



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**

UFRJ

Bruna de Lima Alves

Velhice e Saúde Mental: Considerações a cerca da atuação do Serviço Social no Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais da Velhice (CDA) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ

Rio de Janeiro

2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**

UFRJ

Bruna de Lima Alves

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Miriam Guindani.

Rio de Janeiro

2015

AGRADECIMENTOS

A Deus quem me capacitou a chegar até aqui.

A minha mãe, minha grande companheira, quem me ensina a cada dia o que é amor incondicional. Agradeço por todo o apoio que foi de extrema importância para a realização desse trabalho.

A todos os professores que passaram pela minha trajetória acadêmica.

Ao CDA, local que me proporcionou crescimento tanto como pessoa, como profissional.

À Juliana Rosas e a Priscila Minuz, pela oportunidade de aprender com o seu trabalho.

A Adim dos Reis pela compreensão e ajuda nos momentos difíceis.

A Marcos Teixeira pelo apoio.

A minha orientadora, Miriam Guindani pela contribuição ao trabalho.

A todos, o meu muito obrigado.

O idoso vive no futuro de cada um de nós.

Autor desconhecido

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social visa abordar o tema do envelhecimento na área da saúde mental, demonstrando as conjunturas nacional e internacional, no que tange ao fenômeno do envelhecimento, que tem mudado a estrutura demográfica de diversas nações. No concernente ao cenário nacional, esta obra buscará expor a gama de mecanismos jurídico-legais que atuam sobre a proteção e a defesa dos interesses do idoso, ancorados em um contexto histórico que possibilita o processo de desenvolvimento de tais legislações. Por fim, elucidar-se-á a prática profissional a partir da compreensão do trabalho do Assistente Social na área do envelhecimento, no âmbito do Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais da Velhice (CDA) do Instituto de Psiquiatria (IPUB-UFRJ), por meio do qual se revela os desafios postos e as conquistas alcançadas, além dos limites ditados pelo panorama atual.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, Saúde Mental, Serviço Social, CDA.

ABSTRACT

This job completion undergraduate degree in Social Service aims to address the subject of aging on mental health, demonstrating the national and international contexts, with respect to the aging phenomenon that has changed the demographic structure of different nations. Regarding the national scene, this work will seek to expose the range of legal mechanisms that act on the protection and defense of the interests of the elderly class, anchored in a historical context which places the process of developing such legislation. Finally, will be elucidated the professional practice from the understanding of the work of the social worker in the field of aging in the context of Center for People with Alzheimer's and other Mental Disorders of Old Age (CDA) of the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ), through which reveals the challenges placed and the achievements, beyond the limits dictated by the neo-liberal outlook.

KEYWORDS: Aging, Mental health, Social Service, CDA.

Sumário

INTRODUÇÃO	8
1. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO.....	8
1.1. A REALIDADE MUNDIAL	8
1.2. A REALIDADE BRASILEIRA	19
2. POLÍTICAS DE ENVELHECIMENTO E LEGISLAÇÕES NO BRASIL	25
2.1. LEGISLAÇÕES INTERNACIONAIS.....	25
2.2. LEGISLAÇÕES NACIONAIS	26
3. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL E NO ENVELHECIMENTO	31
3.1. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	31
3.2. SERVIÇO SOCIAL NO CDA.....	36
3.3 ESTUDO DE CASO.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social visa abordar o tema do envelhecimento na área da saúde mental, a partir da compreensão do trabalho do Serviço Social na área do envelhecimento, no âmbito do Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais da Velhice (CDA) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ. Para a realização do mesmo, foi feita uma pesquisa documental, pesquisa de dados secundários e utilização de material coletado durante o período de estágio (2013 a 2014) na instituição. Esse tema se coloca como de fundamental importância ao se levar em consideração que na contemporaneidade ocorre um aumento gradual da população idosa mundial e mais, especificamente no Brasil, o que tem exigido dos governantes e gestores um olhar mais atento para essa faixa populacional, fazendo ser urgente a criação de políticas públicas e leis que atendam as demandas sociais do idoso.

Para se ter uma noção sucinta desse panorama, segundo dados da OMS¹, em 2020, o número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo superará o de crianças com menos de cinco anos. Uma em cada sete pessoas será idosa. Em 2050, a população acima dos 60 anos será de dois bilhões de pessoas (uma em cada cinco) contra os 841 milhões atuais. O número de pessoas afetadas por demência deve ultrapassar os atuais 44 milhões para 135 milhões em 2050. Segundo dados da Secretaria Nacional de Promoção da Defesa de Direitos Humanos, em 2012, 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance um bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando dois bilhões de pessoas ou 22% da população global.

¹ Organização Mundial da Saúde (OMS), 2007. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. Publicado pela Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 2010.

No Brasil, o aumento da população idosa e das doenças psiquiátricas nessa faixa etária tem exigido maior preparo dos profissionais de saúde, em especial do assistente social. Considerando que as leis e as políticas públicas voltadas à população idosa não tem atingido com eficácia seus objetivos por falta de investimentos e/ou gestão adequados. Além disso, a escassez de uma infraestrutura compatível com a demanda existente e com o crescimento populacional dos idosos necessitados de atendimento especializado.

Partindo desse cenário, no primeiro capítulo apresentaremos a realidade do idoso no mundo e no Brasil. Por sua vez no capítulo dois abordaremos o processo jurídico legal internacional e nacional, especialmente as políticas públicas, que atua sobre a proteção ao idoso, tendo em vista seus avanços e problemáticas. Finalmente, no capítulo três discutiremos o trabalho do assistente social na área da saúde mental do idoso, destacando a atuação desse profissional no Centro de Doenças de Alzheimer e Outras Desordens decorrentes da Velhice (CDA) na interação com o idoso, identificando as principais demandas existentes no seu cotidiano, contribuindo para a compreensão da importância deste profissional na área supracitada.

1. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

1.1. A REALIDADE MUNDIAL

Ao andar pelas ruas, bancos, shopping centers, hospitais e demais lugares públicos das cidades do mundo moderno fazendo uso da capacidade de observação, muito usada nas ciências sociais e humanas, em geral, é possível perceber a ocorrência de um processo gradativo de envelhecimento global da população. Basta observar, de maneira mais apurada, que é possível verificar o aumento do número de idosos na sociedade, principalmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento em detrimento do número de nascimentos.

Segundo artigo de Kalache, Veras e Ramos², esse processo decorre primeiramente da crescente expectativa de vida e da queda da fecundidade que é resultado dos avanços tecnológicos e médico-científicos ocorridos nos últimos anos, que proporcionaram melhora na qualidade de vida das pessoas e aumento do acesso à saúde. Assim como das mudanças ocorridas na dinâmica familiar, em razão do avanço e crescimento da industrialização, do contínuo processo de urbanização e da redução das taxas de fecundidade nas famílias com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, a partir do século XX, com a I e II Guerra Mundial (de 1914 a 1918 e de 1939 a 1945), quando os homens foram para as batalhas e as mulheres passaram a assumir os negócios da família e a posição dos mesmos no mercado de trabalho. Somando-se a isso a elevação da escolaridade, a disseminação cada vez maior dos métodos anticoncepcionais, decorrentes da necessidade crescente de limitação da família, ditada pelo *modus vivendi* das grandes centros urbanos, principalmente em um contexto de crise econômica, culminaram com a diminuição do número de filhos nas famílias e o aumento

² Alexandre Kalache; Renato P. Veras; Luiz Roberto Ramos. Envelhecimento população mundial. Um desafio novo. Revista de Saúde Pública vol. 21 no. 3 São Paulo, 1987. Sítio eletrônico Scielo.

da expectativa de vida da população o que provocou modificações demográficas e estruturais, entre outros fatores.

Regressando a história das civilizações, é curioso saber que na Pré-história, no Império Romano e na Grécia Antiga, a idade média das pessoas era em torno dos 25 anos. Já no século XVII subiu para 30 anos e foi somente na metade do século XIX que se aumentou mais cinco anos na vida humana. Assim, para se adquirir dez anos de vida na humanidade foram necessários quase dois mil anos. Neste cenário, fica evidente a insuficiência das forças produtivas, sendo incapazes de gerir os subsídios necessários à manutenção da vida daquela sociedade, seja na ação de produção de alimentos ou por meio de mecanismo combativos contras os males degenerativos. O século XX foi o responsável pelo salto da longevidade da população, de 1900 a 1915 foram acrescentados mais 10 anos de vida na humanidade. Em 1950, a expectativa de vida dos países industrializados já era de 65 anos. (BERZINS, 2003, p. 21 – 22 apud GONDIM, A.C.S.; FONSÊCA, E.R. B, p. 1-5. 2011).

Diante deste contexto, torna-se de fundamental importância realizar uma contraposição dos dados em relação à realidade social. A exposição do desenvolvimento da longevidade transmite uma benéfica contribuição do modo de produção capitalista (MPC) para a sociedade, isto é, exterioriza uma visão positiva da inserção do sistema capitalista na sociedade, que possibilitou o desenvolvimento tecnológico, da saúde e dos direitos. Contudo, não se pode deixar de observar que a mesma é uma sociedade estruturalmente desigual. Inquestionavelmente, o desenvolvimento das forças produtivas permitiu avanços significativos na ciência, criando meios para que se aumentasse a qualidade de vida da população. No entanto, este fato reflete-se contraditoriamente, por exemplo, ao grande número de jovens mortos por estarem em vulnerabilidade social (em sua grande maioria homens), ao aumento da violência urbana e outras incontáveis expressões da “questão social”.

Logo, vê-se que essas informações estatísticas obscurecem, através de um plano de fundo de desenvolvimento social, as contradições indissociáveis do capitalismo.

Atualmente, no século XXI, a expectativa de vida (ambos os sexos, no nascimento) do mundo é 66,57 anos (64,52 anos para os homens e 68,76 anos para as mulheres) em 2009, segundo a CIA World Factbook de 2009³ e 67,2 anos (65,0 anos para os homens e 69,5 anos para as mulheres) para 2005-2010 de acordo com o relatório de Perspectivas da População Mundial das Nações Unidas para o período de 2005-2010⁴. A expectativa de vida nos países desenvolvidos é entorno de 76 anos. Por outro lado, ainda há países onde a expectativa de vida é muito baixa, como a República Centro-Africana, que tem uma expectativa de vida de 48.5 anos, segundo a lista abaixo da Organização Mundial da Saúde – OMS (2012):

³ CIA-The World Factbook – Rank Order - Life expectancy at birth. É uma publicação anual da Central Intelligence Agency (CIA) dos Estados Unidos com informações sobre os países do mundo.

⁴ United Nations World Population Prospects 2006 revision – Table A. 17 for 2005-2010.

Tabela 1.1

RANKING DE LONGEVIDADE (2012) - OMS

POSICÃO	PAÍS	EXPECTATIVA DE VIDA GERAL	EXPECTATIVA DE VIDA MASCULINA	RANKING MASCULINO	EXPECTATIVA DE VIDA FEMININA	RANKING FEMENINO
1º	Japão	84.6	85	1	87.3	2
2º	Andorra	84.2	80.8	8	87.6	1
3º	Singapura	84	82	2	87	3
4º	Hong Kong	83.8	82	2	85.6	5
5º	São Marino	83.8	82	2	85	11
6º	Islândia	83.3	81.1	6	85.2	9
7º	Itália	83.1	80.4	10	85.8	4
8º	Suécia	83	81.4	6	84.6	13
9º	Austrália	83	80.5	9	85.5	6
10º	Suíça	82.8	80.4	10	85.4	7
58º	Brasil	76.2	72.6	63	79.8	54
196º	República do Congo	49.5	48	186	51	190
197º	República Centro-Africana	48.5	47	187	50	192
198º	Serra Leoa	38	37	188	39	194

Fonte: WHO expectativa de vida em WHO (2012).

A estimativa de idade de 60 anos para ser considerado “idoso” foi solicitada pela OMS em 1984, no Relatório do Grupo de Especialistas sobre Epidemiologia e Envelhecimento, o Demographic Yearbook menciona que nas Nações Unidas a idade de 60 anos é usada para definir a velhice, o que também ocorre no Brasil. Segundo dados da Secretaria Nacional de Promoção da Defesa de Direitos Humanos, em 2012, 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. De acordo com as informações da OMS, em 2020, o número de pessoas inseridas na categoria chamada “terceira idade” no mundo superará o de crianças com menos de cinco anos. Uma em cada sete pessoas será idosa. Em 2050, a população velha será de dois bilhões de pessoas, 22% da população global (perfazendo então um quinto da população da terra) contra os 841 milhões atuais, o que exige e exigirá cada vez mais uma atenção governamental no sentido de programar políticas

públicas para esse grupo etário. Pela primeira vez na história da humanidade, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes. O número de pessoas acometidas por demência deve ultrapassar os atuais 44 milhões para 135 milhões em 2050 (FARFEL; JACOB FILHO, 2011 apud COSTA, 2012).

A questão da longevidade da população é um fenômeno mundial que traz importantes repercussões nos campos social e econômico. Este processo, no entanto, vem se manifestando de forma distinta entre os diversos países do mundo. Países como Japão, Itália, Alemanha e Suécia possuem uma população idosa bastante extensa, sendo que estas nações tiveram tempo de se desenvolver e em seguida viver o considerado “boom” do envelhecimento, processo que se desenrolou por mais de 100 anos. Atualmente, alguns destes países apresentam inclusive um crescimento negativo da sua população, o que significa dizer que há taxa de natalidade mais baixa que a de mortalidade. No entanto, os chamados países em desenvolvimento, como Índia, China, México e Brasil vivem esse crescimento da população idosa com maior velocidade, e este processo se caracteriza pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificou a pirâmide populacional, no entanto com pouca aplicabilidade de medidas e políticas públicas voltadas para população idosa (IBGE, 2010).

Em relação a esse aspecto, pensando na realidade brasileira, é oportuno observar um dos indicadores utilizados pelo IBGE, que busca refletir características da longevidade populacional, é o índice de envelhecimento, cuja medida é feita entre a razão do número de pessoas de 60 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas de menos de 15 anos de idade. Em alguns países desenvolvidos (cuja população idosa é bem elevada) tais como Japão e Alemanha esse índice foi respectivamente de 283,6 e 236,5. No caso do Japão, por exemplo, tal número reflete que há quase três idosos para cada pessoa com idade inferior a quinze anos.

A razão entre a população idosa e a população jovem (até 15 anos) está entre os melhores indicadores que avaliam o envelhecimento demográfico. É aceito entre os estudiosos que uma população seja considerada envelhecida quando a proporção da população acima de 65 anos oscile entre 08 e 10% da população total.

A população mundial está envelhecendo em um ritmo muito acentuado e sem precedentes na história da humanidade. Estima-se que o número de idosos no mundo seja de 629 milhões de pessoas, com um crescimento anual na taxa de 2%, ritmo este consideravelmente mais alto em relação ao resto da população e três vezes mais do que há 50 anos. A distribuição de idosos por continentes, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) é a seguinte: 53% na Ásia, 24% na Europa, 8% na América do Norte, 7% na América Latina e Caribe e 7% na África. A mesma alerta que cerca de 360 milhões desta população reside nos países em desenvolvimento, com maior concentração no continente asiático.

Mediante os dados expostos, pode-se refletir a cerca da diferença no número de anos vivido por homens e mulheres, explicitando as diferenças de “papéis sociais” que ainda existe na sociedade. Os homens são mais expostos a riscos, tem ainda maior participação na violência urbana, a “atividades laborais mais desgastantes”, enquanto o papel das mulheres até pouco tempo na sociedade era mais ligado ao cuidado e a família, processo que está mudando com o tempo, contudo ainda não se reverteu totalmente.

É possível refletir também a cerca da diferença existente entre o número e a idade de idosos nos países mais desenvolvidos e os mais pobres. É proporcional o nível de desenvolvimento econômico e social à elevação da idade. O que demonstra a desigualdade inerente à sociedade capitalista, em que as pessoas que vivem em países mais ricos, tem maior acesso a bens e serviços, logo tem uma qualidade de vida melhor, do que pessoas de países de em desenvolvimento e subdesenvolvidos que tem suas demandas muitas vezes negadas e que

não tem tratamento suficiente para suas doenças o que faz com que os mesmos vão a óbito mais cedo.

Outro ponto a ser destacado, acerca do aumento dos velhos na sociedade, é que contraditoriamente a isso, ainda existe na contemporaneidade a cultura da “velhice infeliz”. Ou seja: crianças e jovens quando projetam seu futuro não se imaginam um velho feliz e preferem nem pensar na velhice, como se o velho já fosse um semimorto ou alguém com uma doença infectocontagiosa. É relevante refletir que ser velho não é o contrário de ser jovem. É preciso investir na velhice como se investe nas outras faixas etárias, tendo como objetivo desmistificar essa comparação existente entre as fases da vida, que tem um cunho extremamente preconceituoso e prejudicial à aceitação da velhice como um período que pede e deve ser prazeroso para o próprio idoso e para os que o cercam. É preciso ter sabedoria para aceitar as limitações inevitáveis impostas pela idade e para encarar a finitude da vida (ZIMERMAN, 2000).

Logo, faz-se necessário pensar, o que é ser velho? Para a autora Zimmerman (2000), o ser velho inclui diversas idades; a idade do corpo, da história genética, da parte psicológica e da ligação com a sociedade. Pois o velho continua sendo a mesma pessoa que sempre foi, todavia com um mais: mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crônicas, mais perdas, mais sofrimento precoce e mais tempo disponível. Assim, o idoso pode utilizar de sua experiência para aprender a viver com as doenças crônicas características da própria idade, podendo continuar a viver bem e a fazer planos, gozando das coisas boas da vida e sendo feliz. Pois o ser velho não é sinônimo de tristeza ou depressão, é apenas mais uma das fases da vida.

Para a autora, o processo de envelhecimento supõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Entre os aspectos físicos, as principais alterações que caracterizam a transição da fase adulta para a velhice são: As bochechas que se enrugam e embolsam; Aparecem manchas escuras na pele (manchas senis); A produção de células novas diminui, a pele perde o tônus, tornando-se flácida; Surgem verrugas pelo corpo; Há alargamento do nariz; Os olhos ficam mais úmidos; Ocorre um aumento na quantidade de pelos nas orelhas e no nariz; Os ombros ficam mais arredondados; As veias destacam-se sob a pele dos membros, enfraquecem; Há encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral e ocorre então a diminuição de estatura pelo desgaste das vértebras. (ZIMERMAN, 2000).

Entre as modificações físicas internas estão: O endurecimento dos ossos; Os órgãos internos se atrofiam, o que reduz o seu funcionamento; O cérebro perde neurônios e se atrofia, o que o torna menos eficiente; O metabolismo fica mais lento; A digestão é mais lenta e difícil; A insônia aumenta, assim como a fadiga durante o dia. Fenômenos que são inevitáveis a qualquer pessoa, pois há desgaste do corpo, o que não faz da velhice uma doença, mas, sim, uma fase em que o ser humano se torna mais suscetível a doenças. (ZIMERMAN, 2000).

Entre os aspectos psicológicos da velhice, ocorrem mudanças comportamentais, dificuldade de se adaptar a novos papéis, falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro, há a necessidade de trabalhar as perdas afetivas e sociais, podendo ocorrer depressão, hipocondria, somatização, paranoia, suicídios e baixa autoimagem e autoestima (ZIMERMAN, 2000).

Os aspectos sociais da velhice estão ligados as constantes mudanças que ocorrem na sociedade, à introdução de novas tecnologias, a diminuição das distâncias e a questão da vida estar cada vez mais corrida e difícil, o que exige das pessoas uma maior flexibilidade e

capacidade de adaptação, características essas, que nem sempre o idoso tem, o que o leva a ter problemas e se sentir excluído (ZIMERMAN, 2000).

Em termos culturais, a velhice certamente é percebida de forma diferente em um país com uma expectativa de vida, ao nascer, de 39 anos, como Serra Leoa, e comparada a um país com uma expectativa de vida, ao nascer, de 81 anos, como o Japão. A velhice na favela será uma experiência distinta daquela vivida em uma localidade de casas luxuosas (VERAS, 2003).

Entretanto, o envelhecimento social da população mundial gerou uma transformação do “perfil do que é ser velho” e no modo como o mesmo se relaciona com o mundo e a sociedade. As características do idoso já não são mais as mesmas do “clássico estereótipo” de velho, o que causa uma crise de identidade no idoso, pois o mesmo não encontra o seu papel social, ocorrendo também, mudança nos papéis sociais, pois o mesmo passa a encarnar outras responsabilidades dentro de instituições como a família e o trabalho, como a questão da aposentadoria, pois após parar de trabalhar o idoso ainda tem muitos anos de vida e precisa se adaptar para que não haja isolamento social ou perda de atividade e a questão das perdas diversas, já que viver mais faz com que as pessoas lidem com maior frequência com a perda de independência e de autonomia, assim como com a morte de parentes e amigos próximos.

Partindo para o campo econômico, é uma realidade que envelhecimento e despesas andam juntos e o aumento do primeiro influencia diretamente na economia mundial. Estimativas oficiais indicam que, em trinta anos, os países desenvolvidos terão de gastar, no mínimo, de 9% a 16% a mais do seu Produto Interno Bruto (PIB) para cumprir seus compromissos antigos em termos de benefícios de aposentadoria. Assim, o aumento do número de velhos representa um gasto de US\$ 64 trilhões com uma parcela da população que necessita de atenção e cuidados específicos, levando em consideração que os problemas de

saúde de idosos, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo. (VERAS, 2003).

Estudos populacionais demonstram que a maior parte das pessoas com 60 anos ou mais, cerca de 85% apresenta doença crônica e que uma pequena parcela, cerca de 10% possui cinco ou mais destas patologias. Envelhecer sem nenhuma doença crônica constitui-se mais em exceção do que em regra. (VERAS, 2003).

Estudiosos como Gruenberg e Kramer especulam que assim como a expectativa de vida deve aumentar, haverá também um aumento considerável e danoso na prevalência de distúrbios mentais e doenças crônicas em idosos. Estes autores acreditam que a expectativa de vida continuará a aumentar de forma significativa e que os avanços da área médica possibilitarão um enorme crescimento do período de vida. (VERAS, 2003).

Segundo Veras (2003), citando Manton, a severidade das doenças crônicas será gradualmente reduzida, resultando em taxas menores de mortalidade e no aumento da expectativa de vida. Em defesa desta hipótese, vários demógrafos falam da quarta fase da transição epidemiológica. Em reforço a este cenário, nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade do corte de 80 anos ou mais está declinando com mais rapidez que a de qualquer outra faixa etária de idosos.

Veras (2003), retomando Fries, uma vez que a expectativa de vida chegará bem próximo ao limite biológico, o que deve ser alcançado é o que ele denomina de compressão da morbidade, ou seja, qualidade de vida na ampliação da expectativa de vida. O *life style* é peça fundamental nesta teoria. Quem opta por beber menos, não fumar, praticar exercícios físicos, controlar o estresse e adotar uma dieta adequada e balanceada, sem excesso de sal, açúcar e gordura, tem todas as condições necessárias para viver até o limite biológico da vida.

Logo, diante deste cenário, faz-se necessário que haja implementação e acompanhamento de políticas que garantam a saúde e o bem-estar do idoso, assim como a mudança da cultura em torno da velhice, pois a tendência mundial e brasileira é de que haja aumento do número de velhos e o crescimento desse nicho populacional tende a afetar todos os setores da sociedade, o que nos sugere pensar, no tocante a esta pesquisa, a realidade brasileira.

1.2. A REALIDADE BRASILEIRA

Como foi abordada no capítulo anterior, a questão do envelhecimento tende a ganhar grande visibilidade no mundo todo, como já ocorrem nas nações mais desenvolvidas. Em se tratando do Brasil, dados demográficos do IBGE (Censo 2010) estimam que o mesmo será o sexto país com maior concentração de idosos no mundo. Tendo em vista este panorama, é evidente a necessidade de investimento em políticas públicas amplas que possam atender as inúmeras demandas postas por este grupo. Além disso, torna-se fundamental fortalecer os meios de participação da comunidade e dos integrantes desta faixa etária, que são os principais interessados em expor ideias e possíveis soluções, bem como aperfeiçoar o trabalho dos profissionais de saúde junto a essa faixa populacional.

Quando nos referimos ao assunto do envelhecimento, hoje, temos um cenário desfavorável e perspectivas desanimadoras do ponto de vista da proteção ao idoso. Em relação ao primeiro ponto, 66% dos aposentados do Brasil recebem somente um salário mínimo, valor este avaliado como incapaz de suprir as necessidades básicas com saúde, educação, alimentação entre outras. No entanto, a grande contradição desta condição de precariedade de renda do idoso é de que esta mesma renda tem garantido o sustendo de suas famílias e alimentado à economia em suas respectivas localidades. Observa-se que mesmo em condições de uma renda baixa, esta ainda garante a manutenção de toda uma família e mantém a circulação do capital numa dada região, tal situação retrata não apenas a desvalorização do idoso, mas, sobretudo, da precariedade do trabalho como um todo, pois evidencia a grande dificuldade de obtenção de renda no país. (LOBATO, 2004, p. 214).

No que tange o prognóstico para o idoso, este, de fato, é desanimador, estando atrelado diretamente à questão da Previdência Social sob dois aspectos. O primeiro deles baseia-se nos

dados do Censo de 2010, por meio do qual se revela que mais da metade dos brasileiros estão inseridos no mercado informal de trabalho e não contribuem para a Previdência Social, isto é, estão desprotegidos de Seguridade Social diante da legislação trabalhista. Se levarmos em consideração a participação das pessoas com 60 anos ou mais na renda familiar exposto acima, veremos que este panorama de informalidade no trabalho configura-se como um problema para o sustento de várias famílias e determinadas regiões, uma vez que se visualiza um grande número de idosos sem ter direito a aposentadoria, já que durante a vida laboral não contribuíram para a Previdência Social. Agora, o segundo aspecto trata-se das sucessivas reformas que a Previdência sofreu, através de Emendas Constitucionais (EC), desde a Constituição de 1988. Estes mecanismos legais permitiram que a então Constituição dita cidadã fosse paulatinamente desmantelada, tendo a Previdência como um dos principais alvos. Gradualmente, benefícios eram perdidos e o acesso a outros estavam se restringindo, a condição de aposentado dependente da Previdência Social fica cada vez mais preocupante.

O panorama acima deixa claro o processo de desmonte do Estado pela investida neoliberal. É cada vez maior a destituição das responsabilidades estatais, transmitindo as mesmas à iniciativa privada, como no caso das previdências complementares, que se tornam a solução para a manutenção de determinado padrão de vida diante da desvalorização salarial após anos de trabalho. A sociedade capitalista nos moldes particulares do Brasil busca ao máximo reduzir os gastos públicos no tocante à área social, precarizando diversos serviços públicos, especialmente as políticas sociais, na qual a classe trabalhadora é o principal usuário.


Outro aspecto de grande relevância a ser tratado, refere-se à feminização da velhice, isto é, a tendência da predominância feminina no grupo de idosos. Segundo o Censo 2010, a expectativa de vida do brasileiro é de 73,48 anos, ocorreu um ganho de 3,02 anos, ao passar de 70,46 anos, em 2000, para 73,48 anos, em 2010. A população feminina teve um

incremento mais expressivo do que o da população masculina. Uma menina que nasce hoje no Brasil pode esperar viver 77,32 anos e um menino, 69,73 anos. No Brasil, 55% dos idosos são mulheres em todos os estados. São vários os fatores que contribuem para a maior longevidade da população feminina. Alguns fatores podem ser citados para justificar este fenômeno: Proteção hormonal do estrógeno (a mortalidade materna, antes uma das causas principais de morte prematura entre mulheres, é atualmente bastante reduzida); Inserção diferente no mercado de trabalho (acidentes domésticos e de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios são, em conjunto, quatro vezes mais frequentes para os homens do que para as mulheres nas áreas urbanas brasileiras); Consumo diferente em relação à saúde/doença (fumar e beber são fatores de risco associados às mortes por neoplasias e doenças cardiovasculares, as duas causas de mortes mais importantes na faixa etária acima de 45 anos, e os homens costumam consumir tabaco e álcool em maiores quantidades do que as mulheres).

Segundo Farfel e Filho (2011) o gasto no ano de 2005 na rede hospitalar do Sistema único de saúde (SUS) com homens de 80 anos ou mais, foi quatro vezes superior ao gasto com homens de 30 a 39 anos; Diferentemente com o que ocorre nos serviços de saúde (com relação às mulheres que tem, de modo geral, melhor percepção de patologias e fazem uso mais constante dos serviços de saúde do que os homens. É possível que a detecção precoce e melhor tratamento de doenças crônicas nas mulheres contribuam para um prognóstico melhor). No entanto, este processo também expõe um viés lamentável da realidade da mulher. Como vivem mais que os homens, as mulheres têm mais tendência a viverem sozinhas, na terceira idade, em diversos países o número de mulheres sozinhas nesta faixa etária supera o de homens: Na Suíça, o número de idosas que vivem sozinhas é quatro vezes maior que o de homens (40% contra 10%); na Alemanha, a proporção é de seis vezes mais (37% contra 6%), para citar somente alguns exemplos. A solidão das mulheres idosas traz como consequência o aumento de estados depressivos quando comparados às demais faixas etárias, a tríade

pobreza, solidão e doença ocorre frequentemente entre as mulheres idosas. A tabela abaixo retrata esta condição feminina no que tange sua proporção em relação aos homens:

Tabela 1.2



**Evolução da Estrutura Populacional dos Idosos
(2000 - 2020)**

FEMINIZAÇÃO DA VELHICE: tendência de aumento da proporção de mulheres entre os idosos. Hoje elas já são maioria. Em 2020, de cada 10 pessoas idosas, 6 serão mulheres e 4 serão homens.

	2000		2010		2020	
	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina
Proporção da população idosa (60 e mais)	7,8%	9,3%	9,8%	11,7%	11,1%	14,0%
Proporção da população por Grupos de idades						
60-64	46,8%	53,2%	46,7%	53,3%	45,6%	54,4%
65-69	45,8%	54,2%	45,9%	54,1%	44,5%	55,5%
70-74	44,8%	55,2%	44,6%	55,4%	42,8%	57,2%
75-79	43,9%	56,1%	42,5%	57,5%	39,9%	60,1%
80 ou mais	39,9%	60,1%	38,6%	61,4%	33,8%	66,2%
População idosa	6.533.784	8.002.245	9.156.112	11.434.487	11.328.144	15.005.250

Fontes: Censo 2000, 2010 e Projeções – IBGE.
Elaboração: SFSMFS.

Fonte: Censo 2000, 2010 e Projeções – IBGE.

Voltando a tratar o assunto do envelhecimento de um modo geral, é notório o crescimento da população idosa no Brasil. Como já foi exposto, muito se deve a isso a queda das taxas de fecundidade e natalidade. A tabela abaixo mostra o crescimento em dez anos deste grupo populacional:

Gráfico 1.1

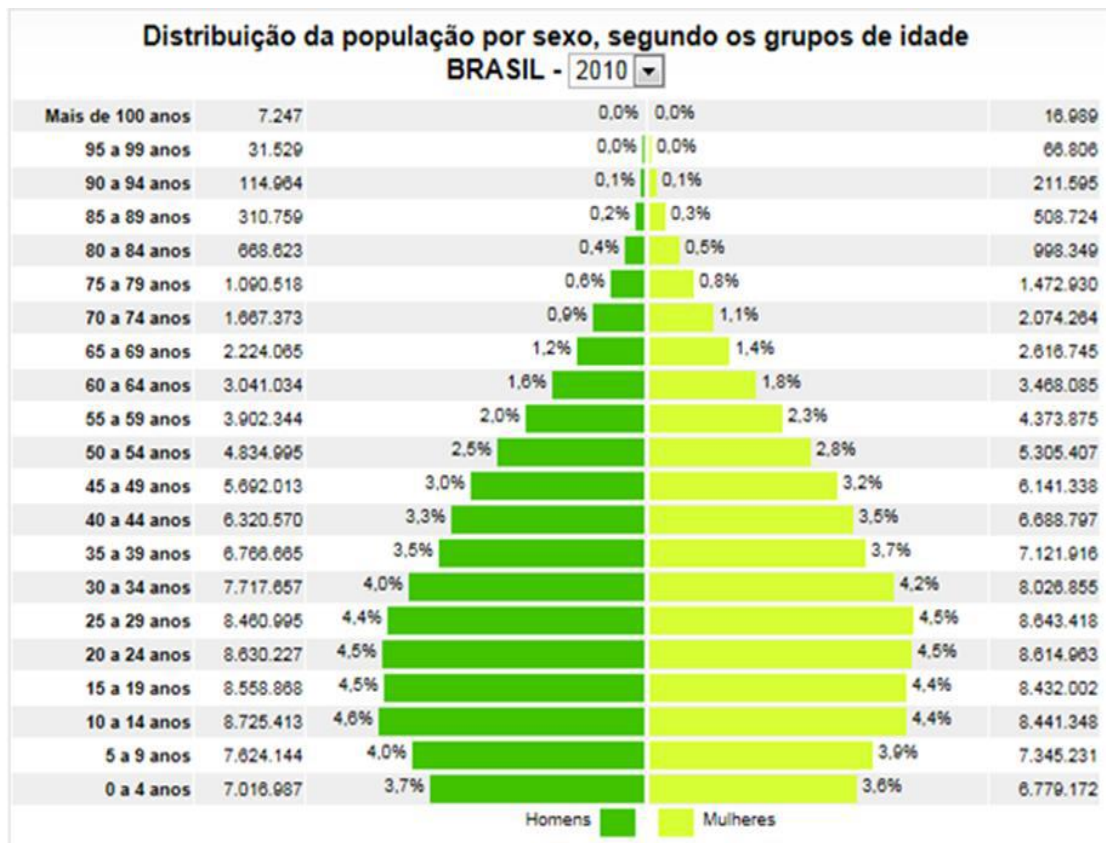


Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2011/IBGE.

No Brasil o índice de envelhecimento foi de 51,8, um pouco acima do índice de envelhecimento mundial cuja média foi de 48,2 (IBGE, 2012). O IBGE no censo de 1991 demonstrava uma pirâmide de base alargada representado por crianças de 0 a 9 anos, na qual essa estrutura ia se afinando para as faixas etárias que representavam as “camadas” mais velhas. Já no censo de 2000, observa-se um maior alargamento do meio da pirâmide, com um leve estreitamento na base e um alargamento na ponta da pirâmide. No censo de 2011, observa-se um estreitamento da base da distribuição ainda mais acentuada que na pirâmide anterior, conforme a figura 1 demonstra. Em 1991 havia 10.722.705 idosos no Brasil, já no

ano 2000 esse número foi para 14.536.029 milhões (IBGE, 2000) e em 2010 esse número cresceu cerca de 30% e chegou a 20.590.597 milhões de velhos em números absolutos:

Gráfico 1.2



Fonte: IBGE, Censo 2010.

Estes números impõem o desafio de repensar as políticas públicas para este segmento populacional, o que demanda um olhar atento dos diversos setores da sociedade civil, e também do poder público. Neste aspecto, é oportuno verificar as legislações pertinentes e discuti-las quanto a seus conteúdos e possibilidades de implantação, considerando, neste prisma também, os profissionais de saúde, como participante, direta ou indiretamente, deste contexto social.

2. POLÍTICAS DE ENVELHECIMENTO E LEGISLAÇÕES NO BRASIL

Nesta parte vamos apresentar os dispositivos legais que são a plataforma de proteção à pessoa idosa, tanto no viés nacional como no internacional, mas principalmente em relação ao primeiro. Pode-se dizer que o aparato legal referente à conjuntura internacional diz respeito ao Plano de Ação de Viena de 1982, o Protocolo de San Salvador de 1978 e o Plano de Ação Internacional de Madrid⁵ de 2002. Sob a luz da legislação nacional, pode-se citar a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Assistência Social e o Estatuto do idoso. Estes são o Marco legal Internacional e Nacional, respectivamente, que atuam de forma conjunta para promover a proteção e o desenvolvimento saudável da velhice.

2.1. LEGISLAÇÕES INTERNACIONAIS

No presente capítulo será abordado o âmbito das legislações que amparam o idoso e o processo de envelhecimento, abrangendo a esfera internacional e nacional, que estão de certa forma, coordenadas entre si. É preciso ter em mente que estas leis (tratados e acordos) internacionais e nacionais derivam de assembleias e convenções da Organização das Nações Unidas (ONU), na década de 80, com o objetivo de pensar, discutir a situação do idoso no mundo, já, portanto, naquele momento, identificando nesta faixa populacional uma questão de atenção e necessidade de implementação de políticas públicas, para salvaguardar os direitos e demandas do idoso, em especial, nas nações desprovidas de políticas para este público.

O Plano de Ação de Viena, em 1982, constitui-se um capítulo importante neste âmbito, ao promover uma série de recomendações para que os países membros criassem e gerissem medidas protetivas de acordo com suas realidades sociais particulares. Este

⁵O Tratado de Madrid foi estabelecido na II Assembleia sobre Envelhecimento ocorrido na Espanha. Todos os países membros aderiram ao plano, que dava atenção especial às nações em desenvolvimento.

documento viabilizou que muitas nações mais à frente criassem legislações, como foi o caso do Brasil.

A inexistência de um dispositivo legal como uma declaração universal referente ao idoso, elaborada pela ONU, situação diferente, por exemplo, das chamadas minorias, que detém a Declaração Universal dos direitos às Minorias, ou ainda, como a Declaração dos Direitos Linguísticos, entre outras declarações universais existentes, demonstram que as políticas públicas, e antes disso, a própria reflexão sobre este segmento da população, ainda encontram-se em um estágio recente, mas que, por outro lado, já demonstra alguns avanços, a considerar, por exemplo, alguns dispositivos, como o Plano de Madrid e Protocolo de San Salvador, que mais de uma dezena de países já ratificaram; e oito deles já promulgaram lei específica de direitos da população idosa, segundo informações da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

2.2. LEGISLAÇÕES NACIONAIS

No Brasil, a década de 1980 foi considerada um período de agravamento das desigualdades, devido à problemática conjuntura econômica. No entanto, no que se refere à implantação e desenvolvimento de políticas públicas de promoção do idoso, este período foi fértil. Podemos citar a atuação do Estado e da sociedade civil junto aos grupos de convivência, que já faziam um trabalho importantíssimo através de equipes interdisciplinares, dentre eles o assistente social, que atuavam com uma série de atividades que elevavam a autoestima e atualizava conhecimentos daqueles idosos que ali participavam. Além disso, nestes anos vê-se a criação dos primeiros Conselhos Estaduais do Idoso (o primeiro em São Paulo e outros logo em seguida no Rio Grande do Sul e Santa Catarina), estes são valiosíssimos instrumentos de participação, possibilitando o envolvimento de diversos setores da sociedade.

Sem desconsiderar a relevâncias destes Conselhos Estaduais do Idoso, pode-se dizer que o marco, concernente à questão do idoso no Brasil, dá-se com a Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã.

Esta Constituição, com seu forte teor para os direitos humanos e prerrogativas da condição social e humana, ressalta uma série de artigos e menções aos direitos sociais, entre os quais incluem textualmente a necessidade de proporcionar proteção ao idoso, conforme constam nos artigos abaixo da Constituição Federal de 1988:

Art. 229 - Os pais tem o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230 – A família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Estes artigos, embora insuficientes para dar conta da realidade brasileira dos idosos, colabora para promover a discussão, bem como propiciar novos programas e medidas, tanto no nível federal, quanto nas instâncias estaduais e municipais, no sentido de trazer complementaridade a estes artigos. Neste aspecto, pode-se dizer que a Constituição Federal 1988, que também, em certa medida, é um pouco do reflexo do Plano de Ação de Viena, de 1982, constitui-se, se não um marco, um grande avanço no sentido de pensar a questão da velhice da população brasileira.

Ao levantar a questão da carência, da necessidade de cuidados por parte dos filhos maiores e principalmente do Estado, impõe uma necessidade de discutir, criar, promover e implementar leis específicas para a proteção dos idosos. O Estado, neste ponto dado pelo dispositivo legal, não pode omitir-se deste papel de cuidar de seus cidadãos idosos. E o SUS, o Sistema Único de Saúde, já mencionado na Constituição de 88, mas regulamentado em 1990, representa um dos principais avanços no sentido de proteger a todos os cidadãos brasileiros, inclusive aos idosos, ainda mais se pensarmos na vulnerabilidade da saúde destes.

Em 1993, é sancionada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a lei 8.742/93, que passa a assegurar alguns benefícios sociais para os idosos, tais como, o Benefício de Prestação Continuada (artigo 20), que possibilita à pessoa portadora de deficiência física e ao idoso com 65 anos ou mais um salário mínimo mensal, caso comprove não deter de meios próprios para sua manutenção e de sua família.

O âmbito jurídico legal também foi exponencialmente promovido nesta década: o Ministério da Saúde cria normas para o funcionamento das Casas Geriátricas e Asilos, demonstrando interesse em reger a proteção ao idoso. Posteriormente em 1994 foi implantada a Política Nacional do Idoso, um grande instrumento de proteção da velhice, por meio do qual são determinadas diretrizes para assegurar os direitos sociais deste grupo. Ainda neste tema, quatro anos após a vigência da Política Nacional do Idoso, é elaborada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) que, resumidamente, buscava manter a saúde e a qualidade de vida desta parcela da população. Finalizando a abordagem das políticas sociais, podemos citar os programas de universidades para terceira idade, os quais tinham a adesão de idosos em sua grande maioria das camadas médias. Estes programas buscavam fazer com que seus usuários mantivessem o âmbito da busca de conhecimento e desse a uma imagem positiva desta fase da vida.

A participação é um aspecto crucial para o desenvolvimento da cidadania por parte deste grupo social, políticas como o PNI, não alcançaram os efeitos desejados caso os próprios usuários não estejam intimamente envolvidos nos processos políticos. Os programas de convivência, de grupo, de saúde e educação para terceira idade são considerados por diversos autores de fundamental importância para e consequente afirmação do idoso, pois quebra o estigma pejorativo posto sobre a velhice e permite ao sujeito a reconstrução de sua autoestima.

Segundo Amann (1979), existem três elementos que devem ser considerados para a participação do idoso, a saber: motivação, informação e educação. A primeira está ligada a fatores que conectam o sujeito ao mundo externo, isto é, elementos que promovam o interesse a se envolver em certas atividades. O segundo elemento, a informação, relaciona-se com o próprio programa, conhecendo mais particularmente suas atividades, desta forma, permitindo uma participação mais interativa e produtiva, além de possibilitar a divulgação deste programa aos demais membros da sociedade envolvidos. Por último, a educação vincula-se a capacidade de apreensão de novas habilidades e comportamentos capazes de atuar no cotidiano, sendo uma ferramenta para a conquista de direitos.

Esta participação do idoso também se relaciona com a criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que foi implementado pelo decreto nº 4.227/2002. Este conselho foi importante para dar visibilidade também para a questão do idoso no Brasil. Por ser um órgão colegiado, vinculado à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), tem como finalidade formular e programar a política nacional do idoso.

A participação do idoso na vida social também consta no importante instrumento legal, o Estatuto do Idoso (lei nº 10.741/2003). Fruto de uma luta por parte de vários grupos,

em especial, os aposentados e pensionistas, no afã de que o Estado oferecesse melhores condições sociais e protetivas para os idosos, o Estatuto representa uma tentativa de garantir também a dignidade humana e consolidar alguns direitos já conquistados. Neste prisma, o Estado se junta a outras leis e dispositivos para que a população idosa seja mais respeitada e atendida em suas demandas sociais.

Olhando para as últimas décadas, as políticas públicas para a população idosa ainda precisam avançar mais no cenário brasileiro, pois a existência do Estatuto e de outras leis, e até mesmo, de constar alguns artigos na Constituição Federal, não significou plenamente atendimento as necessidades para este segmento, faltando investimento, expansão e melhor gerência dos gastos públicos para promover a qualidade de vida do idoso no Brasil.

3. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL E NO ENVELHECIMENTO

Nesta última parte será exposta a atuação do Serviço Social frente às demandas oriundas do processo de envelhecimento no Brasil e a utilização das políticas públicas para este enfrentamento, demonstrando a limitação das mesmas diante das necessidades postas. Além disso, será abordado o tema da saúde mental no envelhecimento, mostrando-se a produção de conhecimento adquirida a partir do estágio no IPUB e perspectivas de atuação postas ao Serviço Social.

3.1. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

A atuação do Serviço Social na saúde mental do Brasil se coloca como necessidade, a partir do sistema de Seguridade Social conjugado pela previdência, pela saúde e pela assistência social, sendo demandada desde a constituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de 1967, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de 1988 e pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) de 1990. Considerando que a atuação da profissão, muitas vezes, está ligada a encontrar respostas paliativas às contradições sociais existentes dentro do sistema, com a incorporação de trabalhadores à previdência do INPS (processo que ocorreu entre os anos 1960 e 1970) e a universalização dos direitos sociais (década de 1980 em diante). Também, porque existia a necessidade de um profissional que atuasse nos aspectos sociais existentes no tratamento psiquiátrico, a partir da instituição da reforma psiquiátrica no mundo ocidental que conjuga a saúde mental entrelaçando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, havendo nesta última dimensão eixos importantes para a reabilitação psicossocial (BISNETO, 2007 apud BISNETO, 2013).

Segundo Bisneto, antes da ditadura militar, havia poucos (contudo grandes) manicômios estatais e poucas clínicas psiquiátricas privadas, que não empregavam assistentes sociais. De início a atuação do Serviço Social na saúde mental era muito limitada, sendo

restrita apenas a hospitais universitários. Essa realidade sofre alteração através dos anos, mudando consideravelmente na década de 1960:

O número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964 com as reformas de saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, com a administração centralizada e com a privatização do atendimento médico. Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS. Com isso se multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de saúde mental. (BISNETO, 2007, p.23 apud BISNETO, 2013, p. 169).

Conforme Bisneto, a inclusão da categoria profissional se deu em hospitais psiquiátricos a partir das exigências do INPS, que através da portaria INPS/Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), de 1973, estabeleceu o Manual de serviço para a assistência psiquiátrica, que exigia a presença de assistentes sociais no quadro das equipes multiprofissionais. E com a fiscalização do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), que requisita a existência de um assistente social para cada cem pacientes. A partir disso, há obrigatoriedade da presença de um assistente social em toda equipe de assistência psiquiátrica previdenciária.

A legislação fixada após a reforma psiquiátrica tem foco na reabilitação psicossocial para que haja reintegração dos portadores de transtornos mentais à sociedade. Para que isso ocorra, faz-se necessário que haja políticas sociais para além da internação e hospitalização, o que ocorre com a instituição da Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), do Benefício de Prestação Continuada (BPC), do Estatuto do Idoso e que hajam instituições públicas controladas pelo SUS para que os usuários de todas as classes sociais tenham acesso a serviços psiquiátricos.

Ainda segundo Bisneto, uma das portarias dos ministérios que garantem a contratação de assistentes sociais nas instituições que tem convênio com a rede previdenciária é a:

Portaria SNAS n° 224, de 29 de janeiro de 1992.

Estabelecem diretrizes e normas para a saúde mental

...

NORMAS PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

5. Unidade básica, centro de saúde e ambulatório.

[...]

1.4. Recursos humanos

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centro de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

De acordo com Bisneto, o mundo contemporâneo está passando por um momento específico da história, considerando que, no Brasil, a partir dos anos 1990, ocorre a conjunção de quatro fatores sociais, de maneira singular: o capitalismo monopolista, a globalização financeira e mercantilista, o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, transformaram a estrutura social e resulta em problemas na ordem do Serviço Social e da saúde mental com a elaboração e efetivação das políticas sociais, o que dificulta a assistência psiquiátrica.

A “crise do Estado” representa um movimento global das sociedades atuais, expressa na crise do Estado do Bem-Estar, no colapso do socialismo real e no fracasso das tentativas das nações do Terceiro Mundo de superar a subalternização (NETTO, 1995, p.7 apud BISNETO, 2013, p. 179). Esse processo de progresso do neoliberalismo diminui as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a menores custos, o que diminui os gastos com a saúde mental e a assistência, busca-se a descentralização da saúde com isenção de compromisso com as camadas mais pobres da sociedade que se vêm assistidas de forma básica, essencial.

A Reforma psiquiátrica no Brasil está tendo sucesso em algumas áreas, contudo, a conjuntura social exposta, desde fins de 1990, tem afetado a continuidade das propostas da reforma, acarretando em diminuição de investimento público e desmonte da assistência pública nas áreas de saúde, educação, previdência, segurança, justiça e cultura entre outras.

No tocante a área da saúde mental, o neoliberalismo incentiva a medicalização através da indústria farmacêutica, o tratamento feito com medicamentos como resposta ao atendimento da população em geral. Em relação à assistência social, há volta à filantropização na categoria de trabalho do Serviço Social, ainda que de forma diversa da que ocorreu no surgimento do Serviço Social no Brasil, não obstante existindo eminência de ameaça ao regresso do conservadorismo (BISNETO, 2013, p. 182).

Ainda segundo Bisneto, os trabalhadores de saúde mental, incluindo os de Serviço Social estão em prejuízo com a ameaça do desemprego, da terceirização, da precarização e pela instabilidade no emprego, entre outros fatores derivados da reestruturação produtiva que atinge os serviços, o que demanda uma análise profunda para construir uma prática emancipatória para os assistentes sociais.

O processo descrito, afeta a saúde mental, os idosos que fazem uso do serviço, assim como as políticas voltadas a essa parcela específica da população.

Segundo Lobato (2004, p.143), há uma lacuna deixada entre o plano teórico contido nas legislações vigentes e a materialização de tais leis no plano concreto, isto é, existe um grande distanciamento da elaboração das leis a seu pleno cumprimento. No entanto, justamente nesta problemática (lacuna) que se encontra a oportunidade do Serviço Social atuar sobre a questão das políticas públicas para o envelhecimento.

Neste sentido, Vasconcelos (2002) contribui significativamente ao dar o instrumento pelo qual o assistente social irá atuar sobre esta ineficiência, a saber, a educação em saúde. O autor trabalha com a ideia de que esta esfera possui ao mesmo tempo um caráter individual, ao trabalhar a manutenção da saúde do indivíduo e de sua autoestima, e um caráter social (coletivo), pois atua frente à saúde coletiva, possibilitando maior conscientização dos usuários e da sociedade:

“envolve as possibilidades de prevenção não só dos agravos das doenças que os usuários já portam, mas da cobrança e controle social das ações que, extrapolando a saúde, determinam as suas possibilidades, como a infraestrutura – água, esgoto, iluminação, habitação etc.” (VASCONCELOS apud LOBATO, P. 143, 2004).

Fica nítido que a ação profissional em dispositivos que ajam de forma mobilizadora sobre a população, de modo a que venha a trazer à tona o debate sobre a precariedade do sistema de políticas públicas voltadas ao idoso. É preciso que o profissional participe das articulações com a sociedade civil e outras classes profissionais que tenham o interesse da promoção do idoso.

Pelo que foi exposto, vê-se que o Serviço Social não adquiriu sua atuação na saúde mental de forma endôgena (naturalista), mas tratou-se de uma articulação dos membros da

profissão para trazer à luz da necessidade da atuação profissional frente às demandas postas. Atualmente, a complexidade da questão psiquiátrica e da saúde mental do idoso só se faz aumentar, no entanto a classe profissional esta munida de atributos capazes de, juntamente com outros profissionais, se mostrarem competentes ao enfrentamento desta questão, baseando no caráter criativo e inovador da profissão, contudo, fazem-se necessários maiores debates sobre o tema, assim como pensar novas estratégias de enfrentamento a problemática, diante do contexto social neoliberal.

3.2. SERVIÇO SOCIAL NO CDA

O Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na velhice (CDA) é o ambulatório com atendimento multidisciplinar do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ voltado para idosos a partir dos 60 anos de idade que apresentem algumas modalidades de doenças na esfera psicológica, psiquiátrica, neuropsiquiátricas e crônico-degenerativas como demências, esquecimento, depressão, ansiedade e psicoses que surgem na velhice.

O Instituto tem sua origem associada ao Hospício Pedro II, o primeiro hospital do Brasil e da América Latina que tinha tratamento para pessoas com transtornos psiquiátricos. O mesmo é uma unidade modelo em pesquisa, ensino e assistência. Sendo um centro que produz estudos em diferentes áreas no tocante a Psiquiatria e a Saúde Mental. As atividades de ensino e assistência são custeadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Ministério da Educação.

Sobre o advento dos hospícios, é importante ressaltar, segundo Robaina (2010), que no início da atuação psiquiátrica havia um caráter segregacionista, o qual apoiado pelos princípios da Revolução Francesa (Liberdade, Igualdade e Fraternidade) agia de forma a excluir os considerados doentes mentais do convívio social. Como eram considerados incapazes de exercer suas faculdades mentais, os “insanos” eram destituídos dos princípios de liberdade e igualdade, pois não eram racionais para praticar a liberdade e de mesmo modo,

não poderiam ser considerados como iguais aos demais homens. Resta apenas o princípio de fraternidade, a ajuda, pelo qual o isolamento (dado como tutela) torna-se o modo de intervenção predominante. Além disso, posteriormente baseado no Movimento Higienista da Psiquiatria, a condição da doença mental passou a ser designada a determinadas raças e etnias, favorecendo os sistemas de dominação existentes na época.

As instalações do IPUB atualmente contam com duas enfermarias (feminina e masculina), um hospital-dia para adultos e diversos ambulatórios. Há o ambulatório geral para o atendimento de adultos, o de psiquiatria infantil e o de psicogeriatrics. O instituto conta também com três unidades de moradia assistida.

O CDA tem sua inauguração em 1997, apesar de já existir um ambulatório de psicogeriatrics desde 1994. A equipe do CDA é diversificada, havendo profissionais como: médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, nutricionista, secretários e músico terapeuta. (POLTRONIERI, 2013).

Como critério de inserção são feitos dois procedimentos distintos, sendo o primeiro atendimento, o acolhimento, toda quarta-feira, no período da manhã e da tarde, necessitando agendamento prévio feito por telefone ou pessoalmente na secretaria. O acolhimento, porta de entrada do serviço, é dividido em dois momentos, em que primeiramente é feito um grupo coordenado pelo Serviço Social e pela Enfermagem que colhem toda a história do paciente e de sua família através de uma ficha de acolhimento com informações clínicas e sociais, os profissionais também explicam as atribuições do serviço e retirando dúvidas dos possíveis usuários e seus familiares. Logo, depois, há um momento de entrevista individual em que a equipe conversa com os idosos e seus acompanhantes, assim como aplica testes simples para avaliar se há ou não critérios para inserção e quantificar as queixas eventuais de memória e outros problemas existentes, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Após esse processo, tendo o idoso critério para ser inserido, ele é encaminhado à secretaria para então

marcar uma avaliação médica com um psiquiatra em outra data a ser marcada, se o idoso residir distante do CDA e houver instituição de tratamento próximo à localidade de sua residência, o mesmo é encaminhado para essa unidade.

Durante o acolhimento do CDA são utilizados os conceitos de independência, semidependência, dependência e autonomia para identificação do “estado” de saúde do idoso. Para Zimerman (2010) esses conceitos não são absolutos, mas sim relativos e plurais, porque dependem de um contexto histórico e de se construir uma relação a uma coisa ou uma pessoa a que se é dependente. Para a mesma, “são conceitos difíceis de serem trabalhados em uma sociedade individualista em que o depender de alguém e alguma coisa é se ver como inferior” (ZIMERMAN, 2010).

Durante o acolhimento esses conceitos são observados a partir da observação das capacidades de atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), que são: **AVD** - Auto cuidado, mobilidade, alimentação, higiene pessoal, capacidade de se vestir, despir e calçar; e **AIVD** - As atividades que permitem a integração de uma pessoa com a comunidade, gerir a sua casa e a sua vida, como: Ir às compras, gerir o dinheiro, utilizar o telefone, limpar, cozinhar e utilizar transportes (ZIMERMAN, 2010).

Observa-se se o idoso possui algum tipo de demência que pode ser caracterizada por: “alteração de raciocínio, perda da capacidade de abstração, repetição contínua de ideias e a perda gradual da memória, principalmente de eventos da vida mais recentes” (ZIMERMAN, 2010). As principais causas de demência são a doença de Alzheimer e a demência vascular, ligadas a um processo degenerativo cerebral, além da depressão e da ansiedade que também levam o idoso a ter quadros de esquecimento e mudança de comportamento. A partir disso, há a possibilidade de ocorrer quadros na pessoa de: Diminuição de interesse; dificuldade de aprender coisas novas e de tomar decisões; o idoso pode se irritar com facilidade, ficar

desconfiado, vulnerável e repetitivo; ocorrer quadro de impaciência, resistência ao tratamento e a mudanças; Aumentar o esquecimento de fatos recentes; há desorientação e perdas frequentes em locais que o idoso conhece bem; incontinência urinária; descuido da aparência entre outras características (ZIMERMAN, 2010).

No Instituto de Psiquiatria da UFRJ o papel dos profissionais de Serviço Social é de grande relevância para a garantia de um tratamento adequado ao usuário dos serviços.

Especificamente no CDA, o Serviço Social trabalha garantindo o acesso dos usuários aos direitos e políticas públicas que garantem a possibilidade do tratamento. Tenta-se garantir, na medida do possível, as condições para o idoso ter um tratamento adequado, pois os usuários necessitam ter condições financeiras para arcar com suas despesas, estabilidade de moradia, acompanhamento de familiar ou profissional adequado para ir à instituição, ter acesso à meio de transporte e alguém que o represente legalmente, em caso de doença avançada. Assim, o papel do assistente social no CDA é central para garantir que as pessoas tenham conhecimento da existência de seus direitos sociais e também de que forma ter acesso aos mesmos, para que possam aderir da melhor forma ao tratamento.

Atualmente no Serviço Social do CDA há uma assistente social que realiza o trabalho no espaço físico de uma sala. O Setor tem conhecimento das políticas públicas existentes para a população idosa e especificamente para as que compreendem as doenças atendidas na instituição. O Serviço Social faz uso de formulário através da entrevista social e da ficha de notificação de violência.

As atividades principais do Serviço Social estão ligadas ao âmbito do cuidado, da família, das políticas públicas e de pesquisas. Realiza atividades como atendimento social aos idosos e familiares, visita domiciliar, elaboração de relatórios sociais, participação no grupo de acolhimento, visitas institucionais com o fim de atualização de recursos e possíveis

parcerias para o dia a dia do trabalho, discussão de temáticas relacionadas ao envelhecimento e discussão dos casos em equipe, tendo maior atenção a ocorrência de casos de violência contra idosos.

Das diversas formas de violência contra a pessoa idosa, ressaltamos a violência física - quando há a coerção física, intenção de causar dor e/ou ferimento; violência psicológica - quando há, por forma de expressão verbal, a ação de causar dor e angústia mental; violência financeira - se dá pelo abuso dos recursos financeiros do idoso sem a autorização do mesmo; violência sexual - trata-se do ato sexual ou assédio sem consentimento do idoso; negligência - quando não há a intenção devida ao idoso, não assistindo suas necessidades básicas e ignorando essas manifestações; autonegligência - se dá quando o idoso se recusa ou é incapaz de prover seus cuidados e não aceita receber os cuidados necessários dispensados por outros, negligenciando a si mesmo quanto a esses. (JUSSANA DE SOUSA, 2010 apud BIEGER, SILVA, FRITZKE, CARON, 2013).

A postura profissional do setor está de acordo com o código de ética profissional da categoria. As habilidades e técnicas subjetivas mais solicitadas no serviço estão ligadas ao apoio e esclarecimento sobre temas relacionados à demência na velhice no acolhimento, assim como a capacidade de participação em grupos. Também há diversas orientações nos atendimentos sociais, fazendo com que o profissional tenha que fazer uso adequado de sua capacidade de comunicação e expressão corporal.

É importante salientar que há respeito e utilização no cotidiano profissional dos princípios fundamentais contidos no código de ética profissional do assistente social, como:

1 - Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes- autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;

Título III; Capítulo I, Artigo cinco: c) democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários;

f) Fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional;

g) contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados;

h) esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional.

O Serviço Social do CDA busca empoderar o usuário a cerca de seus direitos e a tomar decisões a depender das possibilidades existentes. Fazendo uso da instrumentalidade do Serviço Social numa perspectiva de totalidade à luz da racionalidade crítico-dialética. Entendida como a capacidade que os sujeitos profissionais adquirem de dar respostas às demandas construídas sócio historicamente que se colocam à profissão. Assim, utiliza a instrumentalidade enquanto um conjunto de saberes específico; composto essencialmente pelo desenvolvimento das três dimensões prático-formativas: A teórico-metodológica que se refere à capacidade de apreensão do método e das teorias e, por conseguinte, da relação que faz com a prática. A dimensão ético-política, que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de analisar a sociedade e a própria profissão como campo de forças contraditórias; considerando-se o caráter eminentemente político do exercício profissional; assim como a consciência do profissional acerca da direção social que imprime em sua intervenção. E a dimensão técnico-operativa que se refere mais estritamente aos elementos técnicos e instrumentais para o desenvolvimento da intervenção. (IAMAMOTO, 2011).

O Serviço Social na saúde mental tem seu papel e suas demandas específicas. Mesmo não sendo o profissional “principal” da área da saúde, o assistente social tem na seguridade social, seu campo de atuação na área da saúde pública. É importante salientar a importância da escuta diferenciada no cotidiano profissional, para a efetivação do acolhimento da pessoa

idosa, os profissionais de saúde necessitam entender as especificidades dessa parcela populacional e a própria legislação brasileira vigente.

É importante construir uma relação respeitosa com o usuário, considerando que os mesmos esperam ser reconhecidos e tratados de forma adequada. Para que isso ocorra, é necessário que o profissional se dirija primeiramente ao idoso, chame o idoso pelo nome próprio e mantenha contato visual, levando em consideração a possibilidade de problemas auditivos ou visuais, fazendo uso de uma linguagem clara, evitando adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos. O profissional que atua com pessoas com mais de 60 anos de idade, necessita compreender o indivíduo como um todo, respeitando sua singularidade para entender suas demandas, que nem sempre são de fácil compreensão.

Entre as principais atividades da categoria profissional na instituição, está à discussão de casos em equipe, o levantamento de recursos e parcerias, a supervisão de estagiários, a participação em eventos, a realização de entrevistas sociais, o acompanhamento de casos, as visitas domiciliares, as visitas institucionais, a atuação em conjunto com o Ministério Público, com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), com os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), com a Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso e a Defensoria Pública, principalmente junto ao Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa (NEAPI). Há um contato intra e interinstitucionais com unidades de saúde, como: Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), Secretaria de Saúde, Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV), Programa Saúde da Família (PSF) e etc. Assim como orientações de direitos sociais e previdenciários, mediação de conflitos familiares, orientação para acesso a benefícios sociais como o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC- LOAS), Rio Card, Vale Social e questões relacionadas à curatela, que é a interdição judicial do idoso pela família. Também a

elaboração de pareceres e relatório sociais, reuniões com equipe de Serviço Social de todos os setores do IPUB e encaminhamentos internos e externos.

O Serviço Social na instituição tem como base princípios norteador a ética, a autonomia do sujeito, a emancipação, a garantia dos direitos e o compromisso com a qualidade do serviço prestado. Uma das dificuldades do assistente social no trabalho com o segmento do idoso está na escassez de serviços voltados para os mesmos, o que dificulta muitas vezes o exercício profissional, de garantir direitos de forma adequada ao usuário atendido, pois, por exemplo, ao necessitar encaminhar um idoso para um local mais perto de casa, é constatado que no bairro onde o mesmo reside, não há nenhum tratamento especializado de saúde mental, então não há como fazer o encaminhamento, ou os locais estão superlotados.

A equipe profissional do CDA tem um relacionamento adequado, sem grandes dificuldades, havendo boa interação e comunicação entre os profissionais. O atendimento ao usuário é apropriado.

A meu ver, o CDA tem conseguido em seus serviços concretizar diariamente as diretrizes da reforma psiquiátrica, pois há um trabalho desenvolvido que não entende a “loucura” ou específico do CDA a “demência” ou o “Alzheimer” apenas como uma doença de ordem clínica, com foco apenas na importância psiquiátrica, há todo um trabalho no Centro Dia e no Serviço Social para atender a doença não apenas como ausência de doenças, mas sim como um completo bem-estar físico, mental e social do ser humano, e por o serviço ser ambulatorial, não havendo internação, entende-se que o mesmo contribui para o fim do modelo manicomial e hospitalocêntrico, havendo debate biopsicossocial. Neste sentido, é interessante nos debruçarmos, mais uma vez, sobre a contribuição de Robaina (2010) em relação à mudança de perspectiva provocada pela Reforma Psiquiátrica. Tal processo teve

como pioneiro o italiano Franco Blasaglia, que rompeu com a intervenção tradicional da psiquiatria, deixando as bases políticas e culturais e apoiando-se no intuito da sua reprodução social e inserção na sociedade:

[...] No âmbito político, os antecedentes históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) como o principal ator social que provocou o esgarçamento do modelo segregacional e privatista psiquiátrico e forjou as possibilidades para o surgimento do Movimento de Luta Antimanicomial, com as conquistas observáveis no dia de hoje. Na esfera assistencial, segundo a perspectiva basagliana, a principal metodologia de cuidado está centrada no profissional, [...]. Desta forma, a precarização do trabalho implica a precarização da política social. (ROBAINA, 2010, p. 11)

No CDA, existe a visão de garantia de direitos e de respeito à cidadania dos usuários, sendo todos os serviços voltados a evitar a internação, como forma de exclusão social, havendo uma busca por manutenção de vínculos entre os usuários e os familiares, como também dos mesmos com a sociedade. Como foi possível apreender pelo contato com os pacientes, foram ouvidos muitos relatos favoráveis ao trabalho do CDA. Contudo, o seu serviço é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e é regionalizado, havendo preferência por usuários da zona sul (o que não exclui necessariamente o tratamento de pessoas de outras regiões do município), logo em meu entendimento, ocorre uma reprodução da desigualdade social intrínseca a sociedade capitalista, o CDA, considerado “serviço de referência” público no tratamento de saúde mental para idosos, é mais facilmente acessado por segmentos da classe média da sociedade, por aqueles de classes menos abastadas que residem na zona sul e os que não residem próximo, tem que fazer um esforço maior para ter acesso ao tratamento por domiciliar-se em bairros mais distantes, tendo que pegar algumas conduções para chegar ao serviço. Não havendo em outras áreas da cidade, como a zona oeste, muitas instituições que disponibilize a população serviços do mesmo tipo que no CDA.

A atividade laborativa do assistente social no trato com o idoso exige dos profissionais conhecimentos específicos multidisciplinares para que o trabalho se realize de forma a

garantir um tratamento adequado ao usuário. Por isso, existe necessidade de uma atividade em conjunto com os outros profissionais. Também observo que o trabalho com o idoso, exige do profissional, assim como de outras categorias profissões, um cuidado no ouvir e a paciência para lidar com os mesmos que muitas vezes se encontram fragilizados e identificar a demanda posta pelo usuário.

O assistente social que trabalha nessa área de atuação está em contato direto e constante com a família do usuário, assim como com o próprio idoso. Logo, é necessário que o mesmo tenha o cuidado para manter uma distância que garanta o profissionalismo da relação, pois, pode ocorrer que a família e o próprio idoso confundam os papéis, podendo colocar o profissional como responsável legal, ou não havendo respeito pelo assistente social.

3.3 ESTUDO DE CASO

A título de relacionar a experiência no CDA com as observações descritas nos capítulos anteriores será mencionado um caso concreto, vivenciado durante o estágio:

A usuário R. chegou ao acolhimento do Centro de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na velhice – CDA/IPUB UFRJ acompanhada de seu filho M. V. e da sua irmã M. G.

R. de 56 anos, viveu por muitos anos em Natividade, município do interior do estado do Rio de Janeiro, residindo a quatro anos em Jacarepaguá, com seu único filho M. V.

Durante o primeiro contato no acolhimento, foi possível perceber que o mesmo se encontrava sobrecarregado com os cuidados com a mãe, tendo sido exposto pelo mesmo que ele trabalha, mora sozinho com a mãe em um local pequeno e que ele tem que arcar com todas as despesas da casa e de sua mãe, não tendo dificuldades para manter todos os gastos e nem tendo o mesmo, tempo, nem disponibilidade para ter uma vida para além dos cuidados com a mãe. M. V se mostrou muito triste com a situação e um pouco desacreditado de seu futuro.

Foi observado pela equipe que R., mesmo tendo ainda 56 anos, já apresentava sintomas avançados de algum processo demencial que necessitaria ser investigado. Assim, foram discutidas possibilidades para melhor resolução do caso. E o filho expôs como melhor caminho que a mãe voltasse a morar em Natividade, local em que a mesma tem familiares que tem condições de dar um suporte maior a usuária, levando em consideração que morando com ele em Jacarepaguá, a mesma ficava o dia todo sozinha em casa, trancada, olhando para as paredes, gritando e agitada.

O filho M.V e a irmã de R. relataram que a mesma teve problemas de aprendizagem e comportamento na infância que a impediu de dar prosseguimento aos estudos (cursou até a quinta série do ensino fundamental) ou de exercer qualquer atividade remunerada.

A usuária foi casada com o pai de M. V. tendo se divorciado. O filho relatou não ter tido relacionamento afetivo muito bom com a mãe durante sua infância, mesmo assim ele cuida e demonstra preocupação pela mesma. E a irmã M. G. relatou que a irmã sempre teve, em sua infância e juventude, personalidade explosiva, irritadiça e com “condutas inconsequentes” (sic).

Durante a estadia no CDA, apreendeu-se que a usuária apresentava sintomas como desânimo, isolamento social, comportamento suicida, chorava com frequência, tinha insônia, irritabilidade, desleixo em relação à higiene pessoal e alimentação, e foi relatado que a mesma não realizava mais as tarefas domésticas com antigamente.

Foi possível observar que o filho M. V. e a irmã M. G. se encontravam muito desgastados com o cuidado diário de R. que não estava sendo acompanhada por nenhuma instituição de tratamento.

Mediante a tudo que foi exposto, a equipe do CDA acreditou ser necessária a avaliação para inserção e tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Natividade, garantindo que a usuária tivesse um tratamento adequado na região.

Logo, buscou-se entrar em contato com o CAPS de Natividade, para passar o caso e buscar um tratamento adequado para R.

Ocorreram algumas tentativas de contato via telefone, que não obtiveram sucesso. O filho de R. foi a Natividade e informou o novo endereço e telefone do CAPS, depois de muitas tentativas, conseguimos entrar em contato com a secretária que orientou a ligar para o telefone particular da diretora do CAPS Natividade.

Depois de muitas tentativas e algumas semanas, houve sucesso no contato com a diretora e foi informada a necessidade de transferência da usuária para Natividade. A diretora da unidade garantiu que estava tudo acertado e que R. seria bem acolhida e atendida no CAPS.

Contudo, na outra semana o Serviço Social tentou entrar em contato novamente com a instituição e não obteve sucesso.

Depois de três meses de tentativa e espera do filho e da usuária, foi realizada a transferência da usuária para o CAPS de Natividade. Garantindo que a mesma seria bem atendida e teria o tratamento adequado.

Reflexão:

Com esse caso, consegui observar a dificuldade de articulação em rede, na saúde mental, existente no estado do Rio de Janeiro. Nos municípios mais periféricos do Estado, não há muitos mecanismos de tratamento e inserção adequada dos usuários, os que existem tem uma

demanda muito acima da capacidade dos locais e há necessidade de aumento do número de CAPS⁶.

O trabalho em rede com os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) é algo que se realiza com certa frequência no cotidiano do Serviço Social do CDA, pois se procura contribuir para que os objetivos da reforma psiquiátrica sejam efetivados, garantindo a cidadania, o respeito a direitos e a individualidade do usuário, promovendo a contratualidade do mesmo (resgate da capacidade do sujeito de participar do universo das trocas sociais, de bens, palavras e afetos) e sua cidadania.

Foi possível observar também com esse caso, que a usuária foi uma usuária diferenciada do cotidiano de trabalho do CDA, pois era uma pessoa muito jovem, de 56 anos, se comparado com os outros usuários do serviço e que já estava em um estágio mais avançado da doença. A usuária já chegou ao serviço com a memória muito comprometida isso demonstra como a demência senil quando se apresenta precocemente avança mais rápido do que quando se apresenta em idosos de idade mais avançadas.

⁶ Os CAPS são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Os centros oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas. O serviço é diferenciado para o público infante-juvenil, até os 17 anos de idade, através do CAPSi, e para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas pelo CAPSad. O encaminhamento para os CAPS pode ser realizado através de demanda espontânea, por intermédio de uma unidade de atenção primária ou especializada, após uma internação clínica/psiquiátrica, ou ainda por indicação do Serviço Social ou por ordem judicial. O tratamento pode ser feito de forma individualizada ou coletiva, através de oficinas e grupos terapêuticos. Os CAPS funcionam de segunda a sexta, com atendimento das 8h às 17h. Algumas unidades possuem também acolhimento noturno, durante os sete dias da semana.

Como foi exposto anteriormente no trabalho, a demência senil pode ser caracterizada por uma perda progressiva e irreversível das funções intelectuais, como alteração de memória, raciocínio e linguagem, perda da capacidade de realizar movimentos e de reconhecer ou identificar objetos. Todos os sintomas descritos interferem nas atividades profissionais e sociais de vida diária do idoso, ocorrendo com mais frequência a partir dos 65 anos de idade. Os sintomas da demência senil são diversos, dependem da causa e podem até demorar anos para se manifestarem. Sendo os sintomas mais comuns são os seguintes: a perda da memória, confusão e desorientação; a dificuldade em compreender comunicação escrita ou verbal; a dificuldade em tomar decisões; a dificuldade em encontrar as palavras; a dificuldade em reconhecer familiares e amigos; o esquecimento de fatos comuns, como por exemplo: o dia em que estão; a alteração da personalidade e do senso crítico; a depressão, ansiedade, insônia, desconfiança, delírios e alucinações; a agitação e caminhadas durante a noite; a falta de apetite, perda de peso, incontinência urinária e fecal; a dificuldade em dirigir; o idoso se perder em ambientes conhecidos; ocorrem movimentos e fala repetitiva; há dificuldade em cozinhar e nos cuidados pessoais; dificuldade em fazer compras sozinho e a dependência progressiva.

Assim, esse caso possibilitou perceber na prática as dificuldades existentes no cotidiano da profissão e na realidade da saúde pública, para efetivar os direitos dos cidadãos que necessitam de tratamento. Pois o profissional está imerso em um meio em que o campo de atuação que é precarizado e que muitas vezes não há atendimento, ou esse é de difícil acesso, em alguns do estado do Rio de Janeiro. O que faz com que as pessoas de municípios mais afastados tenham seus direitos desrespeitados e nem sempre tenham o devido tratamento para suas doenças pois não há instituições que atendam a demanda de todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso buscou abordar o tema do envelhecimento no recorte do trabalho do Serviço Social na saúde mental dentro de uma instituição de tratamento psiquiátrico para idosos, o CDA. Com a finalidade de abordar um campo de atuação profissional que não é, ainda, muito discutido nos espaços de interação do assistente social, foram apresentadas informações que demonstram o crescente aumento do número de idosos no Brasil e no mundo, assim como foram expostas as legislações e políticas públicas que buscam garantir os direitos e a qualidade de vida do idoso.

Observa-se que legalmente a questão do idoso é levantada e têm-se instrumentos legais que tentam atender as necessidades dos mesmos, todavia, a problemática se encontra no cotidiano, no concreto, no dia-a-dia dos idosos; não existindo instituições para assistência e atendimento adequado e bem distribuído geograficamente pelos bairros, cidades e estados do país que atendam de forma satisfatória a esse nicho populacional.

Logo, foram expostas algumas das expressões da questão social, manifestas na contemporaneidade, que são fruto da contradição inerente à sociedade capitalista, que é uma sociedade que gera desigualdade (IAMAMOTO, 2011), no tocante a realidade do idoso no Brasil, como a pobreza, solidão, dificuldade de acesso a seus direitos e saúde.

Ao longo do período de estágio, ocorreram reflexões acerca das possibilidades de atuação da categoria profissional, que está imersa nessa realidade e se propõe a realizar um trabalho interventivo com os usuários, entretanto, muitas vezes se vê em dificuldades por não

haver possibilidades de trabalho em rede com outras instituições distribuídas pela região que tenham um trabalho específico para essa camada populacional.

O Serviço Social na prática com o idoso tem o desafio de conscientizar a população do verdadeiro papel do idoso, garantindo o seu lugar numa sociedade que passa por grandes mudanças que estão centradas no avanço tecnológico, favorecendo a relação entre mercado e consumo, e nessa lógica valoriza-se quem produz e consome. O desafio do Serviço Social, diante da questão do idoso, que vive momentos de exclusão social, é propender o diálogo entre as diferentes faixas etárias a fim de despertar a sensibilidade por todas as pessoas que sofrem diversas formas de discriminação, além de potencializar a pessoa idosa a acreditar em si, como pessoa de direitos, isso os levará a redescobrir sua verdadeira identidade, assumir-se como pessoa imprescindível a sua produtividade social. Cabe ao Serviço Social, em sua função educativa e política, trabalhar os direitos sociais do idoso, resgatar sua dignidade, estimular consciência participativa do idoso objetivando sua integração com as pessoas, trabalhando o idoso na sua particularidade e singularidade, levando em consideração que ele é parcela de uma totalidade que é complexa e contraditória. (SOUZA, 2003 apud BIEGER, SILVA, FRITZKE, CARON, 2013).

No tocante ao trabalho do Serviço Social no CDA, descrevem-se as atribuições da categoria na instituição, seus limites e possibilidades. Demonstrando a realidade e as dificuldades existentes em uma instituição que se encontra na zona sul do Rio de Janeiro, zona com o maior número de idosos no país e com um dos melhores níveis de qualidade de vida, constitui-se o CDA ser uma instituição considerada de referência no tratamento de idosos. Tal fato nos leva pensar se uma instituição de referência como o CDA ainda apresenta algumas dificuldades, o que dizer daquelas mais afastadas e situadas nas zonas mais periféricas da cidade.

Nos quatro períodos de estágio realizados no CDA, foi possível observar que a atuação do Serviço Social na instituição é de grande relevância, tendo a categoria profissional conquistado reconhecimento e um espaço de atuação delimitado. Há possibilidades de o Serviço Social propor projetos e mudanças na instituição, respeitando as regras impostas pela

mesma. Contudo, existem dificuldades ligadas ao recurso financeiro e aos limites dados pela instituição.

Também foi possível observar os desafios e as dificuldades existentes no contexto atual de intensificação das investidas neoliberais que visam diminuir o público, privilegiado o privado, e como esse processo tem rebatimento na saúde da população e na atuação do profissional de Serviço Social brasileiro e especificamente do Rio de Janeiro.

Fazendo uso do método crítico e dialético é possível entender melhor a realidade social em que estão inseridos os idosos na atualidade, percebendo as dificuldades encontradas no SUS, que não se encontra em total expansão e eficiência, o que afeta a população idosa em todo o território nacional.

Por fim, apresenta-se como necessidade concreta para o avanço da qualidade de vida do idoso e seu melhor acesso à saúde mental, a expansão do número de instituições de tratamento especializado no tocante a psiquiatria voltada aos maiores de 60 anos no Rio de Janeiro, atingindo principalmente as instituições que atendam a população mais carente, buscando a eficiência e a eficácia do SUS, bem como as legislações pertinentes ao público idoso. Espera-se que este trabalho, que certamente não esgota o assunto, possa colaborar para que os profissionais de saúde, em especial, o assistente social, tenha um olhar mais atento para este público, que está em crescimento não só no Brasil, como no mundo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. Modernidade e velhice. *In: Revista Serviço Social e Sociedade, Ano XXIV, São Paulo, n° 75. Editora Cortez: 2003 p.35 – 54.*

BARROCO, Maria Lucia Silva. Código de Ética do/a Assistente Social comentado/ Maria Lucia Silva Barroco, Sylvia Helena Terra; Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, (organizador). – São Paulo: Cortez, 2012.

BERZINS, M. A. V. S. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *In: Revista Serviço Social & Sociedade. V. 24. São Paulo, n° 75, 2003, p.19 -34.*

BIEGER, J.; SILVA, L. S.; FRITZKE, C. C. W.; CARON, M. R. O Envelhecimento (como) expressão da Questão Social e algumas considerações pertinentes ao Exercício Profissional *in: Congresso Catarinense de assistentes sociais. De 22 a 24 de agosto de 2013, Florianópolis, SC. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/O-envelhecimento-como-express%C3%A3o-da-quest%C3%A3o-social.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2015.*

BISNETO, José Augusto. Uma Análise da Prática do Serviço Social em Saúde Mental. *Revista Serviço Social e Sociedade N°82. Editora Cortez, São Paulo, 2013.*

BRASIL. Estatuto do Idoso: Lei 10.741, de 01/10/2003. Niterói: Imprensa Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental. 5° ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas. Acesso em 15 de Nov. de 2014.

CEPAL, Perly Cipriano. Direito das pessoas idosas e a implementação da convenção. Disponível em: www.cepal.org/celade/noticias/paginas/4/37384/PCiprianoCIPD15.pdf. Acesso em 25 de jan. de 2015.

DELGADO, P. G. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. Cadernos IPUB/UFRJ, v. XII n°. 22. Rio de Janeiro, 2006, p. 19-34.

FORTI, V. GUERRA, Y. (orgs). Serviço social: temas textos e contextos. 2° ed. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2011. (Coletânea nova de serviço social).

GONDIM, A.C.S.; FONSÊCA, E.R.B. A experiência do grupo de idosos do CSU em Itabaiana-PB. Revista Brasileira de Informações Científicas. v. 2, n.1, p. 1-5. 2011.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>. Acesso: em 10 de nov. de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010: Características da população. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rj&tema=censodemog2010_amostra. Acesso em: 10 de novembro de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censos Demográficos. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>. Acesso: 10 de nov. de 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>. Acesso em 18 Dez. 2012. Acesso: 10 de nov. de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1_1.shtm. Acesso: 10 de nov. de 2014.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (IPUB). História. Disponível em: <http://www.ipub.ufrj.br/portal/institucional/historia>. Acesso em 15 de fev. de 2015.

KALACHE, A.; Veras, R P.; RAMOS. R. L.; Envelhecimento população mundial. Um desafio novo. *In: Revista de Saúde Pública* vol. 21 n. 3 São Paulo, 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300005. Acesso em 15 de fev. de 2015.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. *In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org.)*. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez Editora; Rio de Janeiro, UERJ, 2004. P. 135-148.

MERCADANTE, E. Velhice: a identidade estigmatizada. .São Paulo, n° 75, p.55 – 73.

NITRINI, R., BOTTINO, C. M, ALBALA, C. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts, United Kingdom. *International Psychogeriatrics*. vol. 21, n° 4, 2009, p. 622–630.

NITRINI, Ricardo; BOTTINO, Cassio M.C. Epidemiologia das Demências. *In: NITRINI, RICARDO & JACOB FILHO, WILSON. (Org.)*. Demências enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento. São Paulo: ATHENEU, 2011. p. 41-50.

NICACIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto, org. A prática do assistente social na saúde mental, Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. Instituto nacional de ciência e tecnologia. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: www.observatoriodasmetrolopes.net/.../documento01_censo2010RJ. Acesso em 5 de jan. de 2015.

OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. p. 60.

ONU. Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas.
Disponível em: <http://www.nacoesunidas.org>. Acesso em 20 de jan. de 2015.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Reforma psiquiátrica no Brasil: ideias, atores e instituições políticas. Ciência e Saúde Coletiva. Revista ABRASCO, v. 16, n. 12, Rio de Janeiro, 2011.

POLTRONIERI, Bruno Costa. Características clínicas e demográficas dos idosos do Centro de Alzheimer e outras desordens mentais da velhice do Instituto de Psiquiatria da UFRJ-IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, 2013.

REVISTA PORTAL DE DIVULGAÇÃO. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Dez anos depois: considerações sobre família, assistência médica, lugar para morar, previdência social e outras coisas mais. n.7, Fev. 2011. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>. Acesso em 16 de jan. de 2015.

ROBAINA, Conceição. “O Trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental”. Em Revista Serviço Social e Sociedade n.102. Cortez, São Paulo, 2010.

ROBAINA, Conceição. O Trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental *In*: Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, CFESS 2009, Olinda-PE.

SOUSA, Ana Maria Viola de. Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. 2º Edição.

VASCONCELOS, E. M. Saúde mental e serviço social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002.

VERAS, R. A longevidade da população: desafios e conquistas. São Paulo, n° 75, Outubro de 2003, p. 5-18.

ZIMERMAN, Guitte I. Velhice: Aspectos Biopsicossociais– Porto Alegre: Artmed, 2000.

WHO, World Health Organization and Alzheimer's Disease International, Dementia a public health priority, World Health Organization, UK, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 15 de janeiro de 2015.