da “sociedade disciplinar” de Foucault (1977b).

Estas são questões que, evidentemente, não cabem no escopo limitado deste texto, mas que podem ser colocadas em debate, através do material empírico aqui apresentado, permitindo, em conclusão, uma melhor elaboração das perguntas antes que de suas respostas. Nesse sentido, é interessante também considerar em que medida os conceitos referidos, elaborados, basicamente, com material proveniente de sociedades modernas, onde o indivíduo é um valor mais difundido (Dumont, 1985), podem nos ajudar a compreender uma sociedade como a brasileira, onde são tão multiplicadas as instituições que realizam as mediações entre a ordem social mais ampla e os indivíduos (Da Matta, 1985).

A argumentação que se desenvolverá em seguida visando colocar em debate estas questões

está centralizada em dois pontos inter-relacionados, elaborados a partir da análise preliminar do material empírico construído na pesquisa, a saber:

1) a construção dos sujeitos que são objeto da Geriatria e da Gerontologia efetiva-se segundo um modelo cujos princípios são fortemente infletidos pela hegemonia do olhar médico na concepção multidisciplinar;

2) concepções relativamente uniformes e simplificadas sobre a sociedade moderna e a família penetram difusamente neste modelo, transformando-se, nas instituições produzidas pela Gerontologia, em julgamentos morais. Neste processo, tais instituições situam-se a meio caminho entre o campo acadêmico e o campo da caridade (Neves, 1997), legitimando-se o papel de “instituição mediadora” da Geriatria e da Gerontologia.

A Geriatria funda a Gerontologia: da doença orgânica à doença social

A partir de material empírico construído de modo assistemático ao longo da segunda metade da década de 90 e controlado por pesquisa realizada nos últimos dois anos,⁶ pude constituir um *corpus* etnográfico acerca das concepções e práticas da Geriatria e Gerontologia. Tendo em vista os objetivos deste trabalho, estes amplos campos disciplinares podem ser apreendidos aqui através das seguintes definições “nativas”, que expressam concepções mais ou menos consensuais destinadas a um público leigo:

Geriatria é a especialidade médica que trata de doenças de idosos ou de doentes idosos, mas também se preocupa em prolongar a vida com saúde. Deve-se aproveitar a ciência geriátrica antes de ficarmos velhos ou antes de estarmos doentes, realizando um “*check-up* geriátrico” preventivo a partir dos 35 anos de idade.

Devemos procurar prevenir antes que remediar. Gerontologia é a ciência que estuda o processo do envelhecimento. Cuida da personalidade e da conduta do idoso, levando em conta todos os aspectos ambientais e culturais do envelhecer. É uma ciência médico-social; inclui problemas complexos de Medicina e de Sociologia. A Gerontolo-

gia trata do processo biológico do envelhecimento, enquanto a Geriatria se limita ao estudo das doenças da velhice e de seu tratamento.⁷

Esta concepção é mais ou menos cristalizada, repetindo-se, com pequenas variações, nos depoimentos dos profissionais entrevistados, como, por exemplo, nesta definição da profissão enunciada por uma gerontóloga (psicóloga):

A Gerontologia envolve todo o estudo do envelhecimento humano, em todas as áreas do desenvolvimento bio-psico-social, abrangendo áreas como Psicogeriatria, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Educacional, Educação Física e outras especialidades [...] A Sociologia, a Antropologia e a Psicologia são disciplinas importantes na Gerontologia. O gerontólogo trabalha na busca de melhor qualidade de vida [...] Preocupa-se com o envelhecer saudável e com patologias [...]

A Gerontologia é referida eventualmente, em entrevistas ou textos, como uma “filosofia do envelhecimento”. A utilização desta expressão nos lembra que, sendo definida como o “estudo do processo de envelhecimento”, ou seja, *logos* antes que *praxis*, a Gerontologia não conteria, por definição, a dimensão de intervenção no objeto, ao contrário da Geriatria, um dos ramos da prática médica. Isto gera a possibilidade de sua adjetivação, em alguns discursos, mais raros, como “Gerontologia de intervenção”, visando à *otimização, prevenção, reabilitação e gerenciamento de situações irreversíveis dos idosos* (Pacheco, 1997). Contudo, embora a expressão “Gerontologia de intervenção” seja poucas vezes encontrada, as idéias que ela recobre são uma constante, autorizando a interpretação de que a dimensão da intervenção é uma extensão naturalizada de sua definição. Na visão de Jeanete Martins de Sá (1999, p. 225), “[...] a teleologia da Gerontologia e da Geriatria encaminha-se para uma posição de intervenção no objeto e não apenas de estudo, conforme apontam alguns conceitos.”

A Geriatria e a Gerontologia são consideradas, aqui, a partir das atuações dos especialistas da

Universidade Federal Fluminense (UFF) e, por essa via, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), certamente a mais importante associação brasileira nesta especialidade. Desde 1971, a SBGG foi autorizada pela Associação Médica Brasileira a conceder os títulos de Especialista em Geriatria e em Gerontologia, após avaliação dos candidatos (Gomes, 1994),⁸ sendo o título de geriatra facultado exclusivamente a médicos e o de gerontólogo, aberto a todos os demais profissionais graduados. A ordem temporal do aparecimento das especialidades evidencia-se na própria gênese da associação: em 1961 é fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria, no Rio de Janeiro, e em 1969 acrescenta-se “e Gerontologia” (Gomes, 1994). Observe-se que não se trata da junção de associações preexistentes: a Gerontologia aparece, aqui, *a partir* da Geriatria, posterior a ela, chamada por ela e, de certa forma, como acessória a ela. É a reflexão originada no interior da clínica geriátrica que se busca ampliar, atingindo novas dimensões e, de fato, instituindo um olhar totalizante sobre o objeto, uma perspectiva holista. A precedência temporal não é casual: é um dos índices que expressa a maior legitimidade e o maior poder de englobamento do modelo biológico (em particular, o biomédico), em relação às outras formas de construção social da realidade, e, sobretudo, o *lugar*, do ponto de vista da lógica simbólica, de onde é construída a Gerontologia.

Entretanto, a consideração da abrangência de uma e de outra apontaria no sentido contrário. Sendo a Gerontologia definida como campo multidisciplinar de domínios abertos, com capacidade de englobar quaisquer disciplinas e práticas acadêmicas que possam acrescentar perspectivas ao estudo do processo de envelhecimento — a par de propor relações mais próximas entre a Medicina e a Sociologia, como na definição precedente —, ela é apresentada como *contendo* a Geriatria. Nas palavras de uma médica geriatra ocupando posições de grande poder e prestígio neste campo:

Esse médico que se propõe a tratar com o idoso, ele tem que saber Gerontologia, ele tem que compreender esse envelhecimento, ele tem que ter a visão bio-psico-social que a Gerontologia dá.

Então, não é fácil essa área, porque só como médico ele não consegue, ele tem que estar voltado para os problemas sociais, psicológicos, econômicos, biológicos do idoso. É isso que diferencia o clínico geral do geriatra. *O geriatra gerencia a vida do idoso.*

Este fragmento de entrevista, reproduzindo uma versão consagrada, encontrada repetidas vezes, demonstra, de modo exemplar, que se a Geriatria supõe a Gerontologia (e, por isso, supõe utilizar na intervenção saberes não-médicos), é apenas no geriatra que tais saberes podem se concentrar, pois há também o suposto, não explicitado, de uma severa interdição à utilização de saberes médicos pelos não-médicos (inclusive os da área médica, como os enfermeiros; ver Daher, 1995). Por isso *o geriatra gerencia a vida do idoso.* Ou seja, a composição multidisciplinar concebida para a Gerontologia, responsável por sua maior abrangência, contendo a proposição explícita da equivalência dos saberes disciplinares, realiza-se estabelecendo uma diferenciação implícita, numa hierarquização em que dois níveis, pelo menos, podem ser imediatamente identificados. Neste movimento, a Geriatria situa-se num nível de maior valor em relação às outras disciplinas, tornando-se, de fato, a disciplina englobante (e não a mais “limitada”).

Uma análise mais detida certamente identificará outros níveis, sendo interessante, por exemplo, investigar o estatuto da Psicologia, muitas vezes compreendida a meio caminho entre as práticas médicas e não-médicas. Por ora, basta observar que se estabelece, desse modo, um ponto de vista de múltiplas conseqüências. A mais importante delas é que é a partir da busca da intervenção nas *doenças dos idosos ou nos doentes idosos*, objeto precípua da Geriatria, que os outros saberes são agregados. O modelo de velhice começa a se desenhar como uma espécie de “biologização” da vida (e não de uma sociologização do corpo), uma hegemonia do “monismo fisicalista”, como bem expressam Russo e Henning (no prelo) em trabalho sobre a Psiquiatria, na medida em que o que se propõe é uma apreensão totalizante do objeto mas *a partir* do corpo e *para* gerenciar o corpo.

A obtenção de *qualidade de vida*, categoria central do discurso dos geriatras e gerontólogos, transforma-se no objetivo a ser atingido. Categoria igualmente totalizante, quase nunca definida, é tema constante de congressos,⁹ conferências, aulas, livros e artigos. Repete-se nos discursos ouvidos informalmente em todos estes contextos. A busca da *qualidade de vida* é um dos ícones, talvez o maior, da Geriatria e da Gerontologia, constituindo-se num valor dogmaticamente estabelecido, logo inquestionável. Considerada como auto-explicativa, prescindindo de explicitação, constitui-se, por esta razão, em uma das mais importantes vias através das quais são introduzidos nos discursos e nas práticas pressupostos não explicitados. Observe-se que nas raras vezes em que a categoria *qualidade de vida* encontra alguma explicitação, as verbalizações apóiam-se, quase exclusivamente, em parâmetros associados às capacidades e funções corporais (principalmente *ausência ou controle de doenças* e *autonomia físico-cognitiva*). Esta categoria sintetiza e concentra a forma específica assumida aqui pela hegemonia do modelo biológico, construído na perspectiva da clínica médica.

Há inúmeros indicadores dessa hegemonia que só será possível apontar aqui: a constituição das equipes denominadas *multidisciplinares* em torno dos médicos; a predominância das temáticas biomédicas nas publicações, encontros, congressos e cursos (para especialistas ou leigos); a marca médica de muitas instituições que abrigam as agências criadas pela Gerontologia. Todos estes indicadores são passíveis de quantificação ou de apreensão qualitativa. Se considerarmos a formação prévia dos especialistas (médicos, especialistas não-médicos mas da área biomédica — enfermeiros, fisioterapeutas etc. — e outros profissionais não ligados à área, como assistentes sociais, sociólogos etc.), será possível, com certeza, afirmar a supremacia médica (muito provavelmente dos próprios médicos, excluídos os outros profissionais da área biomédica) por meio de indicadores mais complexos como, por exemplo, a distribuição das posições de poder e prestígio no campo da Geriatria e da Gerontologia, nos termos de Bourdieu (1982). Deste amplo conjunto de indicadores, que apontam na mesma direção, escolhi apresen-

tar a forma como os médicos recompõem a trajetória que os conduz à Geriatria e à Gerontologia, por ser bastante expressiva e condensar os aspectos que se busca destacar neste artigo. Um trecho do depoimento de um médico publicado no *Boletim da SBGG* (n. 11, 1996, p. 16) poderá exemplificar esta formulação:

Na busca exclusiva das causas e efeitos das doenças dos idosos priorizam-se testes, visores, tubos, fitas e outros valiosos recursos complementares, em detrimento da presença do médico e de sua aguçada sensibilidade, ouvindo, tocando e orientando o paciente. Nesse contexto inicia-se meu contato com o atendimento ao idoso [...] Fui percebendo que meus pacientes da terceira idade necessitavam de um atendimento de forma mais integral, que levasse em conta, além de suas queixas imediatas, também fatos e situações sociais, econômicas, familiares e emocionais que não se encaixavam no estrito espaço/tempo da consulta médica “permitida” em ambulatórios e consultórios. A partir daí, junto com outros médicos, buscamos a participação de profissionais de outras áreas, tais como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, e ainda a ajuda da família do paciente idoso. [...] Tivemos oportunidade, assim, de prestar orientações e esclarecimentos sobre dieta, sexo, trabalho, lazer, tabagismo, uso de medicamentos, enfim, sobre situações que poderiam interferir na prevenção de doenças.

Esta visão dos questionamentos que conduzem à busca de explicações mais amplas é absolutamente recorrente, estando apenas aqui numa formulação mais acabada. Esta leitura de suas próprias trajetórias profissionais acentua que é a partir da prática médica, da busca da compreensão e intervenção nas *doenças dos idosos* que a recomposição *bio-psico-social* do sujeito é empreendida. A dificuldade, de ordem epistemológica, neste processo é ultrapassar a simples agregação de outras perspectivas e práticas a um olhar médico já fortemente constituído e empreender a construção deste sujeito a partir de múltiplos olhares. Se tal dificuldade é algumas vezes reconhecida no plano teórico (cf, por exemplo, Sá, 1999), a prática tem

uma urgência que não admite contemporizações, como bem expressa Bourdieu (1980). A multidisciplinaridade funciona, assim, ao modo de um feixe de linhas separadas, ligadas apenas a um centro: a Geriatria.

Confrontados em sua prática profissional cotidiana com a doença, o envelhecimento e a morte, as ameaças mais regulares ao mundo socialmente construído (Berger, 1985), os signos mais constantes da miséria humana, os médicos, tendo sido armados para enfrentá-los com saberes técnicos cada vez mais especializados, buscam resgatar essa “densidade filosófica” do seu olhar de que nos fala Foucault na citação em epígrafe neste artigo. O movimento que vai da clínica à Geriatria e da Geriatria à Gerontologia deve ser, assim, situado entre os grandes movimentos da Medicina que oscilam da partição microscópica dos corpos vivos e mortos ao estatuto do homem no universo. Neste caso específico, a versão consagrada pelos médicos para retratar sua trajetória em direção à Gerontologia demonstra, simultaneamente, seu lugar de agregador e congregador¹⁰ de diversos saberes e práticas que convivem na sociedade moderna, em especial os que têm legitimidade acadêmica,¹¹ possibilitando, por essa via, a recuperação de um olhar totalizante e exaustivo e a construção de um modelo de velhice, resultante deste movimento. Atingidos pela extrema divisão de trabalho das sociedades modernas — divisão duplicada internamente na Medicina — e pelas críticas a seu trabalho, estes médicos retotalizam seu olhar, criando novos objetos e, portanto, novos sujeitos. Recriam-se como agentes civilizatórios¹² modernos, recuperando o estatuto filosófico da profissão.

O objeto desta filosofia monista, assim recriado, é o homem *tout court*. O envelhecimento, concebido como etapa inexorável da trajetória humana, fenômeno *bio-psico-social* empiricamente observável, tem naturalizado um princípio de interpretação generalizante, um substrato epistemológico associado a uma versão da “natureza humana”. É esta passagem crucial que transporta a lógica que governa a Geriatria, como disciplina médica, para *todas* as versões disciplinares recobertas pelo termo Gerontologia, por mais distintas e irreconciliáveis que sejam em sua apresentação

interna. A generalidade dos fenômenos humanos (no sentido de sua universalidade na espécie) e a possibilidade de alcançá-los em seus mecanismos pelo estudo científico¹³ são firmemente estabelecidos como pressupostos da intervenção gerontológica, independentemente de quaisquer debates internos ao campo. Não é de somenos importância a chancela de ciência que recobre, assim, o discurso e as práticas gerontológicas, legitimidade na verdade duplicada, pois diretamente transferida das instituições médicas que as produziram e da universidade que as abriga.

Finalmente, destacamos o efeito ideológico das instituições médicas. Elas têm o papel de estruturar e definir, através de agências, como a Universidade, ou de agentes, como os médicos, o que constitui a “Ciência Médica”, isto é, para todas as classes, o *verdadeiro saber* em relação à saúde. Elas desempenham também o papel de estruturação simbólica, para toda a sociedade, das representações de *saúde* e *doença*. (Luz, 1979, p. 53; grifos da autora)

Por tais deslocamentos, a Gerontologia também se legitima como “saber médico”. Por essa via, o princípio de interpretação médico é transposto para os aspectos sociais do envelhecimento, conduzindo à divulgação e aceitação de algumas generalizações sobre a família, como fórmulas incontestáveis, em concepções também naturalizadas. A par das grandes dificuldades conceituais e, principalmente, metodológicas que um campo que se define como multidisciplinar enfrenta, há uma apropriação naturalizada dos “aspectos sociais” nas práticas, centrada, em especial, nas asserções de que “a pessoa idosa é socialmente excluída na sociedade atual, voltada para a produção, porque é considerada improdutiva” e de que “a família nuclear, o padrão nesta sociedade, reproduz esta exclusão em sua organização interna”.

Sustentados por estas certezas, todos os projetos definem-se como uma luta contra a *inatividade* e a *exclusão dos idosos*, no pólo negativo do eixo simbólico que os orienta, visando *integrá-los à sociedade e à família*. A exposição contínua da pobreza, da miséria e da incapacidade de seu

gerenciamento pelo Estado brasileiro — neste caso, particularmente nas instituições sanitárias —, seja nas análises dos cientistas sociais, seja nos meios de comunicação de massa, funcionam como confirmações empíricas destas certezas. Tais programas recortam-se, assim, contra o pano de fundo de uma sociedade de mercado em que a velhice é considerada *improdutiva* e, por isso, *excluída*. Contra o pano de fundo de uma velhice *desassistida, abandonada* ou *maltratada* pela família, considerada, idealmente, o *locus* da pessoa idosa.¹⁴

O pressuposto de que a família é o grupo fundamental responsável pelas pessoas idosas dificilmente é questionado. Por isso o termo aparece com extrema frequência nos discursos. Mas é preciso ainda ressaltar que a concepção de família prevalecente é a da família nuclear, “adoecida”, de certo modo, em consequência de sua luta pela sobrevivência em uma sociedade de mercado. Esta concepção aparece de várias formas e em diversos contextos. Sua formulação mais erudita pode ser apreendida no trabalho de Magalhães (1989), sociólogo que ocupa posições importantes no campo da Gerontologia no Brasil. Apesar da preocupação em complexificar a apreensão dos dados relativos à família, tematizando-a de modo muito mais elaborado e apresentando uma série de reflexões sobre as diferentes formas que ela pode assumir, este autor e importante agente do campo da Gerontologia conclui que o processo de nuclearização da família que atinge todas as camadas sociais é consequência do modelo socioeconômico e constitui-se no problema fundamental enfrentado pelos idosos.

Nas classes médias de menor renda e de renda média a perda de autoridade na família coincide com o período de aposentadoria no trabalho e de redução da renda. Perda de participação produtiva, do poder aquisitivo e da função sociofamiliar. O que significa exclusão e isolamento social, mesmo que em regime de tolerância na solidão da família nuclear. Família de pais e filhos, sobretudo menores.

A família nuclear, sendo principalmente um meio social de reprodução da força de trabalho e de consumo para os que estão produzindo ou irão

produzir, terá lugar para o idoso? Certamente que não, exceto se auxiliada pelo apoio institucional à velhice, cujo movimento, originariamente de classe média, passou a ser um movimento nacional de protesto e indignação.

[...] Nas elites políticas, intelectuais, culturais e artísticas [...], a herança e a sucessão lhes dão maior conteúdo de respeitabilidade. Mas a família nuclear também os atinge intensamente e a convivência intergeracional se torna igualmente difícil, pois seus filhos constituirão os futuros núcleos familiares. Mesmo os mais célebres tendem a ser pessoas solitárias.

No contexto de nossa urbanização patológica e da nuclearização familiar, será correto considerar este tipo de família propício e meio exclusivo de integração social e de desenvolvimento integral do ser idoso? (Magalhães, 1989, pp. 116-117; grifo meu)

Independentemente do nível de elaboração do discurso, o postulado da nuclearização da família e de sua incapacidade para integrar o idoso constitui-se num pressuposto da Gerontologia, fundamentando os discursos genéricos sobre a velhice. É daí também que decolam a *indignação* e a *compaixão* que vão pautar as intervenções dos geriatras e gerontólogos, em contraste com o *descaso* das famílias:

Temos uma paciente que está há 110 dias no CTI e o filho único que ela tem não visita! (Médico, cursando especialização em Geriatria)

A família pobre privilegia as crianças. Se tem uma fruta, alguma coisa, vai pra criança, o velhinho não tem direito [...] (Psicóloga, especialista em Gerontologia)

Suportados por tais generalizações e buscando alterar seus efeitos, introduz-se nos projetos de intervenção, sub-repticiamente, uma outra dimensão que, apoiada difusamente numa condenação moral da sociedade e da família “doentes”, os transforma em cruzadas morais de resgate da humanidade dos idosos: uma versão do proselitismo moderno.

A *paixão pelo trabalho com os idosos, o amor aos velhinhos, o prazer de trabalhar com o idoso, o carinho com os velhos* são, todas, expressões frequentes que se contrapõem ao *descaso* e *abandono* da sociedade e da família. Da mesma maneira, a utilização constante do termo *velhinhos* no discurso menos controlado do cotidiano dos programas de intervenção e da clínica geriátrica — muitas vezes *meus velhinhos* — denuncia a dimensão da “compaixão” que, de um modo ou outro, envolve todas estas intervenções.¹⁵ Sob tal perspectiva, a prática geriátrica e gerontológica realiza-se como um misto complexo de diversas práticas profissionais e voluntarismo altruísta.

Por essa via penetram no discurso e na prática da Geriatria e da Gerontologia muitos dos elementos que, em princípio, seriam do campo da caridade (Neves, 1997 e 1999) e não do campo acadêmico. Assim, o trabalho *voluntário* — tal como a “intervenção-denúncia” (Neves, 1999) —, característico dos projetos filantrópicos, é a base dos projetos observados, incluindo-se nesta categoria o trabalho de um número indeterminado de alunos que concluíram cursos de extensão e especialização nessas especialidades, entre médicos e não-médicos, todos movidos, segundo afirmam, pelo *prazer de trabalhar com o idoso e pelo desejo de ajudar*.

A “intervenção-denúncia” exerce-se com relação à sociedade como um todo, sob várias formas — em particular, nos debates sobre os direitos sociais dos idosos —, mas seu terreno privilegiado de atuação é a família. A generalização da concepção de que as famílias, em função de sua nuclearização na busca da sobrevivência, não têm lugar para seus membros idosos as transforma no objeto empírico privilegiado dos projetos gerontológicos. Atente-se, contudo, que não se trata, absolutamente, de isolar os idosos de suas famílias, consideradas seu lugar por excelência. Trata-se, ao contrário, de incluí-las no olhar gerontológico e de gerenciar suas relações, buscando, se possível, educar o núcleo familiar no qual vive o idoso. Nas palavras de uma geriatra e gerontóloga: “[é] *fundamental que a família venha junto para que seja possível melhorar essa relação*”.

Há, assim, nos programas, referências recorrentes à temática da família, sob várias perspectivas

disciplinares. E registra-se, igualmente, uma série de preceitos que não provêm de nenhuma disciplina acadêmica específica. Os idosos são, por exemplo, recomendados a *ter paciência com os jovens* e a *não tomar decisões sérias sem consultar os filhos*. Ao mesmo tempo, abrem-se constantemente espaços para que as relações familiares sejam repensadas.¹⁶ Este é, sem dúvida, um dos aspectos centrais trabalhados nos projetos de intervenção, segundo um modelo que vem produzindo novos sujeitos para os quais são criados determinados espaços sociais.

A construção de novos velhos e a educação da família: a *velhice bem-sucedida* e os cuidadores

Ao se propor como objetivo a *qualidade de vida* dos idosos, numa velhice autonomizada como objeto, desenha-se o modelo que pode ser sintetizado na categoria “nativa” *velhice bem-sucedida*. Na expressão concisa de um dos mais atuantes membros da Sala de Espera,¹⁷ um senhor de 77 anos, torneiro mecânico aposentado:

Há dois tipos de envelhecimento: o de caráter biológico e o essencialmente social. No biológico, quero que Deus me dê saúde e, para ter saúde, tenho que seguir as orientações médicas e ter uma vida normal, dentro dos meus limites. No social, fazer o possível para estar sempre atualizado. Ter contato com os colegas de grupo, estar bem com a minha família e com jovens, até chegar o meu dia. (*Sala de Espera*, n. 3, 1999)

Estes objetivos são consensuais entre os participantes das agências especializadas (equipes gerontológicas e idosos), todos centrados no eixo simbólico *atividade/inatividade*, que pode ser lido também como *inclusão/exclusão*. Demarcam, evidentemente, com o estabelecimento dos padrões da *velhice bem-sucedida*, os padrões da *velhice malsucedida*. Todavia, apesar deste consenso e de uma clareza relativa nos enunciados, tais objetivos são suficientemente amplos (*ter saúde, ter uma vida normal, estar bem com a família...*) para conter realizações diversas. Esta é uma

das características mais importantes deste modelo de *velhice bem-sucedida*, pois, como parte de um projeto universalizante, dirigido a qualquer e a todos os segmentos sociais, ele tem de ser capaz de defrontar-se com determinados limites, condição de sua viabilidade.

O primeiro destes limites é, propriamente, biológico e é identificado nas moléstias incapacitantes física e cognitivamente que impedem a construção deste *novo velho*. Lugar precípuo do saber médico, apanágio da Geriatria, tais limites são reconhecidos e, não raro, alterados pela minuciosa dissecação de todos os aspectos de um número limitado de doenças associadas ao envelhecimento. A vulgarização e difusão destes saberes ocupa um lugar simbólico importante na manutenção do “cientificismo” de todo o campo, produzindo seus efeitos mais diretos na construção dos *cuidadores*. Definidos como pessoas que se ocupam de idosos com incapacidades funcionais e sérias perdas de autonomia, os *cuidadores* são, em geral, no caso brasileiro, familiares, sendo então definidos como *cuidadores informais*. Os *cuidadores formais* são os próprios familiares ou profissionais especialmente treinados pelos geriatras e gerontólogos numa série de cursos fornecidos por diversas agências gerontológicas. A maioria dos cursos destina-se a mulheres que lidam com familiares idosos dependentes, representando uma das facetas do sucesso do saber médico na sociedade como um todo. Nestes cursos, os saberes da Geriatria e das diversas disciplinas gerontológicas são filtrados e transformados numa série de preceitos práticos que visam facilitar a administração da situação de incapacidade no contexto familiar. Os *cuidadores* transformam-se, por essa via, em multiplicadores de uma parte do conjunto de saberes que compõem a Geriatria e a Gerontologia.

O segundo limite envolve questões de outra ordem e sua consideração requer retornar às questões estabelecidas no início deste artigo, buscando repensá-las. Refere-se às possibilidades de realização deste modelo amplo de *velhice bem-sucedida*, podendo também ser compreendido como o limite da normalização.

Por um lado, os preceitos contidos em tal modelo não parecem deixar dúvidas de que ele

pode ser compreendido no interior do processo mais amplo de medicalização das relações sociais, fortemente infletido que é, como procurei argumentar, pelos princípios médicos, via Geriatria, disciplinando a percepção que os idosos fazem de si e das relações sociais mediante a produção de novos sentidos para uma etapa recortada das trajetórias de vida. Todavia, não haverá espaço nele também para sua própria contestação, tendo em vista o sentido excedente que, sem dúvida, comportará? Isto porque é produtor de uma pletera de sentido, tanto no campo interno à Gerontologia, na sua divisão e recomposição de saberes acadêmicos, quanto na inclusão de seus sujeitos-objetos, cujas experiências diversificadas, mesmo repensadas a partir do modelo, não podem, em princípio, ser facilmente homogeneizadas.

Ressalte-se, sob tal ponto de vista, que o consenso básico dentro do campo da Gerontologia é sustentado em torno da hegemonia do modelo médico — concentrando-se, em particular, no valor dogmático *qualidade de vida* — mas mantém-se em tensão permanente pela postulação da equivalência de saberes. Incorporando disciplinas acadêmicas com tradições também complexas e muito diversas, com formas específicas de construção do objeto, o campo da Gerontologia registra algumas dissensões de ordem teórico-metodológica mas, também — aspecto mais importante para as questões que me interessam aqui —, algumas vezes, fortes desacordos quanto às formas assumidas pela intervenção. Mesmo que tais desacordos pressuponham acordos básicos, ou seja, mesmo que estejam referidos às mesmas “problemáticas obrigatórias” (Bourdieu, 1982), não devem ser desprezados como possibilidades de introdução de ênfases diversas no modelo básico. Assim é que, por exemplo, os trabalhos fortemente críticos com relação aos formatos assumidos pelos programas de intervenção de Haddad (1986) e Paz (1999), embora diferentes entre si em suas argumentações e propostas, denunciam o processo de normalização empreendido segundo a orientação do modelo básico.

Com relação à clientela destes programas, ou seja, os idosos e suas famílias, há uma série de

indicações de que eles reinterpretem ou se apropriem diferentemente do modelo proposto. Além de uma presença flutuante nas diversas atividades propostas pela equipe profissional, índice importante das formas de engajamento, é necessário também perguntar o que trazem para tais programas. Sob tal ponto de vista, a Geriatria e a Gerontologia poderiam então ser definidas como produtoras de “instituições intermediárias” (Berger e Luckmann, 1997), na medida em que criariam espaços para o “processamento do acervo social” e estariam sujeitas, elas próprias, às redefinições que os movimentos que geram produzem. Sendo assim, “a reserva de sentido não aparece como algo imposto ou prescrito, mas como um repertório de possibilidades que foi definido por cada um dos membros da sociedade e que é suscetível de mudanças futuras” (Berger e Luckmann, 1997, pp. 101-102). Constituídas a partir da sociedade disciplinar, a Geriatria e a Gerontologia não mais poderiam se realizar internalizando nos sujeitos seu saber-poder como princípios unificados de construção de sentido, pois contêm na proposição da construção de *sujeitos ativos e participantes*, que estou denominando os *novos velhos*, um excesso de significantes que abre espaços para significantes variados.¹⁸

Esta questão exigiria a análise metódica dos novos espaços sociais criados pelas agências gerontológicas, que serão apenas indicados aqui. Os *grupos de convivência* produzidos pela Geriatria e pela Gerontologia observados nesta pesquisa, parte de uma miríade crescente e variada, e os que se efetivam nos encontros, congressos e seminários peculiares produzidos dentro deste campo, sempre reunindo pessoas idosas de ambos os sexos (apesar do predomínio feminino) e profissionais diversos, colocam em ação um conjunto complexo de atores que constroem o seu discurso e a sua prática orientados pelo modelo referido, buscando a construção de *idosos ativos e participantes*. A valorização da *atividade* e da *participação* resulta numa contínua invenção de formatos para sua realização. Aulas, palestras, seminários, encenações teatrais, corais, bailes, oficinas de memórias, exercícios físicos e várias outras formas engendradas conjuntamente por participantes e profissio-

nais nestas agências especializadas criam espaços sociais distintos para a existência destes *novos velhos*. Nestes espaços, observa-se um intenso trabalho dos idosos na produção de si e na revisão de suas relações sociais. As verbalizações dos idosos engajados nestes diversos projetos soem delimitar um novo marco em suas vidas, um *antes* e um *depois* separados pela inclusão no programa e o redimensionamento de suas concepções sobre suas vidas. O *grupo de convivência* transforma-se numa referência fundamental, sendo, inclusive, freqüentemente referido como *uma família*.¹⁹ Estabelece-se como um novo espaço social dentro do qual são coletivamente filtradas e repensadas todas as experiências anteriormente vividas em todos os outros espaços sociais, em particular a família, oferecendo-se também novo padrão e novo sentido para as experiências atuais.

Alguns temas são especialmente propícios a este redimensionamento. Temas, por exemplo, como a *depressão no idoso*, freqüente em aulas, seminários e encontros, fornecem novos sentidos e nova linguagem para as experiências vivenciadas. Sob tal perspectiva, impõe-se a questão levantada por Gilberto Velho: em que plano de construção social da realidade situam-se tais *grupos de convivência*? De que modos se articulam com os outros “mundos”, com os outros domínios sociais nos quais se passa a vida destas pessoas? De que modo este gerenciamento da vida dos idosos e do projeto de sua construção como sujeitos *ativos e participantes* é processado, particularmente em suas relações familiares e de parentesco? Por outro lado, de que modos estes diferentes “mundos” e estas diferentes concepções trazidas por uma clientela distinta penetram no modelo e são processados internamente às agências gerontológicas? Se compreendidas como “instituições intermediárias”, estas agências realizariam, de fato, a mediação entre indivíduos determinados e a sociedade, ou entre famílias e sociedade? Neste caso, de que famílias estamos falando?

A questão, enfim, é saber até que ponto, nestes projetos, *abrem-se efetivamente espaços para que as experiências diferenciadas sejam processadas*, tornando seu desenvolvimento e sua direção imprevisíveis. Questão que, evidentemente-

te, só poderá ser respondida com novas pesquisas. Deve-se ressaltar, entretanto, que a aproximação comparativa deste modelo com outros implementados em projetos diversos de intervenção apoiados nos mesmos postulados, embora dirigidos a segmentos diversos, permitirá compreender alguns de seus impasses.

Esta inquirição, que o surgimento dos *novos velhos* nos impõe, sugere também que, neste processo complexo, estamos possivelmente assistindo, ao mesmo tempo, à produção de novos geriatras e gerontólogos, criados pelo seu próprio proselitismo. A conversão que buscam empreender parece ter um enorme potencial de agregação e processamento de sentido e, pode-se supor, isto nem sempre ocorrerá nas direções previstas. O intenso processo de releitura das diversificadas experiências vividas, operado continuamente sob formatos vários em cada uma destas microagências, desborda dos parâmetros normalizadores contidos nos pressupostos da Gerontologia, provocando sua interação simbólica com referenciais muito distintos. Ao autonomizar o objeto velhice e trabalhar no sentido da produção de *velhos ativos e independentes*, a Gerontologia confronta-se, também, com a possibilidade de reinvenção e reinterpretação de suas propostas pelo seu processamento no interior de configurações de idéias e valores distintas das que lhe dão origem. Num contexto simbólico de legitimações concorrentes, as generalizações sobre a família estarão, certamente, entre as que mais imediatamente serão reinterpretadas.

NOTAS

- 1 No caso brasileiro, a correlação imediata entre “envelhecimento demográfico” e recorte acadêmico da velhice como objeto — tendo como corolários a autonomização da “velhice”, a indistinção entre problema social e problemática sociológica e a reificação do “problema social” — vem sendo criticada principalmente pelos antropólogos, que enfatizam o processo de construção/desconstrução social da velhice. Esta é a tônica de duas coletâneas recentes (Debert, 1998a, e Barros, 1998) que, de certo modo, introduzem a reflexão antropológica mais sistemática sobre o envelhecimento no Brasil.
- 2 Há muitos trabalhos nessa direção. Acentuo, particularmente, a reflexão de Foucault (1977a) acerca da atuação

- da Medicina na produção dos sujeitos nas sociedades ocidentais modernas.
- 3 Compreende-se, aqui, legitimação como instância do processo de construção social da realidade, no sentido proposto por Berger e Luckmann (1973), processo que compõe as objetivações sociais, em que vários níveis podem ser distinguidos, parte fundamental dos mecanismos conceituais de manutenção do universo simbólico. Uma definição concisa do processo é a que segue: “Por legitimação se entende o ‘saber’ socialmente objetivado que serve para explicar e justificar a ordem social.” (Berger, 1985, p. 42).
 - 4 Ver também Berger, Berger e Kellner (1974).
 - 5 Conceito desenvolvido no contexto de uma discussão acerca do pluralismo e da “crise de sentido” nas sociedades modernas.
 - 6 Os dados aqui utilizados são parte de um *corpus* etnográfico mais amplo que venho construindo há alguns anos por meio de minha *participação observante* em congressos, seminários, comissões, bancas etc., bem como pela acumulação das publicações das associações. Nos dois últimos anos, este trabalho assistemático foi controlado por etnografias parciais e entrevistas realizadas por estudantes da UFF, bolsistas de Iniciação Científica do CNPq, sob minha orientação. Agradeço a Sandra de Araújo Gonçalves, Rosângela dos Santos Bauer e Felipe Domingues dos Santos que, em diferentes momentos e em diferentes contextos, produziram dados sobre a Geriatria e a Gerontologia.
 - 7 Tais definições estão no *site* do Hospital Virtual e contêm as delimitações essenciais que podem ser encontradas nas entrevistas feitas com geriatras e gerontólogos, nas aulas, nas palestras, nas publicações. Esta formulação foi preferida por sua concisão e por contemplar a intenção “difusora” das disciplinas.
 - 8 Existem outras associações como a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), fundada em 1985 a partir de um fórum de Gerontologia Social em Fortaleza, mas não se trata, absolutamente, de entidade que esteja em competição com a SBBG, que é mais englobante no Brasil. É interessante que a ANG seja, no momento, presidida por uma médica de enorme prestígio nas duas especialidades. A seção regional do Rio de Janeiro é presidida por um sociólogo.
 - 9 Por exemplo, um simpósio realizado em outubro de 1999, em Niterói, inteiramente dedicado à questão tem a denominação seguinte: “Qualidade de vida do idoso: uma visão holística”.
 - 10 Um estudante de Geriatria assim expressou a maneira como entende seu lugar na equipe multidisciplinar: “[...] dou liberdade para a fisioterapeuta atuar, para a psicóloga atuar, tenho que confiar na formação delas, eu não posso atuar como psicólogo do meu velhinho [...]”.
 - 11 Mas não exclusivamente acadêmicos. Há várias indicações de incorporações mais amplas que devem ser analisadas de modo cuidadoso. O próprio depoimento citado acima refere-se à incorporação da acupuntura.
- Esta é, de qualquer modo, uma prática que já tem sido relativamente legitimada em algumas instituições médicas.
- 12 Para uma outra dimensão deste processo ver Mouzinho (1999), que discute o papel pedagógico dos médicos de família no programa municipal implementado em Niterói.
 - 13 Um aspecto revelador do processo de formação dos médicos é observado por Pinto (1997) ao etnografar as aulas no curso de Medicina da UFRJ: trata-se da recorrência da utilização pedagógica de recursos visuais, como transparências e *slides*, muitas vezes considerados como “imagem real”. Diz ele: “Este componente visual das aulas expositivas do curso de Medicina cria e sustenta a ilusão pedagógica de que elas não passam de uma demonstração, reforçando a ênfase na empiria exigida na identidade médica e fazendo crer que os comentários do professor decorrem de uma ‘realidade’ visível e, logo, óbvia.” (Pinto, 1997, p. 45).
 - 14 Embora não se trate aqui de uma discussão substantiva, mas da apresentação de como determinadas interpretações podem funcionar como pressupostos, é interessante registrar a observação de Debert (1999, pp. 50-51) acentuando que trabalhos realizados internacionalmente vêm apontando na direção contrária: “As pesquisas sobre os idosos e seus familiares desenvolvidas no final dos anos 60 mostram que os estereótipos de isolamento e abandono não expressam a condição da totalidade dos idosos, nem mesmo nos países de capitalismo avançado.”
 - 15 Comparando os termos utilizados nos movimentos de construção social da velhice no Brasil e na França, Peixoto (1998) demonstra a dimensão da compaixão associada à categoria *velhinbo*.
 - 16 Nessas ocasiões, há possibilidades de verbalizações que, em outros contextos, seriam consideradas inusitadas. Por exemplo, mais uma de vez registrou-se a expressão pública de mulheres viúvas de “terem dado graças a Deus pela morte do marido” porque as libertou de uma vida vista agora como de opressão.
 - 17 Um dos programas de atendimento ao idoso etnografados na pesquisa, inicialmente situado no Hospital Universitário Antonio Pedro, da UFF. Iniciado como um trabalho de psicólogos com os pacientes da Geriatria aguardando atendimento ambulatorial, transformou-se num amplo programa que envolve diversas especialidades e realiza uma série de atividades.
 - 18 Sem nenhuma dúvida são também importantes aqui as questões levantadas por Touraine com relação ao surgimento do que ele denomina a “sociedade programada”, na qual “o poder de gestão consiste em prever e modificar opiniões, atitudes, comportamentos, em modelar a personalidade e a cultura, portanto em entrar diretamente no mundo dos ‘valores’ em vez de se limitar ao campo da utilidade” (Touraine, 1994, p. 259), mas que também produz um novo sujeito. “Na sociedade programada o indivíduo, reduzido a não ser nada mais que um consumidor, um recurso humano ou um alvo,

opõe-se à lógica dominante do sistema afirmando-se como sujeito, contra o mundo das coisas e contra a objetivação de suas necessidades em demandas mercantis.” (*idem*, p. 265).

- 19 Um dos problemas mais freqüentes na reflexão de gerontólogos e idosos nestes grupos é a possibilidade de sua “guetização”, propiciada pela intensificação dos contatos entre idosos e a exclusão de pessoas de outras idades. Daí a presença no modelo da orientação de se manter “boas relações com os jovens”.

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, Myriam M. Lins de. (1998), *Velhice ou terceira idade: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro, Ed. da Fundação Getúlio Vargas.
- BERGER, Peter. (1985), *O dossel sagrado. Elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo, Paulinas.
- BERGER, Peter e LUCKMANN, Thomas. (1973), *A construção social da realidade. Tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis, Vozes.
- _____. (1997), *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno*. Barcelona/Buenos Aires/México, Paidós.
- BERGER, Peter, BERGER, Brigitte e KELLNER, Hansfried. (1974), *The homeless mind. Modernization and consciousness*. Nova York, Vintage Books.
- BOURDIEU, Pierre. (1980), *Le sens pratique*. Paris, Minuit.
- _____. (1982), *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo, Perspectiva.
- DAHER, Donizete Vago. (1995), *Por detrás da chama da lâmpada. A construção social da identidade de enfermeira*. Dissertação de mestrado em Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- DA MATTA, Roberto. (1985), *A casa e a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. São Paulo, Brasiliense.
- DEBERT, Guita G. (1992), “Família, classe social e etnicidade”. *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais — BIB*, Anpocs, 33.
- _____. (1998a), “Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice”, in G.G. Debert (org.), *Antropologia e velhice*, Campinas, IFCH/Unicamp (Série *Textos Didáticos*, n. 13).
- _____. (1998b), “A Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade”, in M. Lins de Barros (org.), *Velhice ou terceira idade: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*, Rio de Janeiro, Ed. da Fundação Getúlio Vargas.
- _____. (1999), “A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade”, in A.L. Neri e G.G. Debert (orgs.), *Velhice e sociedade*, Campinas, Papirus.
- DUMONT, Louis. (1985), *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro, Rocco.
- FOUCAULT, Michel. (1977a), *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense.
- _____. (1977b), *Vigiar e punir. História da violência nas prisões*. Petrópolis, Vozes.
- _____. (1995), “O sujeito e o poder”, in P. Rabinow e H. Dreyfus (orgs.), *Michel Foucault. Uma trajetória filosófica, para além da hermenêutica e do estruturalismo*, Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- GOMES, Frederico. (1994), “Histórico da Geriatria e Gerontologia”, in A.K. Menezes et al., *Caminhos do envelhecer*, Rio de Janeiro, SBGG/Revinter.
- HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. (1986), *A ideologia da velhice*. São Paulo, Cortez.
- LUZ, Madel T. (1979), *As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal.
- MAGALHÃES, Dirceu Nogueira. (1989), *A invenção social da velhice*. Rio de Janeiro, Papagaio.
- MOUZINHO, Gláucia Maria Pontes. (1999), *Programa Médico de Família, mediação e reciprocidade*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Ciência Política, Universidade Federal Fluminense.
- NEVES, Delma Pessanha. (1997), O campo institucional da caridade. Projeto de pesquisa apresentado ao CNPq.
- _____. (1999), Filantropia e construção discursiva sobre os pobres. Trabalho apresentado na 51ª Reunião Anual da SBPC, Porto Alegre.
- PACHECO, Jaime Lisandro. (1997), “Práticas sociais na promoção da saúde do idoso”. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, SBGG, 1, 2.

- PAZ, Serafim Fortes. (1999), "Os programas sociais no processo de exclusão X participação social". *Estudos e Pesquisas*, Niterói, Eduff, 5.
- PEIXOTO, Clarice. (1998), "Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade...", in M.M. Lins de Barros (org.), *Velhice ou terceira idade: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*, Rio de Janeiro, Ed. da Fundação Getúlio Vargas.
- PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha. (1997), *Práticas acadêmicas e o ensino universitário. Uma etnografia das formas de consagração e transmissão do saber na universidade*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Ciência Política, Universidade Federal Fluminense.
- RUSSO, Jane e HENNING, Marta. (no prelo), "O sujeito da 'psiquiatria biológica' e a concepção moderna de pessoa". *Antropolítica*, Niterói, Eduff, 6.
- SÁ, Jeanete L. Martins de. (1999), "Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos", in A.L. Neri e G.G. Debert (orgs.), *Velhice e sociedade*, Campinas, Papirus.
- TOURAINE, Alain. (1994), *Crítica da modernidade*. Petrópolis, Vozes.
- VELHO, Gilberto. (1981), *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro, Zahar.
- _____. (1994), *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- VELHO, Gilberto e KUSCHNIR, Karina. (1996), "Meditação e metamorfose". *Mana — Estudos de Antropologia Social*, 2, 1.