

## O CONCEITO DE ESTIGMA DE GOFFMAN APLICADO À VELHICE

### **Eunice Maria Godinho Morando**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal de Juiz de Fora  
e.morando@hotmail.com

### **Juliana Campos Schmitt**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal de Juiz de Fora  
julianaschmittuffj@hotmail.com

### **Maria Elisa Caputo Ferreira**

Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal de Juiz de Fora  
caputoferreira@terra.com.br

### **Cláudia Helena Cerqueira Marmora**

Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal de Juiz de Fora  
claudia.marmora@uffj.edu.br

*Fecha de Recepción: 15 Mayo 2018*

*Fecha de Admisión: 1 Octubre 2018*

## **RESUMO**

Estudar a velhice é pertinente devido ao envelhecimento populacional e impactos socioeconômicos dele decorrentes; formação deficitária dos profissionais que trabalham com o idoso; a distância entre o conhecimento acumulado e a aplicação prática deles à velhice; a visão da velhice como decadência intelectual, psicológica, emocional e física, sem considerar os ganhos com a experiência e a resiliência. O objetivo é refletir sobre a situação do idoso, fazendo um paralelo entre a velhice e as proposições de Goffman. Busca-se questionar o entendimento de que a velhice é ruim porque traz perdas, dificuldades de aprendizagem, declínio físico e mental, advento de doenças, restrição da participação sociopolítica e vivência do prazer. A criação e a perpetuação do estigma acontecem nas relações sociais, havendo influência de componentes histórico-culturais neste processo, o que permite variabilidade da percepção, práticas estigmatizantes e desumanização. Refletir a respeito da questão do idoso é necessário para desconstruir preconceitos, alterar a visão pejorativa e parcial que o marginaliza e favorecer seu reconhecimento como indivíduo capaz de aprendizagem e participação sociopolítica.

**Palavras-chave:** velhice; estigma; Goffman.

**ABSTRACT**

**THE CONCEPT OF GOFFMAN STIGMA APPLIED TO OLD AGE**

Studying old age is pertinent due to population aging and the resulting socioeconomic impacts; training of professionals working with the elderly; distance between accumulated knowledge and their practical application to old age; view of old age as intellectual, psychological, emotional and physical decay, without regard to the gains from experience and resilience. The objective is to reflect on the situation of the elderly, making a parallel between old age and Goffman's propositions. It seeks to question the understanding that old age is bad because it brings losses, learning difficulties, physical and mental decline, the advent of diseases, restriction of socio-political participation and experience of pleasure. The creation and perpetuation of stigma occur in social relations, with the influence of historical-cultural components in this process, which allows for variability of perception, stigmatizing practices and dehumanization. Reflecting on the issue of the elderly is necessary to deconstruct prejudices, alter the pejorative and partial view that marginalizes them and favor their recognition as an individual capable of learning and socio-political participation.

**Keywords:** oldness; stigma; Goffman.

As transformações sociais presentes no aspecto demográfico apontam para a necessidade de estudos sobre velhice no Brasil. Segundo dados do último censo demográfico de 2010, publicado em 2013, houve uma inversão da pirâmide etária, com aumento expressivo da população com idade igual ou superior a 60 anos e projeção de maior crescimento desta faixa populacional no decorrer dos anos vindouros. Estima-se que em 2025 haverá 32 milhões de idosos, o que levará o país ao sexto lugar do *ranking* mundial da população idosa; e para 2050, 13,5% de crianças e 22,7% de idosos (IBGE, 2016). Logo, percebe-se que o Brasil caminha para uma composição populacional com grande contingente de idosos, o que caracteriza uma transição epidemiológica em que as doenças crônico-degenerativas ganham posição destacada (Moraes, 2012).

A **mudança do perfil populacional** gera impactos socioeconômicos que refletem na saúde, ocasionando novas demandas decorrentes das doenças crônicas e incapacidades funcionais, as quais repercutem nos serviços de saúde pelo seu maior e mais prolongado uso (Moraes, 2012). De acordo com Mendes (2011, p. 33), "Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade". O aumento da incidência das doenças crônicas exige adequações nas políticas sociais, que abrangem diversos segmentos, principalmente naquelas destinadas ao atendimento das crescentes demandas em saúde, previdência e assistência social.

Outro ponto que merece reflexão refere-se à **deficiente formação universitária** dos profissionais de saúde, o que compromete o atendimento ao idoso, havendo dificuldade para a realização de diagnósticos adequados e tratamento das doenças comuns à velhice, embora existam boa formação em universidades, principalmente nas públicas federais. A maior dificuldade pode estar associada à adequação dos recursos públicos nas políticas e ações do que propriamente na formação de recursos humanos. A própria escassez de recursos financeiros devido à estagnação da economia gera impactos em pesquisas científicas e na formação dos profissionais, o que é um resultado secundário do contingenciamento de gastos públicos pelo qual passa o país.

Debert (1998) critica as instituições educacionais que visavam formar especialistas em envelhecimento em cursos de Gerontologia, pois nesta formação se tentava homogeneizar as represen-

tações da idade em uma nova categorização cultural da velhice, considerada um processo de perdas que ocasiona a dependência e coloca o idoso em situação de menosprezo, desamparo e abandono, embora venha ocorrendo uma mudança deste paradigma nos profissionais e instituições, passando a considerar os aspectos positivos da velhice como a sabedoria, resiliência e experiências adquiridas.

Também deve-se considerar a **distância entre o conhecimento acumulado e a aplicação prática deles à velhice**, que até pouco tempo não era estudada nos cursos de Psicologia, Medicina e graduação em Ciências Humanas. A formação de recursos humanos é primordial e imprescindível (Debert, 1998). Tal afirmativa condiz com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006) que prevê a inclusão nos currículos de disciplinas que tratam do envelhecimento, com o entendimento da senescência de forma diferente de doença e incapacidade, valorização da pessoa idosa e divulgação das medidas de promoção e prevenção de saúde. Um dos exemplos que a literatura aponta, ocorre com o fenômeno da iatrogenia (parte da Medicina que estuda a ocorrência de doenças que se originam do tratamento de outras) advém do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das idiossincrasias da abordagem do idoso. A variedade de patologias, incapacidades e uso de medicações diversas formam a conjunção ideal para a ocorrência da iatrogenia (Moraes, 2012; Veras, 2012). Efeitos colaterais são mal interpretados ou confundidos com novas doenças ou compreendidos como inerentes ao envelhecimento, dificultando o diagnóstico correto e a prescrição da terapêutica mais eficiente (Moraes, 2012; Veras, 2012) bem como a proposição de programas e intervenções que contribuam para uma velhice bem-sucedida.

Ainda de acordo com Veras (2012, p. 237) “a maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade” e que a melhor estratégia para adiar o aparecimento deste tipo de doença é a prevenção. Lini, Doring, Machado e Portella (2014) argumentam que a prevenção é necessária de modo que a autonomia e a independência sejam preservadas, possibilitando a permanência do idoso junto aos seus familiares por um maior período de tempo.

Outro aspecto a ser observado refere-se ao **papel que a Psicologia do Desenvolvimento desempenhou ao longo do tempo**, atendo-se principalmente à infância e à adolescência com suas teorias de estágio e dando pouca atenção à velhice. A ausência de explicações para as fases posteriores à adolescência as tornaram ultrapassadas (Neri, 2004). O surgimento de novos paradigmas nas Ciências Humanas, que consideram a conjunção interativa e histórica do fator sociocultural e as condições genéticas, biológicas e psicológicas do desenvolvimento humano, ensejou uma nova compreensão de desenvolvimento e envelhecimento; desde então, considerados processos multidimensionais e multidirecionais, que comportam limitações e incorporam vantagens (Neri, 2004).

Segundo Falcão e Carvalho (2010), senescência ou envelhecimento primário é um fenômeno universal e progressivo que afeta o organismo de acordo com vários fatores: dieta, exercício físico, estilo de vida, educação, papéis sociais e nível socioeconômico. Já senilidade ou envelhecimento secundário é considerado patológico, relacionando-se com as alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento, como a demência senil.

Busca-se compreender o entendimento de que a velhice é uma fase ruim porque acarreta perdas progressivas, declínio físico e mental com conseqüente dificuldade de novas aprendizagens e advento de doenças incapacitantes que restringem a participação sociopolítica e vivência do prazer nos variados âmbitos da vida. Segundo esta visão, a velhice é uma forma menor e degradada da existência humana. Tal compreensão é estigmatizante ao imputar à velhice restrições de toda ordem. Para Melo (2005), o atributo estigmatizante ocasiona perdas e dificuldades aos seus portadores, visto que a sociedade restringe as oportunidades, esforços e movimentos dos estigmatizados ao lhes negar valor, impor-lhes perda da identidade social e provocar deterioração de sua imagem.

## **O CONCEITO DE ESTIGMA DE GOFFMAN APLICADO À VELHICE**

A criação e a perpetuação do estigma acontecem nas relações sociais, havendo influência de componentes históricos e culturais neste processo, o que permite a variabilidade da percepção e das práticas estigmatizantes, havendo algo comum nelas que é a desumanização, responsável desde atos de menor potencial ofensivo – por exemplo, a ridicularização nas redes sociais das atrizes Vera Fischer, a quem não perdoam por ter envelhecido e engordado, e Bibi Ferreira, que foi escrachada por dizer em um programa de TV que enviaria um telegrama de congratulações a um repórter – até atos criminosos como os de atear fogo em índios e moradores de rua ou espancá-los até a morte.

Retorna-se à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) para a definição de saúde relativa à velhice, em que a preservação da autonomia e independência é mais significativa do que a ausência ou presença de doenças orgânicas, pois, apesar destas, o idoso pode viver bem sendo capaz de usar seus recursos pessoais como as crenças de autoeficácia e o controle e as estratégias de enfrentamento, de seleção, otimização e compensação (Lini, Doring, Machado & Portella, 2014). No caso de idosos portadores de demência, é necessário dispor às famílias suporte e ações preventivas que possibilitem o adiamento da dependência, de modo que o idoso possa permanecer o maior tempo possível no seu seio familiar (Veras, 2012).

As teorias psicológicas contemporâneas do envelhecimento derivam do “desenvolvimento dos paradigmas de curso de vida na sociologia e de desenvolvimento ao longo da vida (life-span) na psicologia” (Neri, 2013, p. 40), trazendo nova visão do desenvolvimento e envelhecimento, aportando conceitos relevantes ao entendimento das mudanças comportamentais ocorridas neste processo. Este paradigma tem levado à pesquisa dos aspectos físico, social e intelectual do idoso, sendo a educação uma estratégia de promoção do desenvolvimento destes aspectos (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012). Embora existam programas de Educação em Universidades, como o Universidade Aberta do Brasil, a educação de idosos é incipiente no país, pois o processo educacional deve ser desenvolvido ao longo da vida, sendo necessário que se criem programas educacionais para esta população (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012). Tais teorias psicológicas contemporâneas constituem contribuições importantes que colaboram para a mudança da concepção que a sociedade atual tem do idoso. Mantovani, Lucca e Neri (2016) salientam que uma boa velhice implica, além de um conjunto de elementos de cunho individual e da existência de relações sociais, elementos macroestruturais que tragam, ao idoso, condições materiais e educacionais que lhes permitam viver uma velhice longa e bem-sucedida.

Segundo Lénoir (1989), são quatro as dimensões que constituem um problema social: i) reconhecimento: põe foco numa situação, conquista atenção pública, estimula a ação de pessoas e grupos com interesse em produzir nova percepção dela e nela interferir; ii) legitimação: consequência direta do reconhecimento público da questão, inserindo-a nas preocupações sociais; iii) pressão do porta-voz: representante do interesse geral e de grupos, que denuncia e tem situação privilegiada para torná-la pública; iv) expressão: elaboração de novas definições da questão e construção de nova imagem, baseada num trabalho de categorização e criação de novo vocabulário aplicável à ela. Assim, a velhice e sua transformação em problema social não é consequência apenas do aumento demográfico dos idosos e mau funcionamento da sociedade, mas construção social complexa, derivada de fatores múltiplos, que requer reconhecimento, mobilização e legitimação (Dourado & Leibing, 2013).

É necessário que estas dimensões do problema social da velhice sejam ampliadas e melhor estruturadas, de modo que a velhice seja reconstruída socialmente a partir dos conteúdos usados para classificá-la; das formas de mobilização e condições que tornem isto possível; da especificidade dos atores sociais que lhe dão credibilidade; dos conteúdos simbolicamente produzidos e formas de intervenção direcionadas a ela; da reelaboração e incorporação destes conteúdos nas práticas e definição de si feita pelo idoso (Lénoir, 1989).

Este estudo objetiva refletir sobre a situação do idoso, tentando contribuir para que se torne realidade o que preconiza o art.10 do Estatuto do idoso (Brasil, 2003), que assegura direitos civis, políticos, individuais e sociais ao idoso. Para tal, realizou-se uma análise dos primeiros capítulos do livro “Estigma - Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada” de Goffman (1982), relacionando velhice e as proposições do autor sobre estigma.

### REFLEXÕES SOBRE A VELHICE E O CONCEITO DE ESTIGMA DE GOFFMAN

Goffman (1982) revisita os estudos sobre estigma, conceito originário da Psicologia Social, a fim de desvendar a contribuição aportada à Sociologia, com o intuito de: i) identificar o conceito, separando-o de outros a ele correlatos: preconceito<sup>1</sup>, discriminação social<sup>2</sup> e marginalização social<sup>3</sup>; ii) fazer a descrição de estigma em um único esquema conceitual: “o conjunto específico de conceitos (...) relacionados à ‘informação social’” (Goffman, 1982, p. 8); iii) clarear a relação entre estigma e desvio. Este autor dialoga com vários outros: no que se refere às questões de conceitualização, com autores da Psicologia Social: Wright, Lewin, Heider, Henrich e Kriegel e, ao analisar os grupos sociais, com autores da Sociologia: Becker e Glass.

A obra, de caráter interacionista, explicita como o estigma é construído pelos membros de uma determinada sociedade, tendo como base uma classificação social feita por meio de atributos positivos ou negativos, e sustenta a tese central de que o estigma provoca a deterioração da identidade do indivíduo. Goffman (1982) entende a interação como um processo fundamental de identificação e diferenciação dos indivíduos e grupos. Serão abordados os capítulos “Estigma e Identidade Social” e “Controle de Informação e Identidade Pessoal”, fazendo um paralelo entre seus principais pontos (conceito de estigma; formas de estigma; categorização social; identidade virtual e real; desacreditado e desacreditável; visibilidade; não aceitação social do estigmatizado) e a atual situação do idoso.

Goffman (1982) esclarece o conceito de estigma como um processo de construção histórico-social que passou por diversas modificações, desde os tempos antigos até os atuais. Na Grécia Antiga: sinais corporais usados para ressaltar alguma característica ruim e indesejável do indivíduo e alertar as demais pessoas para a inconveniência e perigo do contato. Na era Cristã: conotação positiva, sinal corporal da graça de Deus. Nos dias atuais: prevalectimento da conotação negativa, referindo-se menos à evidência corporal e mais à condição de exclusão social.

O estigma social é definido pela desaprovção das características e crenças pessoais que confrontam as normas culturais prevalentes em determinado grupo social, conduzindo os portadores destas características ou adeptos destas crenças à marginalização. Portanto, o estigma é a “situação do indivíduo que é inabilitado para a aceitação social plena” e refere-se a “um atributo profundamente depreciativo” (Goffman, 1982, p. 8), ou seja, é a condição de não possuir atributos considerados importantes por um grupo social (Becker & Arnold, 1986).

Segundo Goffman (1982), existem três formas de estigma: deformidades físicas (deficiências motoras, auditivas, visuais, desfigurações do rosto ou corpo); características pessoais e comportamentais (distúrbios mentais, comportamento político radical, desemprego, toxicodpendências, vícios, prisão) e estigmas tribais (pertencimento a uma raça, nação, religião).

O conceito de estigma apresenta variantes de acordo com cada sociedade, sendo um fenômeno relativo, considerando-se que o que constitui um estigma em um grupo social não o é necessariamente em outro (Stafford & Scott, 1986). Alguns comportamentos ou atributos podem ser universais quando se relacionam ao estigma e outros podem ser específicos de uma dada cultura (Ainlay, Becker & Coleman, 1986; Becker & Arnold, 1986; Link & Phelan, 2001). Alguns estigmas são mantidos ao longo do tempo, enquanto outros estão presentes e são característicos de um

## O CONCEITO DE ESTIGMA DE GOFFMAN APLICADO À VELHICE

determinado período histórico-social e cultural. Logo, um atributo ou comportamento terá o significado que a cultura lhe atribuir (Ainlay, Becker & Coleman, 1986).

Envelhecer, na nossa sociedade, tornou-se um estigma pela extrema valorização da juventude e estética corporal em uma cultura de culto à juventude (Andrade, 2011). Ser velho é condição inaceitável, pois o atributo percebido é o desgaste do corpo com consequentes falhas no funcionamento do organismo e diminuição da capacidade dos órgãos, não se considerando o conhecimento acumulado, as capacidades intelectuais e físicas preservadas e a resiliência adquirida pelas múltiplas experiências. É uma visão pejorativa e parcial, que impossibilita a aceitação social do idoso e o marginaliza. A velhice inabilita o indivíduo para a aceitação social plena (Goffman, 1982).

A sociedade categoriza as pessoas, estabelecendo os atributos “comuns e naturais” para os pertencentes às categorias previamente determinadas. Baseadas nisto, as relações sociais ocorrem sem que haja atenção e reflexão de seus atores em relação uns aos outros, estando eivadas de preconceções que são transformadas “em expectativas normativas”: exigências rigorosas criadoras da identidade social de cada elemento desta relação social (Goffman, 1982).

Há dois tipos de identidade social: i) “identidade social virtual”, correspondente à soma do caráter imputado ao indivíduo com as expectativas normativas ou demandas explicitadas; ii) “identidade social real”, constituída pela categoria e atributos que o indivíduo possui. Quanto maior a discrepância entre a identidade virtual e real, mais forte será o estigma; quanto mais perceptível e acentuada a diferença entre o indivíduo estigmatizado e os normais, mais estigmatizante ela será; quanto maior a diferença entre os atributos reais e atribuídos, mais acentuada será sua problemática, devido ao controle social e submissão a ele (Goffman, 1982). Tal discrepância é prejudicial à identidade social, pois o indivíduo assume uma posição isolada da sociedade e de si, tornando-se um desacreditado. Consequentemente, não se aceita. O autoconceito é marcado pelo estigma e pelas relações interpessoais, que exercem influência negativa no autoconhecimento e na formação da autoestima e do autoconceito (Siqueira & Cardoso, 2011).

O indivíduo estigmatizado é “o” diferente em uma sociedade que exige a semelhança, não reconhecendo as diferenças dentro da semelhança. O diferente tende à conotação de nocivo e incapaz por fugir aos parâmetros estabelecidos na formação do padrão. O social tenta manter a imagem deteriorada, objetivando conservar a eficácia do simbólico e ocultar a manutenção do sistema de controle social. O indivíduo estigmatizado não tem espaço nem voz, papéis a exercer, funções a executar, não pode ser sujeito da ação, tornando-se uma pessoa sem valor nas relações sociais (Goffman, 1982).

Estes conceitos ajudam a pensar a realidade social do idoso, visto por muitos como um fardo, alguém sem capacidade produtiva, que sofre preconceito devido às perdas sensoriais e à diminuição da capacidade física, intelectual e mnemônica. O pensamento preconceituoso e estigmatizante se expressa na máxima “velho é incompetente e ultrapassado”, pois não conhece as novas tecnologias de informação e modelos de comunicação social, não entende o mundo atual e suas transformações, não havendo lugar para ele na sociedade. Não é mais um corpo útil para o trabalho (Ugarte, 2005). O idoso tem que provar que possui potencial, é capaz de produzir e aprender, ou seja, sua identidade real é diferente da virtual a ele atribuída, o que é cansativo e desgastante.

As alterações biopsicosociais, que variam de indivíduo para indivíduo (Paula, 2010), e as evidentes transformações físicas do idoso (perda da elasticidade da pele e do tônus muscular; cabelos grisalhos e finos; encurvamento postural e diminuição da estatura; crescimento das orelhas e nariz com aumento de pelos) além das mudanças internas (endurecimento dos ossos; perda e atrofia dos neurônios; lentificação do metabolismo; dificuldade na digestão; endurecimento das artérias; piora visual; diminuição do paladar e olfato), apresentadas por Papalia, Olds e Feldman (2006) o enqua-

dram na primeira tipificação, ou seja, sua identidade social é a virtual, estabelecida por aquilo que se espera dele e pelas demandas que lhe são feitas.

De acordo com Goffman (1982), os estigmatizados possuem as mesmas características sociológicas: o indivíduo é apartado da sociedade, não conseguindo aceitação social plena por possuir um traço distintivo que não corresponde às demandas a ele dirigidas e se sobrepõe aos demais atributos, impedindo que sejam percebidos. Aqueles que possuem aceitação social plena, por não se afastarem das expectativas normativas e possuírem os atributos adequados à sua categorização, são os “normais”. Sintetizando: a sociedade estabelece meios para a categorização (Goffman, 1982).

Estas características sociológicas aplicam-se ao idoso, para quem as expectativas normativas estão atreladas ao comportamento passivo e aceitação de que seu tempo passou. Segundo Cachioni e Neri (2004), esta ideia coaduna-se com modelos tradicionais da filosofia da velhice, o da rejeição e afastamento e o dos serviços sociais, que trazem uma visão negativa da velhice. O primeiro enfatiza a negligência, rejeição e marginalização com que o idoso é tratado: velhice como estigma social. Em função das perdas advindas com o envelhecimento, não considera a perspectiva de futuro nem a possibilidade de desenvolvimento pessoal, pois o idoso é improdutivo e dependente. Em decorrência, encontra dificuldades para inserção no mercado formal de trabalho, pois não há incentivo público e o setor privado geralmente não o aceita. Reportagens nacionais ou locais tratando da questão são frequentes. O jornal “Tribuna de Minas” veiculou reportagem discutindo o problema em Juiz de Fora, em que autoridades reconhecem a referida restrição como a discriminação sofrida pelo idoso (Nocelli, 2015).

O segundo modelo, o dos serviços sociais, trata o idoso como passivo, paciente, cliente, dependente dos cuidados dos profissionais que prestam serviços gerontológicos e da proteção do Estado, que deve ser responsável por pensões, instituições de longa permanência, serviços domiciliares e centros sociais para promover o lazer e contatos sociais (Cachioni & Neri, 2004). Entretanto, seus interesses, necessidades e opiniões não são observados, sendo o idoso tutelado pelo Estado e pelos profissionais da saúde e da assistência (Moody, 1976).

Segundo Neri (2013), a visão negativa da velhice manifesta-se nas teorias clássicas da Psicologia do Desenvolvimento: as teorias de estágio da vida adulta e velhice de Bülher (1935), Kühlen (1964), Jung (1971) e Levinson (1978); a teoria das tarefas evolutivas e da atividade, de Havighurst (1951), Havighurst e Albrecht (1953) e a teoria do afastamento de Cummings e Henry (1961). Estas teorias advieram da concepção do desenvolvimento ocorrer por estágios ou de dados coletados em pesquisas baseadas no paradigma de ciclo de vida em biologia e psicologia. Elas correspondem ao modelo crescimento, culminância e contração, nas teorias de estágios, e ao paradigma de ciclos de vida, nos demais casos.

Em conformidade com Goffman (1982), na interação social, o estigma possui dupla perspectiva: i) característica distintiva do estigmatizado conhecida, evidente, não sendo possível acobertá-la; ii) tal característica não é conhecida nem perceptível na interação social. A primeira situação categoriza o indivíduo como desacreditado; a segunda, como desacreditável. A visibilidade do estigma constitui fator decisivo da identidade social. Nas faces e corpos do idoso são visíveis as marcas do tempo, enquadrando-o na categoria desacreditado, sobre quem recaem as piores expectativas.

A aceitação é característica central nas relações sociais entre os considerados normais e o estigmatizado, porque este último não obtém dos primeiros o respeito e a consideração que merece, sendo reduzida sua complexidade humana ao atributo estigmatizante e ignorados os demais como: personalidade, potencialidade, experiência, conhecimento, resiliência e aceitação. Logo, o estigma destrói atributos e qualidades do indivíduo, exerce poder de controle das suas ações e deteriora sua identidade social. A exclusão do indivíduo destrói a autoconfiança e reforça o caráter simbólico da

## **O CONCEITO DE ESTIGMA DE GOFFMAN APLICADO À VELHICE**

representação social pela qual é considerado incapaz e inútil. Tal é a situação do idoso que, por falta de suporte social, decréscimo da participação e realização social, desvalorização e falta de perspectiva de futuro (Capitani & Neri, 2004) tem seu estado psicológico afetado e desenvolve males como a depressão e a ansiedade, não contribuindo com a sociedade em que vive. O resultado do estigma na vida dos sujeitos que dele são alvo e a decorrente discriminação que sofrem pelos ditos normais provocam sérios danos na autoestima, autoconfiança e qualidade de vida (Volz, Tomasi, Bruck, Saes, Nunes, Duro & Facchini, 2015).

Combater toda forma de preconceito contra os idosos e a estigmatização da velhice é responsabilidade dos profissionais da saúde e da educação e também do poder público e, desta forma, contribuir para o envelhecimento saudável e bem-sucedido. Fornecer informação e desenvolver ações que atendam às condições psicológicas, biológicas e sociais, promovendo a saúde e prevenindo o surgimento de incapacidades, é respeitar o direito dos idosos a uma vida feliz e digna (Oliveira & Aguiar, 2015). Em 22 de janeiro de 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.” Segundo Mantovani et al. (2016), o envelhecimento saudável e feliz inclui o bem-estar psicológico e as relações interpessoais, indo além de possuir saúde, sendo “compreendido pelos idosos como processo consequente ao equilíbrio da capacidade funcional, da função cognitiva, da memória, da felicidade, da autonomia, do estilo de vida, da construção individual e da dinâmica afetiva e social” (p. 220). Os aspectos psicológicos são determinantes da boa qualidade de vida na velhice e devem ser considerados nas intervenções educacionais e em saúde, na elaboração e execução de políticas públicas que valorizam o idoso, nos distintos contextos socioeconômicos, as boas práticas de fomento da velhice saudável e bem-sucedida.

Oliveira, Neri e D’Elboux (2016) afirmam que é preciso pensar o suporte oferecido aos idosos em situação de maior vulnerabilidade no Brasil (os que vivem sozinhos ou têm saúde mais precária), uma vez que constituem uma parcela cada vez maior da população. Ressalta-se também a importância da inserção de métodos subjetivos para avaliação da percepção dos idosos sobre suporte para o cuidado. O estigma da velhice e a consequente depreciação dos idosos, que os tornam socialmente descartáveis, devem ser alterados, oferecendo-lhes condições de uma vida digna e saudável (Andrade, Sena, Pinheiro, Meira & Lira, 2012).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de envelhecimento humano compreende acentuada irregularidade, variando de acordo com o nível de desenvolvimento biológico, psicológico e social tanto dos indivíduos quanto das coortes, em função da ação integrada da genética e dos componentes ambientais tais como: recursos na área da saúde, econômicos, sociais, tecnológicos e psicológicos.

A devida compreensão da natureza específica das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento é necessária para que os estereótipos negativos dos idosos sejam superados e para que sejam tratados com respeito e consideração por toda a sociedade, tendo assegurados seus direitos de cidadania e respeitada sua dignidade.

Pode-se concluir que o processo de estigmatização é realizado nas interações sociais e que o idoso possui atributos que o torna refém de tal processo. A estigmatização social o diminui, põe obstáculos a sua realização pessoal, a sua participação social e favorece os sentimentos de não pertencimento e de solidão. A discrepância entre sua identidade real e virtual o afasta da sociedade e de si mesmo, contribuindo para a ocorrência da baixa autoestima. As tentativas de prova de sua capacidade intelectual e/ou laborativa representam um esforço psicológico que provoca considerá-

vel gasto de energia a qual poderia ser canalizada para atividades produtivas e promotoras de seu bem-estar e realização pessoal.

Na identidade social estigmatizada são destruídos os atributos reais do indivíduo e ignoradas suas potencialidades e capacidades. O estigma exerce poder de controle das ações do indivíduo e reafirma a deterioração da sua identidade social. A sociedade impetra o afastamento do indivíduo, o que conduz à perda da autoconfiança e reforça a representação social pela qual é tido como incapaz e prejudicial à interação normal na comunidade.

A sociedade determina os contornos da capacidade de ação do indivíduo estigmatizado, imprime-lhe o ferrete de desacreditado e define os efeitos nocivos que pode encarnar. Assim sendo, torna-se muito difícil, senão impossível, escapar do estigma e de seus efeitos nas relações sociais, assim como refazer sua imagem, descolando-a daquela previamente formada pelo padrão social.

Espera-se contribuir para o estabelecimento da necessidade de reconhecimento, mobilização e legitimação da questão da velhice. Em um quadro social em que a estigmatização é tão presente e vívida, intenta-se colaborar com uma reflexão para o tratamento dado à pessoa idosa pela população em geral e para as práticas desenvolvidas pelos profissionais que com ela trabalham, pois ambas afetam as relações sociais, o autoconceito, a autoestima e as formas cotidianas de se comportar e viver. É preciso mudar este cenário de gerontofobia e valorizar aqueles que já contribuíram para a sociedade e podem continuar fazendo parte dela de forma ativa e produtiva.

É necessário que as políticas públicas direcionadas ao atendimento dos idosos ofereçam auxílio adequado para o cuidado daqueles em situação de maior vulnerabilidade, que a rede formal de apoio possa prestar suporte antecipado, contribuindo para o afastamento do estigma da velhice.

As poucas publicações brasileiras e a carência de modelos teóricos que possam articular os dados das pesquisas realizadas, nas últimas décadas, corroboram a necessidade de estudos e explicam por que são necessários. Acrescente-se a exigência da correta compreensão e distinção entre senescência e senilidade, que o rigor científico e profissional impõe, como auxílio à desconstrução dos preconceitos que permeiam a velhice.

A realização de estudos futuros, que proporcionem técnicas e terapêuticas inovadoras, que respondam às necessidades desta população e que contribuam para o enfrentamento eficiente dos desafios para a vivência de uma velhice bem-sucedida é necessária e premente.

## REFERÊNCIAS

- Ainlay, S. C., Becker, G., & Colman, L. M. A. (1986). Stigma reconsidered. In S. C. Ainlay, G. Becker, & L. M. A. Colman (Eds.), *The Dilemma of Difference* (pp. 1-13). New York: Plenum.
- Andrade, M. R. (2011). Estigma e Velhice: ensaios sobre a manipulação da idade deteriorada. *Kairós Gerontologia*, 14, 79-97.
- Andrade, L. M., Sena, E. L. S. da, Pinheiro, G. M. L., Meira, E. C., & Lira, L. S. S. P. (2012). Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3543-3552. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200011>.
- Becker, G., & Arnold, R. (1986). Stigma as a social and culture construct. In S. C. Ainlay, G. Becker & L. M. A. Colman (Eds.), *The Dilemma of Difference* (pp. 39-76). New York: Plenum.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Recuperado de <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=Portaria+n%C2%BA+2.528+de+19+de+outubro+de+2006.+Aprova+a+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Sa%C3%BAde+da+Pessoa+Idosa>.
- Brasil, República Federativa do Brasil. (2003). *Lei Federal n. 10.741 de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm).

## O CONCEITO DE ESTIGMA DE GOFFMAN APLICADO À VELHICE

- Cachioni, M., & Neri, A. L. (2004). Educação e velhice bem sucedida no contexto das universidades da terceira idade. In A. L. Neri, M. S. Yassuda (Orgs.) & M. Cachioni (Col). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. (pp. 29-49). Campinas: Papirus.
- Capitani, M. E. S. & Neri A. L. (2004). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In A. L. Neri, M. E. S. Yassuda (Orgs), M. Cachioni (Col). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos* (pp.71-78). Campinas: Papirus.
- Debert, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. (1998). In J. A. Simões, L. Cohen, M. Featherstone. *Antropologia e velhice* (pp.7-27). Campinas: IFCH/UNICAMP.
- Dourado, M. & Leibing, A. (2002). Velhice e suas representações: Implicações para uma intervenção psicanalítica. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 2(2), 38-45.
- Falcão, D. V. da S., & Carvalho I. S. (2010). Idosos e Saúde Mental: Demandas e Desafios. In D.V. da S. Falcão, & L. F. de Araújo (Orgs). *Idosos e Saúde Mental*. (pp. 11-31). Campinas: Papirus.
- Goffman, E. (1982). *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Recuperado de <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=1272&t=ibge-populacao-brasileira-envelhece-ritmo-acelerad&view=noticia>.
- Lénoir, R. (1989). Objet Sociologique et Problème Social. In P. Champagne, R. Lenoir & D. Merllié (Orgs). *Initiation à la Pratique Sociologique* (pp. 65-90). Paris: Dunod.
- Lini, E. V., Doring, M., Machado, V. L. M., & Portella, M. R. (2014). Idosos institucionalizados: prevalência de demências, características demográficas, clínicas e motivos da institucionalização. *RBCEH*, 11(3), 267-275. doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v11i3.4482>.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- Mantovani, E. P., Lucca, S. R. de, & Neri, A. L. (2016). Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 19(2), 203-222. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150041>.
- Melo, Z. M. de. (2005). Os estigmas: a deterioração da identidade social. *UNICAP*, 2(1), 1-4. Recuperado de <http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>.
- Mendes E.V. (2011). *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Recuperado de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965).
- Moody, H. R. (1976). Philosophical presuppositions of education for old age. *Educational Gerontology Bristol*, 1, 1-16.
- Moraes, E. N. de. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado de <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.
- Neri A. L. O que a Psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil hoje. (2004). In A. L. Neri, M.S. Yassuda (Orgs) & M. Cachioni (Col). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 13-27). Campinas: Papirus.
- Neri A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In L.F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Cosenza (Orgs). *Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma abordagem multidimensional* (pp. 17-42). Porto Alegre: Artmed.

- Nocelli G. (2015). Mercado formal é restrito para idosos (Jornal Tribuna de Minas nov 14, p. 3).
- Oliveira K. P de, & Aguiar, T. M. S. Um olhar sobre o novo idoso brasileiro frente ao estigma em torno do envelhecimento e a atuação do assistente social no centro de referência da felicidade. In: *Seminário Integrado*. Presidente Prudente, Brasil. Recuperado de [http://inter temas.toledo-prudente.edu.br/revista/index.php/Seminario Integrado/article/ viewFile/4627/4389](http://inter temas.toledo-prudente.edu.br/revista/index.php/Seminario_Integrado/article/viewFile/4627/4389).
- Oliveira, D. C. de; Neri, A. L., & D'Elboux, M. J. (2016). Ausência de expectativa de suporte para o cuidado aos idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 566-573. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690321>.
- Papalia D. E, Olds, S.W., & Feldman R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Paula F. L. (2010). *Envelhecimento e quedas de idosos*. Rio de Janeiro: Apicuri.
- Scoralick-Lempke, Natália, N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia Campinas*, 29(Supl.), 647-655.
- Siqueira, R. de, & Cardoso Júnior, H. R. (2011). O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas*, 2(1), 92-113. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11449/127032>.
- Stafford, M. C., & Scott, R. R. (1986). Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In S. C. Ainsley, G. Becker, & L. M. A. Colman (Eds.), *The Dilemma of Difference* (pp. 77-91). New York: Plenum.
- World Health Organization (1998). Constitution of WHO: principles. Recuperado de <http://www.who.int/about/mission/en/>.
- Ugarte, M. C. D. (2005). O corpo utilitário: Da revolução industrial à revolução da informação. In: *IX Simpósio Internacional Processo Civilizador. Tecnologia e Civilização*. Ponta Grossa, Brasil. Recuperado de [http://www.pg.utfpr.edu.br/ppgep/Ebook/ce\\_Simposio/index.html](http://www.pg.utfpr.edu.br/ppgep/Ebook/ce_Simposio/index.html).
- Veras, R. P. (2012). Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 231-238. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100025>.
- Volz, P. M., Tomasi, E., Bruck, N. R. V., Saes, M. O. de, Nunes, B. P., Duro, S. M. S., & Facchini, L. A. (2015). A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. *Saúde soc.* 24(3), 877-886. doi: 10.1590/S0104-12

<sup>1</sup> Atitude emocionalmente condicionada, baseada em crença, opinião e generalização, determinando simpatia ou antipatia para com indivíduos ou grupos. Michaelis 2000. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2000, v. 2, p. 1.684.

<sup>2</sup> Comportamento de grupo em direção a outras pessoas em virtude do grupo a que pertencem. BVSD – Biblioteca Virtual em Saúde. DeCS - Descritores em Ciências da Saúde [acesso em 9 nov 2017]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>.

<sup>3</sup> Indivíduos ou grupos excluídos da participação em atividades econômicas, sociais e políticas dos membros de uma comunidade. BVSD – Biblioteca Virtual em Saúde. DeCS - Descritores em Ciências da Saúde [acesso em 9 nov 2017]. Disponível em: [http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact\\_term&previous\\_page=homepage&interface\\_language=p&search\\_language=p&search\\_exp=Marginaliza%E7%E3o%20Social](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Marginaliza%E7%E3o%20Social).

