NOVA POLÍTICA FRANCESA PARA O ENVELHECIMENTO: *LE BIEN VIEILLIR*

Clarice Ehlers Peixoto*

A França, hoje, faz parte de um grupo de países (Japão, Canadá, Austrália e Suíça) onde as menores taxas de mortalidade são da população de mais idade. Observa-se, assim, um aumento considerável dos centenários – em 1950 eles eram 200, aumentaram para 6.000 em 2007, e há projeção de que serão 150.000 em 2050! Eis um rápido *flash* do envelhecimento da população francesa[1].

Ao longo dos próximos quarenta anos, a França irá sofrer uma enorme transformação na sua estrutura etária com um aumento considerável da população de mais de sessenta anos. E isto devido a dois fatores principais:

- ao prolongamento da vida, conseqüência do progresso da medicina e da melhoria das condições de vida e de trabalho;
- à chegada na aposentadoria da geração "baby-boom" (nascida nos anos 1946-1960), que será mais numerosa do que as gerações nascidas entre 1975-1990.

Este cenário demográfico tem levado governantes, planejadores sociais e estudiosos a buscar soluções para remediar o que chamam de "choque demográfico", que trará desequilíbrios diversos nas estruturas econômica e social da sociedade francesa. As políticas de aumento das cotizações para a aposentadoria plena não serão suficientes para aten-

* Doutora em Antropologia Social pela École des Hautes Etudes en Sciences Sociales e Professora. Adjunta do Depto. de Ciências Sociais da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

[1] Fonte: *Plan National Bien Vieillir 2007-2009. Ministère de la Santé et des Solidarités.*

der essa população aposentada e envelhecida, ainda que o governo francês tenha, recentemente, aumentado o número de cotizações da securidade social de 37,5 para 42 cotas, ou seja, 42 anos de contribuição. As preocupações com o déficit previdenciário têm suas razões: em 2005, havia aproximadamente 16,5 milhões de contribuintes e mais de 11 milhões de aposentados!

É importante assinalar que as despesas públicas com aposentadoria e assistência social não se limitam apenas às pensões de aposentadoria e à assistência médica gratuita. Na França, as políticas sociais para a velhice oferecem outros serviços que visam à manutenção das pessoas de idade no domicílio, cuja despesa é menor do que mantê-las nas casas de repouso ou hospitais gerontológicos. Assim, os esforços realizados, ao longo de trinta anos, para implantar essa política gerontológica de manutenção, nos domicílios, criaram programas sociais que o Brasil ainda está longe de vislumbrar. Vejamos alguns deles[2]:

- *serviço de assistência domiciliar* para pessoas de 65 anos e mais, ou com incapacidade física, e que têm dificuldade para realizar os atos da vida cotidiana. São as atendentes domiciliares[3] que realizam os serviços domésticos ou de acompanhamento e recebem formação para lidar com pessoas de idade, obtendo o Certificado de Aptidão às Funções de Ajuda Domiciliar/Cafad;
- *serviço de assistência de enfermagem*: criado para permitir a manutenção no domicílio das pessoas semidependentes. Sob orientação médica, ele disponibiliza cuidados de enfermagem e de higiene pessoal;
- *organismos de ajuda familiar*: trata-se de associações intermediárias ou ONGs, criadas para ajudar as famílias com filhos pequenos ou com pessoas envelhecidas, e que atendem no domicílio ou em local próprio.

---

[2] Ver análise de todas as políticas sociais francesas para a velhice, in Peixoto C. & Clavairolle F. Envelhecimento, políticas sociais e novas tecnologias. RJ: ed. FGV, 2005.

[3] São as aides menagères: prestadoras de serviços da Secretaria Municipal de Ação Social que fazem limpeza, cozinham (se for o caso), e, acompanham as pessoas de idade ou com deficiência física nas visitas médicas, nas compras ou passeios assim como tomar um café no bar da esquina, etc. Elas não são funcionárias públicas, mas prestam exame para entrar para o corpo de atendentes.

O serviço de assistência domiciliar é, sem dúvida, o mais solicitado desses três. Criado pelo Estado como ação social obrigatória, em 1975, vinte anos depois ele já beneficiava aproximadamente 279.000 pessoas e empregava 14.700 profissionais, distribuídos em 1.874 agências francesas. Como assinalam B. Veysset-Puijalon e B. Bouquet, "o atendimento domiciliar é, no plano nacional, 'historicamente o mais antigo, geograficamente o mais demandado e financeiramente o mais regularmente assegurado'" (VEYSSET-PUIJALON & BOUQUET *apud* PEIXOTO & CLAVAIROLLE, 2005, p. 102).

Nos anos 1990, um outro serviço foi criado para melhorar as condições de vida das pessoas que preferem continuar vivendo nas suas moradas, mas que têm dificuldades para preparar sua alimentação: a entrega de refeições no domicílio – almoço e jantar. As pessoas inscritas nesse programa recebem a refeição fria, condicionada em recipientes que podem ir ao forno ou ao microondas e que são, principalmente, descartáveis. A refeição deve ser consumida no mesmo dia, evitando que as pessoas envelhecidas se alimentem com produtos requentados e, muitas vezes, deteriorados. Além disso, elas não precisam lavar a louça. "Considerando que o preço da refeição é de 3,50 euros, sua clientela pertence fundamentalmente às camadas médias. Uma das coordenadoras desse serviço afirma que:

> *para uma pessoa que vive em HLM*[4] *e que, digamos ganhe 381 euros, não dá. Ela não pode pagar diariamente uma refeição entregue em casa por 3,50. Uma vez ou outra pode ser mas todos os dias, não dá, é muito caro. É gente que tem um certo nível de vida... que mandava ou dirigia os outros... Deve ser isso, pois uma pessoa que trabalhou modestamente toda a sua vida e que mora em HLM está mais acostumada a se virar.*

A entrega de refeições no domicílio encontra ainda um duplo obstáculo para a generalização de sua implantação: razões de hábito social e econômicas. Um outro fator também deve ser considerado no processo de convencimento das pessoas de mais idade para que lan-

[4] HLM/Habitation à Loyé Modéré (habitação com aluguel moderado). São conjuntos habitacionais construídos pelo poder público e alugados para as pessoas de renda relativamente baixa. Muito requisitados, há longa lista de espera, e os candidatos esperam anos para serem atendidos.

cem mão desse serviço: é de se levar em conta a relação que cada um mantém com seu corpo envelhecido. Por várias razões, essas pessoas freqüentemente encontram dificuldades para executar os gestos técnicos ligados à preparação das refeições, como abrir os recipientes e mesmo avaliar o tempo mínimo de reaquecimento". (PEIXOTO & CLAVAIROLLE, 2005, p. 111).

Além dessas ações, que têm por objetivo compensar as deficiências decorrentes do envelhecimento e permitir a permanência na própria casa, existem também aquelas voltadas para a sociabilidade e que concernem, principalmente, ao impacto social e psicológico causado pelo avançar da idade. São os clubes de convivência, as associações e ONGs que permitem às pessoas de mais idade, aposentadas, uma nova possibilidade de inserção social, através de atividades socialmente reconhecidas. Para H. Théry, "trata-se, de alguma forma, de inventar a atividade na inatividade, de inventar formas de trabalho livre" (1993, p. 167), e o voluntariado se tornou praticamente um substituto do trabalho profissional[5].

Em suma, oferecer às pessoas com mais de sessenta anos os meios para viver uma vida autônoma por longo tempo foi a base deste conjunto de medidas. Nessa perspectiva, a criação de uma gama de equipamentos e de serviços voltados para essa população de mais idade se tornou uma das diretrizes da política social da velhice, aumentando significativamente as despesas públicas na última década.

Le "bien vieillir"

A questão da violência contra as pessoas de mais idade começou a ser debatida, na França, já em meados da década de 1990 e apontava para os altos índices de maus-tratos nas instituições asilares e nas estruturas de assistência médica. Uma das primeiras pesquisas foi realizada em 1997, pela Universidade de Lille 2 (DUROCHER et *al. apud* Plamondon, 2000): analisou 2 926 dossiês médicos de pessoas de mais

[5] Em 1987, o Conselho da Europa fez um estudo sobre a "violência na família", com um ítem sobre "violências e negligências contra as pessoas idosas". Foi então que os franceses se deram conta de que a França ainda não tinha atentado para os maus-tratos aos velhos. A partir de 1992, o Conselho Econômico e Social francês passou a incentivar a participação das pessoas de idade em atividades de utilidade pública, através de acesso à formação, a um seguro contra os riscos de acidente de trabalho, a garantia de um apoio financeiro às atividades, etc.

de 65 anos, que viviam em domicílio ou em instituição. O resultado assustou: em 80% dos casos analisados, havia violência psicológica (desamparo afetivo, humilhações e chantagens, agressões verbais, etc.); em 58% deles constava abuso financeiro; 36% apresentaram diversos níveis de negligência (falta de cuidado na higiene pessoal, insuficiência alimentar, descuidos diversos). Em 26% dos dossiês médicos encontraram violência física (vários tipos de golpes, cicatrizes, sevícias sexuais, abuso de medicamentos, etc.).

Paralelo a isso, a Associação Alma[6] divulgou suas estatísticas revelando que 30% dos maus-tratos aconteciam nas instituições asilares e naquelas de atendimento médico. Foi o suficiente para a mídia investir na espetacularização do fenômeno, noticiando as situações críticas de maus-tratos e/ou a precariedade nas clínicas e hospitais geriátricos.

Nessas instituições para pessoas envelhecidas, os maus-tratos não se limitavam aos gestos agressivos e às violências físicas, mas se estendiam a todo tipo de negligência ou abandono. Muitas delas, criaram os universos "totalitários" no sentido de Goffman (1961). Assim, numa tentativa de sensibilizar a opinião pública e os diversos profissionais para as questões vinculadas aos maus-tratos dos velhos, o Conselho da Europa definiu que "a violência se caracteriza por todo ato ou omissão cometida por uma pessoa se ela atenta contra a vida, à integridade física ou psíquica de outra pessoa, à sua liberdade ou se compromete gravemente o desenvolvimento de sua personalidade e/ou lese a sua segurança financeira". Declarou, ainda, que a violência institucional contra os velhos é multiforme e estabeleceu sete categorias definidoras:

- violências físicas
- violências físicas e morais (as mais freqüentes)
- violências materiais e financeiras
- violências médicas ou medicamentosas
- negligência ativa
- negligência passiva
- privação ou violação dos direitos

[6] Alma: ALLÔ Maltraitance des personnes âgées é uma ONG criada, no final de 1994, que tem um sistema de escuta/denúncia telefônica similar ao Ligue Idoso brasileiro e atende todo o território francês.

Criou-se, então, a noção de "abuso" (1989) definida como um ato praticado, ou omitido, por terceiros contra uma pessoa fragilizada, dependente. Pois,

> o abuso e a negligência na prática da cura são a expressão social de um desequilíbrio na relação de poder entre o cuidador e o sujeito cuidado; este desequilíbrio desestabiliza a relação de dependência entre aquele que necessita de cuidados e a responsabilidade, recíproca, daquele que cuida, levando à alienação da relação. Esta é a expressão legítima da autoridade de um sobre o outro; o sujeito social dependente é, assim, reduzido a um objeto corpóreo (PLAMONDON, 2000, p. 131).

Para a Associação Alma, uma das principais causas da violência institucional contra os velhos está no domínio estrutural:

> Trata-se da organização dos estabelecimentos. Herdeiros de estruturas asilares, e depois hospitalares, os estabelecimentos são confrontados a um desafio maior: passar de um modelo hospitalar que priorizava as patologias, os cuidados médicos em série e o esfacelamento da identidade do interno, para um modelo comunitário do lugar de vida onde existe a individualização dos acompanhamentos, dos cuidados, dos tempos e dos espaços íntimos e comuns (CIPA/ALMA, 2000, p. 46).

Junte-se a isso, as deficiências no âmbito profissional, ou seja, a pouca ou nenhuma qualificação em gerontologia e geriatria, a dificuldade de comunicação com as pessoas que têm distúrbios psíco-intelectuais e a acumulação de *stress* específicos diante da lida permanente com pessoas física e psiquicamente dependentes e que estão no final da vida. O conjunto dessas características, que depreciam e desvalorizam a relação com os velhos, leva à banalização dos comportamentos agressivos e à violência cotidiana.

Conclui-se, assim, que somente uma política sistemática de prevenção permitirá a passagem de uma posição de "mau-trato" (*maltraitance*), mesmo que inconsciente, para uma atitude de "bom-trato" (*bientraitance*) que proteja as pessoas de mais idade. Ou seja, se o setor gerontológico modifica a sua imagem, ele poderá contribuir para eliminar o estigma e a rejeição das pessoas envelhecidas uma vez que são os principais promotores das violências. Assim, um plano de ação foi elaborado para que as instituições evitassem qualquer possibilidade de banalização das violências cotidianas:

- promover a qualificação e a valorização dos profissionais que lidam com as pessoas envelhecidas, tanto autônomas quanto independentes – médicos e para-médicos, enfermeiros, auxiliares, acompanhantes e cuidadores, ou seja, a criação de uma política de limitação de riscos;
- humanizar as relações entre aquele que trata e cuida e a pessoa cuidada: valorizar o indivíduo envelhecido, doente ou não, e melhorar a qualidade do atendimento e dos cuidados;
- intervir, quando possível, nas questões que fazem fronteira às áreas jurídicas, médicas, éticas e deontológicas que afetam tanto os profissionais quanto às pessoas maltratadas.

Pensava-se que a construção dos ideais de cidadania das pessoas de idade estava vinculada à valorização dos direitos dessa pessoa, assim como do trabalho dos profissionais que atuam no campo geriátrico: "deixar o direito penetrar em todas as instâncias; daí a reflexão sobre a representação dos usuários idosos, seu acesso à informação, a um conselho ou uma ajuda jurídica...no interior da própria instituição onde ele está internado" (CIPA/ALMA, 2000, p. 57).

Aqui no Brasil, raríssimas são as pesquisas sobre violência institucional contra velhos[7]. Os estudos sobre violência doméstica têm se debruçado mais nos maus-tratos contra mulheres e crianças, deixando de lado a violência contra as pessoas envelhecidas. Segundo Peixoto e Mattos Luz,

> os poucos estudos sobre este segmento etário[8] mostram que o agressor é sempre um membro da família, em geral, um filho(a) ou enteado(a). Observamos, então, que os abusos, as negligências e os maus-tratos são mais recorrentes nas situações de coabitação entre gerações, agravadas pelas dificuldades finan-

[7] Groisman foi talvez o primeiro a estudar a violência contra velhos asilados nas suas pesquisas sobre a história da institucionalização da velhice. Ver especificamente artigo sobre a Clínica Sta. Genoveva, do Rio de Janeiro (1999). Em Pernambuco, o Grupo Estudos da Violência, do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, realizou a pesquisa "Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe" (2006).

[8] Os trabalhos de Pasionato, Camarano e Machado (2004); Minayo (2003); Debert (2003) e Alves (2001) são referências importantes no estudo da violência contra velhos. Peixoto desenvolve, atualmente, uma pesquisa sobre a violência doméstica e institucional contra pessoas de mais idade.

> ceiras que levam as famílias a dividirem moradias com espaços exíguos (PEIXOTO e MATTOS LUZ; 2007, p.187).

Aos poucos, a sociedade brasileira foi se dando conta de que os seus velhos estavam sendo maltratados dentro e fora de casa. No final dos anos 1990, foram então criadas as Delegacias do Idoso e o serviço Ligue-Idoso em quase todas as capitais brasileiras. Na delegacia do Rio de Janeiro, em 2004, foram registradas 3.258 denúncias de agressões físicas, sendo que 88,5% delas eram golpes (tapas, empurrões) e lesões corporais (pauladas, pedradas, queimaduras, facadas e tiros); 11,5% foram maus-tratos (abandono, negligência, abuso financeiro e ameaças diversas)[9]. Para Peixoto,

> mesmo que os maus-tratos sejam considerados menos violentos, foi no prolongamento dos casos de maus-tratos que se registraram três mortes (sem dúvida, após o abandono). (...) A maioria das vítimas tinha entre 60 e 71 anos, e são as mulheres as mais agredidas (cerca de 60%). Quanto ao estatuto social, 42% das vítimas vivem conjugalmente, sendo que 15% delas são donas de casa. Constatamos, ainda, muitas agressões em viúvos e viúvas (22 %), assim como em mulheres solteiras (12 %). (PEIXOTO: 2007, p. 53).

As estatísticas brasileiras sobre a vitimização das pessoas de mais idade são muito precárias, ainda que o problema se acentue cada vez mais. As enquetes existentes são setoriais e ainda não temos estatísticas nacionais que permitam avaliar o grau e as circunstâncias da violência contra os velhos.

Assim, retornamos ao cenário francês. Proponho apresentar a aplicação das novas normas de *bientraitance* em um hospital gerontológico da assistência pública francesa.

Notas sobre um hospital gerontológico da assistência pública francesa

O hospital HCR[10] foi fundado em 1965 e ocupa um terreno de 8,3 hectares, dos quais 4,5 hectares são áreas verdes e jardins. Ele fica

[9] Categorias definidas pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, fonte das informações.

[10] A direção do Hospital solicitou anonimato, por conseguinte, usarei apenas a sigla HCR.

na região parisiense, a 15 km da capital. Logo na entrada, o estranhamento: um imenso jardim bem cuidado[11] e, ao fundo, um prédio com a placa *Le Village*, sugerindo uma aldeia e não um ambiente hospitalar. O HCR tem vários prédios espalhados pelo terreno como os da direção, da creche, do restaurante dos funcionários entre outros. O prédio principal, onde estão as atividades médico-hospitalares e os quartos dos internados e residentes têm dois andares cada. Diria que ele tem a forma de um polvo, com três tentáculos: os prédios *Boreal*, o *Aurore* e *Plateau-technique* onde ficam o ginásio para fisioterapia, o laboratório de radiografia e a farmácia. No centro, o *Village* e corredores envidraçados, para entrar luminosidade, fazem a ligação entre esses três prédios.



Corredores envidraçados que ligam os prédios. Ao fundo, o Boreal.

O *Boreal* e o *Aurore* têm dois andares e são os prédios onde estão os quartos, consultórios, salas de médicos, etc.

Logo na entrada do *Village,* deparamo-nos com o cabeleireiro, a boutique, a biblioteca e a cafeteria.

[11] Anualmente, o HCR ganha o concurso de jardim mais bonito do município onde está situado.



Jardim e entrada principal. À direita, em primeiro plano, o prédio da direção.



Hall de entrada do Village. *À esquerda o cabelereiro, em seguida a boutique (toldo listrado) e a biblioteca. Ao fundo, o corredor para uma das alas. À direita, janelas para o jardim interno e, no final, virando mais ainda à direita chega-se à cafeteria.*

O HCR tem ainda um auditório, salas de recreação (pintura, costura, etc.)[12] e de ergoterapia, um ginásio e salas para fisioterapia. Sua estrutura de funcionamento é dividida em dois pólos de atividade: o de hospitalização e o de cuidados de longa duração. O primeiro reagrupa a unidade de medicina geriátrica aguda, de cuidados paliativos, hospital-dia, consultas e readaptação, além dos setores de farmácia, fisioterapia e radiologia. O segundo é totalmente direcionado para a longa permanência (Ilpi).

Os dois pólos, juntos, abrigam três serviços clínicos de gerontologia:

- Gerontologia 1: geriatria e nutrição do idoso doente e dependente, mal de Alzheimer e patologias similares.
- Gerontologia 2: geriatria e cuidados paliativos, hospital-dia para doentes de Alzheimer.
- Gerontologia 3: geriatria, orientação neurológica e cuidados pós-AVC, medicina geriátrica aguda.

A hospitalização é realizada em três situações específicas: a) de curta duração para pacientes que fazem fisioterapia pós-operatória ou necessitam de cuidados especiais pós-cirúrgicos. Ficam internados, no máximo, dois meses e retornam para casa ou são encaminhados para uma casa de repouso quando perdem a autonomia; b) de longa duração (tipo Ilpi) para pessoas muito dependentes e/ou que não podem pagar uma casa de repouso[13]; c) e hospital-dia para doentes de Alzheimer, que podem passar uma ou duas noites, se moram longe.

Eis a distribuição dos leitos do HCR:

- 472 leitos divididos em quatro tipos de hospitalização:
  - 303 leitos para cuidados permanentes, são os residentes;

[12] Há um serviço de animação que elabora um programa social mensal: sessões de cinema, shows musicais, atividades com as crianças da creche, saídas ao mercado, passeios diversos. O HCR tem uma van de 15 lugares, o que faz com que as pessoas sejam escolhidas para o programa externo.

[13] Em geral, elas são privadas, algumas subsidiadas pela *Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse* (CNAV). A residência é paga com as aposentadorias e, se necessário, complementada pela Mutuelle (seguradora), à qual o residente é vinculado. Se não tem, ele é considerado dependente da assistência pública.

– 145 leitos para pacientes em recuperação de cirurgias[14] e readaptação fisioterapêutica ou outros tratamentos especiais. Estes só podem permanecer, no máximo, dois meses;

– 24 leitos para medicina geriátrica, sendo 6 para cuidados paliativos de pacientes em qualquer idade (AIDS, câncer terminal, etc.).

• um hospital-dia especializado em Alzheimer e outras demências senis.

Do total de leitos, 120 estão em quartos individuais e 135 em quartos para duas ou três pessoas[15]. Todos têm banheiro, além de armário individual, poltrona, mesa de cabeceira e mesa para comer na cama. Em 2005, o coeficiente de ocupação foi de 97%, sendo que 65% das admissões foram no setor de longa permanência, ou seja, residentes dependentes; 30% para tratamento pós-operatório (readaptação) e 5% para medicina geriátrica. As mulheres são as maiores clientes (68% das internações), enquanto os homens (32%) adoecem bem mais cedo do que elas: sua idade média é de 78 anos e a das mulheres é de 82 anos. É bem verdade que, "mais a idade aumenta, mais as mulheres são numerosas; o envelhecimento passa a ser um fenômeno que se conjuga, antes de tudo, no feminino" (PEIXOTO, 1997, p. 55).

Para atender essa população envelhecida que demanda todo tipo de cuidado, o HCR dispõe de 682 funcionários, dos quais 33 são médicos(as) (alguns com contrato de tempo integral, outros de tempo parcial. Uns geriatras, outros especialistas em várias áreas), 84 enfermeiros(as), 253 auxiliares de enfermagem, 102 agentes hospitalares e 10 puericultores(as), animadores e educadores, pois o HCR tem creche para os filhos dos funcionários. Existem, ainda, aqueles que trabalham nos setores técnicos (manutenção) e administrativos, incluindo o diretor, já que, na França, este não faz parte do corpo médico: administrador hospitalar. Os médicos não são subalternos à direção, e como constituem uma categoria à parte da administração não há hierarquia entre eles. O corpo médico, e de saúde em geral, fica sob a direção dos médicos-chefes de pólos e unidades e que formam o Comitê Médico Consultivo.

[14] O HCR não faz cirurgias, recebe somente os pacientes para readaptação pós-operatória.
[15] Existem dois quartos à disposição das famílias que moram distante e podem, assim, pernoitar.

Diante desse cenário, só nos resta apresentar o Pólo de Longa Permanência (Ilpi), razão do nosso interesse pelo HCR, principalmente pelo setor de Gerontologia 1.

Pólo de Longa Permanência: residência para os mais dependentes

As instituições de longa permanência são, ao mesmo tempo, hotel, restaurante, lugar de repouso e de sociabilidade, lugar de tratamento da saúde... Os hospitais públicos gerontológicos franceses não somente têm essa configuração como são pensados como tal. Eles não são totalmente gratuitos: a seguridade social financia somente o tratamento médico, não a residência permanente. Assim, as despesas com os serviços de "hotelaria e restaurante" são pagas com a pensão de aposentadoria e com a *mutuelle*. Se elas não cobrirem as despesas, solicita-se à família ou se hipoteca os bens do residente, em favor do Estado francês. Em último caso, o setor de recursos humanos solicita uma DAS: *Demande d'Aide Sociale* (Ajuda Social do Estado).

O Gerontologia 1, está dividido em quatro alas que têm nomes de pedras preciosas ou de flores e são pintadas com cores variadas (lilás, rosa, azul). Cada ala é formada por um hall de entrada onde estão a sala dos médicos, a da enfermagem, a de medicamentos (estoque) e os 20 quartos, sendo 5 individuais[16].

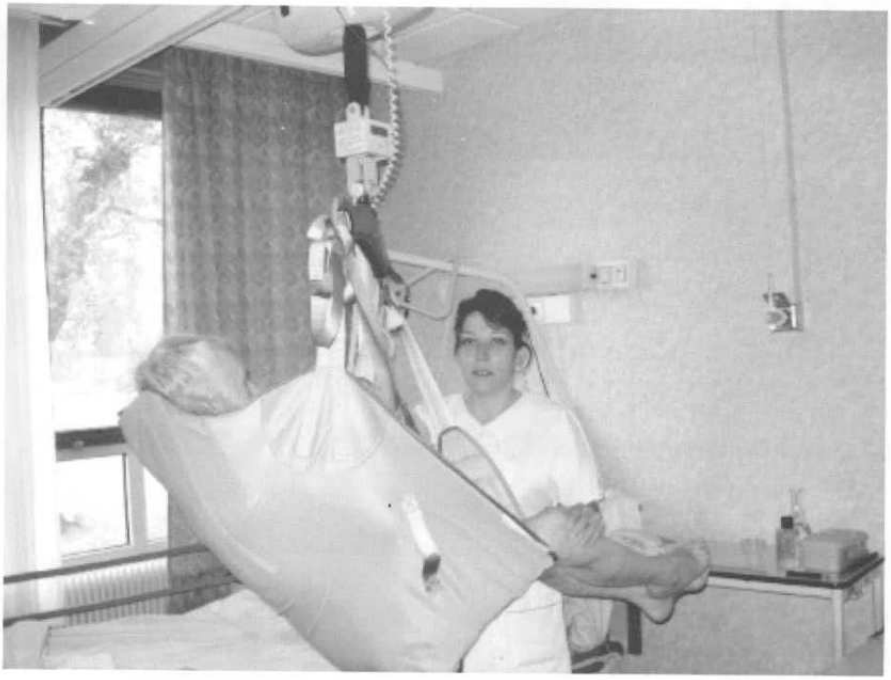
[16] Em geral, são reservados às pessoas que têm distúrbios, que geram desconforto aos demais ou às já moribundas.



À esquerda: 1ª sala é a dos médicos, seguida da dispensa de medicamentos. À direita, rouparia do andar e o corredor para uma outra ala. Ao fundo, o corredor dos quartos, a sala de enfermagem e a salinha de estar.



Quarto individual.



Para evitar riscos de acidente, os pacientes sem autonomia são retirados da cama por esse aparelho. Existe um para cada ala.

Os quartos coletivos são para, no máximo, três pessoas de mesmo sexo[17]. Eles não têm televisão, mas as pessoas podem alugar de uma empresa privada credenciada pelo Hospital.

Em cada ala há uma salinha de estar com TV, microondas, mesas e poltronas. Em geral, é usada para receber visitas, fazer um lanche ou jantar (refeição mais leve) ou ver TV, pois há um refeitório em cada andar, para o almoço e pequenos festejos. Estes têm 8 mesas redondas de 4 pessoas (grandes para dar espaço às cadeiras de roda), com TV e janelas para os jardins. As refeições são servidas pelos agentes hospitalares, e encarregados da cozinha, em um carrinho no qual os residentes têm pequena escolha do cardápio (em geral, duas possibilidades) dentro das recomendações da nutricionista. O menu é composto de: salada, um prato quente com um tipo de carne e legu-

[17] Todos têm janelas para os jardins.

mes, queijo, sobremesa e fruta. Os que têm alguma carência nutricional, recebem algum alimento adicional. Os que podem beber álcool têm direito a uma lata de cerveja ou a um copo de vinho[18]...



No G1, quatro médicos se alternam no atendimento aos residentes. Além deles, fazem parte da equipe um(a) técnico(a) superior de enfermagem[19], um(a) enfermeira(o) e dois auxiliares de enfermagem. Vários médicos são clínicos gerais com formação em geriatria. As consultas com especialistas são feitas por médicos que não fazem parte do corpo médico do hospital.

---

[18] Há sempre uma programação festiva com cardápios especiais. Nesses dias, servem aperitivo, um prato e uma sobremesa diferentes do cotidiano. Ex: Menu de inverno: entrada: salada de frutos do mar; prato principal: vitela à moda antiga e arroz; queijo: morbier; sobremesa: folheado de pêras, vinho ou cerveja...

[19] Na França, o curso de enfermagem não é de nível superior: são 3 anos de formação. Com 5 anos de trabalho, eles podem fazer uma formação em administração hospitalar para ascender ao nível de cadre supérieur de santé, assumindo chefia de enfermagem. Sem esse diploma, não podem ocupar cargos de chefia.

Existem ainda vários outros setores e particularidade a desvendar nesse hospital gerontológico que faz parte do grupo AP-HP (Assistência Pública- Hospitais de Paris), mas creio que o cenário apresentado já dá uma idéia das condições de uma Ilpi pública francesa.

O importante a assinalar são as relações entre residentes e equipe médica, o que permanece (ou não) das antigas relações de desrespeito, maus-tratos e negligência existentes nos asilos de outrora.

Finalizando

O ingresso em uma instituição de longa permanência nem sempre é uma escolha pessoal, ele se dá por uma conjunção de fatores sociodemográficos: idade, sexo, saúde, estado civil, renda e/ou localização geográfica da moradia. Ou seja, as pessoas mais velhas, as mulheres, as pessoas com saúde mais debilitada e mais dependentes, as(os) viúvas(os) ou sozinhas(os), as que recebem aposentadorias precárias e/ou que moram distante da família e dos serviços de saúde, são aquelas freqüentemente institucionalizadas. Nesse sentido, o ingresso em uma instituição pública para pessoas de mais idade, não é desprovido de medo, insegurança, angústia e tantos outros sofrimentos. É, assim, sentido como uma violência.

As situações encontradas foram as mais diversas: há aqueles que foram encaminhados pela assistência social, pois não podiam mais viver sozinhos; outros vieram para tratamento pós-cirúrgico e como perderam a autonomia e não têm família ou ela não quer (ou não pode) se ocupar, passam da situação de curta permanência para longa permanência. M. Sarron, por exemplo, se divorciou pouco antes de sofrer um acidente e ficar dependente. Vive há sete anos no HCR e seus filhos nunca vieram visitá-lo. Já o caso de M. Jouvert é peculiar: seus filhos moram nos EUA e ele estava visitando-os quando teve um enfarte. Como a assistência médica americana é cara, os filhos o enviaram para ser hospitalizado na França e... viveu só até falecer. Como disse uma das enfermeiras: "alguns não têm família, outros a família abandonou."

Histórias não faltam e nem todas são de abandono, há filhos que estão muito presentes e são muito exigentes. Segundo uma enfermeira: *eles exigem todos os seus direitos, controlam tudo e reclamam de tudo: de objetos que desapareceram (dentadura, óculos, próteses...), de roupas que sumiram, do tratamento, da higiene (que não demos banho), tudo! Engraçado que raramente reclamam da comida.*

É nas entrelinhas, nos pequenos senões que percebemos negligências e descuidos. Mme Chatelêt, por exemplo, reclama de não poder escolher com quem partilhar o quarto: *aqui não é nada divertido. Olha só essas duas aí, tem 15 dias que estão aí* [nas camas] *e não consigo falar com elas. Esta aqui, acho que é surda, ela dorme o tempo todo, a outra não me dá uma palavra!* Sente-se sozinha, isolada. Neste mesmo corredor, Mme. Fayot pedia ajuda e ninguém acudia: estava na cama, tentando virar a mesa, onde estava sua refeição, que foi instalada ao contrário impedindo-a de se aproximar do prato. O agente hospitalar que entregou a refeição, o fez tão rapidamente que deixou a mesa virada e sumiu no corredor!

Existem situações difíceis de serem classificadas como maus-tratos. Por exemplo, M. Gonaud se negava a trocar a fralda geriátrica: ficar com ela, mesmo que suja, era um direito seu. Mas, deixá-lo sujo, era correr o risco de contrair infecção por uma bactéria qualquer. Já Mme. Girard estava com as mãos enluvadas (luva de *toilette*) para evitar que ferisse o nariz enquanto lhe aplicavam soro. Seus gritos por socorro eram ouvidos em todo o corredor! Queria que lhe retirassem as luvas e a auxiliar de enfermagem lhe explicava que o nariz já estava sangrando de tanto ela cutucar e que não podia permitir que se ferisse ainda mais. Afinal, é ou não uma situação de mau-trato?

Há ainda muito a refletir sobre o que considerar como maus-tratos nas situações de recusa ao tratamento médico. O que queremos apontar aqui é que mesmo nas instituições asilares que apresentam boas condições materiais de internamento, e submetidas a uma política de *bientraitance*, podemos encontrar situações de desatenção, descuido e mesmo de *maltraitance*. Como disse uma enfermeira do HCR: *aqui, a realidade se impõe à ficção todo o tempo.*

REFERÊNCIAS

ALVES, Andréa Moraes. A Construção social da violência contra os idosos. *Textos sobre Envelhecimento*. Unati/UERJ, ano 3, n.6, p. 9-31, 2001.

DEBERT, Guita Grin. *Jornal da Unicamp*, 4-10 agosto 2003.

CIPA/ALMA. De la maltraitance dans les institutions pour les personnes âgées. *Gérontologie et Société*, n. 92, p. 39-57, 2000.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, série Debates, 1961.

GROISMAN, Daniel. "Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice". *Cadernos Pagu*, n. 13, p. 161-190, 1999.

LOPES DE MELO, Victor; CARNEIRO DA CUNHA, Juliana; FALBO NETO Gilliatt. H. "Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco". *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*,. n. 6 (1), p.S43-S48, 2006.

MINAYO, Maria Cecília. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 19 (3), p.783-791, 2003.

PANASINATO, Maria Tereza; CAMARANO Ana Amélia; MACHADO Laura. Idosos Vítimas de Maus-Tratos Domésticos: Estudo Exploratório das Informações dos Serviços de Denúncia. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, MG, setembro de 2004.

PEIXOTO, Clarice. Les parents âgés, de la solidarité à la maltraitance: au Brésil, les effets de la re-cohabitation. *Informations Sociales*, n. 144, p. 48-54, 2007.

_____. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. *In:* VERAS, Renato (org.). *Terceira idade: desafios para o Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 41-74, 1997.

PEIXOTO, Clarice; MATTOS LUZ, Gleice. De uma morada à outra: processos de re-coabitação entre as gerações. *Cadernos Pagu*, n. 29, p. 172-191, 2007.

PEIXOTO, Clarice; CLAVAIROLLE, Françoise. *Envelhecimento, Políticas Sociais e Novas Tecnologias*. Rio de Janeiro: ed. FGV, 2005.

PLAMONDON, Louis. Violence en Gériatrie: le cas de la douleur et ses enjeux éthiques. *Gérontologie et Société*, n. 92, p. 121-133, 2000.

RÉSUMÉ

Depuis les années 90, la France a entrepris des études sur la violence contre les personnes âgées qui ont mis en relief les taux élevés de maltraitance dans les institutions publiques, y compris les hôpitaux gérontologiques. Une politique de prévention a été créée afin de promouvoir le passage d'une position de maltraitance à une attitude de bientraitance pour protéger les personnes âgées. Cet article analyse l'application des nouvelles normes de bientraitance dans un hôpital gérontologique de l'assistance publique française.

MOTS-CLÉS: Politique sociale française & vieillissement. Hospice & maltraitance. Bientraitance/ maltraitance dans la vieillesse.

RESUMO

A partir da década de 90, a França começou a estudar a violência contra as pessoas de idade, apontando para os altos índices de maus-tratos nas instituições asilares e nas estruturas de assistência médica. Uma política pública de prevenção foi implantada para promover a passagem de uma posição de "mau-trato" para uma atitude de "bom-trato" e proteger as pessoas de mais idade. Este artigo se propõe a analisar a aplicação das novas normas de *bientraitance* em um hospital gerontológico da assistência pública francesa.

PALAVRAS-CHAVE: Política social francesa & envelhecimento. Asilamento e maus-tratos. Bem-tratar/maltratar na velhice.

ABSTRACT

From the 90s, France has begun to investigate the violence in relation to the elderly, pointing out the high rates of ill-treatment of elderly nursing homes and structures for medical care. A prevention public policy was established to promote the passage of a position of "bad-treat" to an attitude of "good-treat" and protect more elderly people. This article aims to analyzing the implementation of new rules for "bientraitance" in a gerontological hospital from the French public assistence.

KEY-WORDS: French social policy & aging process. Living in an asylum and maltreatment. "Good-treat"/"bad-treat" in old age.