



REFORMA E CONTRARREFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA E A SAUDE MENTAL DA PESSOA IDOSA: DO RECONHECIMENTO AO APAGAMENTO¹

Carin Otilia Kaefer Lisboa²

Maria Isabel Barros Bellini³

Resumo:

O presente artigo tem como objetivo central provocar reflexões sobre os avanços e os retrocessos da reforma psiquiátrica brasileira e seus impactos na vida da sociedade, particularmente dos sujeitos idosos. Para a elaboração do artigo foram realizadas pesquisa bibliográfica e pesquisa documental no período de abril a setembro de 2021. As lentes teóricas que sustentam esse artigo amparam-se na Teoria Social Crítica. O avanço da ciência está ampliando a expectativa de vida da população mundial. No Brasil, estima-se que essa expectativa aumentou 30 anos no período de 1940 a 2015. Esse processo de longevidade provoca efeitos diversos que precisam ser acompanhados como por exemplo ampliar os sistemas de saúde para atender o aumento da população e os problemas de saúde típicos do avanço da idade. Nesse artigo especialmente aborda-se aspectos referentes a saúde mental da pessoa idosa como consequência de perdas econômicas e sociais próprias do modo de produção capitalista. Há um apagamento deste segmento o qual é contemplado nas políticas somente pela dimensão da doença e não das potencialidades de saúde. A saúde mental do idoso deve ser reconhecida como um direito e ser contemplada em políticas sociais respaldadas nos direitos humanos e nos tratados internacionais. A adequação das políticas de saúde mental direcionadas ao público idoso é uma preocupação de saúde pública e impõe ações concretas para a efetiva garantia dos direitos desse segmento.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Pessoa Idosa.

¹ Este artigo é produto das reflexões e estudos realizados na construção da pesquisa da doutoranda Carin Otilia Kaefer Lisboa sob orientação da co-autora Dra. Maria Isabel Barros Bellini e das discussões realizadas no âmbito do Núcleo de Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade/NETSI/PPGSS.

² Doutoranda em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social -PUCRS. Bolsista CNPq. E-mail: otiliakaefer@gmail.com.

³ Assistente Social. Mestre em Serviço Social. Docente do Curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e do Programa de Pós-graduação das Ciências Sociais da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS / Brasil). Pesquisadora de produtividade no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Assistente Social da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: maria.bellini@puers.br; maria-bellini@saude.rs.gov.br



1. INTRODUÇÃO

Na categoria profissional do Assistente Social, a preocupação com a saúde como uma questão política ocorreu de forma explícita somente no final da década de 1980. Muitos avanços profissionais ocorreram nesse período, o que proporcionou uma inserção mais politizada na área da saúde, em defesa da saúde como um direito universal. A saúde mental como política de saúde é reconhecida como um direito e pautada nos direitos humanos fundamentais, previstos nos tratados internacionais.

A saúde do idoso resulta da interação multidimensional, que inclui a saúde física, a saúde mental, a convivência comunitária e familiar, a autonomia na tomada de decisões e a autonomia financeira. Para a manutenção da qualidade de vida, os idosos devem contar com uma ampla rede de cuidado integral que atenda às suas demandas específicas. No entanto, evidencia-se uma redução social da pessoa idosa, a qual não é reconhecida como sujeito de direitos, de capacidades e potencialidades, assim como não é reconhecida em sua heterogeneidade.

Sabe-se que os processos de saúde/doença resultam da interação multidimensional que inclui a saúde física, a saúde mental, a convivência comunitária e familiar e quando se considera a população idosa inclui-se a autonomia na tomada de decisões e autonomia financeira. Para a manutenção da qualidade de vida, os idosos devem contar com uma ampla rede de cuidado integral que atenda às suas demandas específicas. Atualmente evidencia-se o apagamento social da pessoa idosa, essa não é reconhecida como sujeito de direitos com capacidades e potencialidades, nem reconhecida na sua heterogeneidade.

A atenção à saúde mental do idoso é um tema relevante socialmente e há necessidade de ampliar os estudos e publicizar as principais demandas em saúde do público idoso. O tema da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos direitos da população idosa precisam ser debatidos em defesa na perspectiva de uma sociedade mais justa e igualitária em resposta a um Estado neoliberal de direita, que corrobora com medidas antidemocráticas e conservadoras. Proporcionar cientificidade às questões concretas da vida cotidiana é também uma forma de resistir e demonstrar inquietudes frente à conjuntura atual.



2. UMA BREVE REVISÃO SOBRE A REFORMA E A CONTRARREFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

A reforma psiquiátrica brasileira, que data a década de 1970, foi inspirada no modelo italiano e tem lutado para romper com um paradigma de exclusões e violações de direitos de pessoas com transtornos mentais. Ela é fruto da luta de diversos atores que não se conformavam com o tratamento ao qual pessoas com transtornos mentais eram submetidas. Nesse sentido, essa reforma psiquiátrica está sendo considerada

[...] o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995, p. 91).

Esse processo foi idealizado na luta pela desconstrução de um modelo estigmatizante e desumano, que priorizava a lucratividade em detrimento dos direitos humanos. Sendo assim, a reforma psiquiátrica atuou como um movimento social contra o modelo médico psiquiátrico que via a doença como elemento principal. Por essa razão, tal reforma é compreendida como um divisor no modo de pensar e agir, sendo, segundo Desviat (2015), um dos mais frutíferos, promissores e vigorosos processos de transformação no campo da saúde mental e da psiquiatria no mundo.

A partir desse processo de mudança de paradigma, a política de saúde mental preconiza a inserção social como uma estratégia fundamental para decifrar essa realidade complexa vivenciada pelos/as usuários/as da saúde mental. Efetivar ações num contexto social e político com históricas heranças de exclusão dos/das usuários/as dessa política tem desafiado a sociedade brasileira a repensar estratégias para que novas ações não tenham velhas roupagens.

Segundo Vasconcelos (2016), em alguns países, as mudanças aconteceram de maneira mais superficial, pouco inovadora e com um caráter mais administrativo. Em outros, tiveram



um caráter radical e mais promissor, como é o exemplo italiano. No Brasil, a política de saúde mental teve significativos avanços. Ela foi criada em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e teve seu início no final dos anos de 1970. Sua efetivação culminou na Lei 10.216 no ano de 2001, que propõe uma nova política de saúde mental para proteger os direitos dos sujeitos em sofrimento mental. Novas estratégias se instauram, como normatizações e financiamentos garantidos pela legislação do SUS, provocando um grande crescimento de serviços no país.

No fim da década de 1980, surgiu, em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com a proposta inédita de ofertar cuidado a usuários com questões psiquiátricas graves, colocando-se como alternativa ao modelo hospitalar dominante. A partir daí, novas iniciativas começaram a emergir pelo país. Entre as décadas de 1970 e 1980, por exemplo, o movimento da reforma buscou provocar um pensamento crítico à institucionalização da loucura e às instituições totais, havendo avanços processuais, os quais, no entanto, ficaram inacabados, desigualmente distribuídos em território nacional e com diferentes níveis de implantação (AMARANTE; NUNES, 2018).

Destarte, houve muitos desafios com a mudança na reforma psiquiátrica, o que culminou em conflitos de interesses. Segundo o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde mental-Intersetorial, de 27 de junho de 2010,

[...] o cenário político e social mais amplo e as características internas do próprio campo da saúde mental, na medida de sua ampliação e diversificação, geraram um cenário de maior complexidade política e institucional. Dessa forma, apresentava-se em 2010 um cenário distinto do que ocorreu nas conferências nacionais anteriores, em que a coesão política no interior do campo da saúde mental era muito maior. Este contexto certamente impôs ao processo de organização da Conferência um maior nível de conflito e tensão. (BRASIL, 2010, p. 8).

O relatório apresenta conflitos conforme o movimento da reforma psiquiátrica se expande. Correlações de forças e embates políticos ficam mais evidenciados, pois, se por um lado, há necessidade de maiores financiamentos públicos para a saúde mental, por outro, há exigências corporativistas, com ênfase no modelo biomédico, de interesse privado. Segundo Soares, Paiva e Teixeira (2019), o direito à saúde para o conjunto da população brasileira se



constitui historicamente como afirmação e negação, como embate permanente entre projeto de saúde privatista e projeto de reforma sanitária.

Diante de avanços e retrocessos na área da saúde mental, houve acontecimentos entre 2017 e 2018 que formalizaram a contrarreforma psiquiátrica brasileira. Primeiro, foi a Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que introduziu o hospital psiquiátrico como ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É importante salientar que, anteriormente, na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, os hospitais psiquiátricos existentes foram reconhecidos, mas não como ponto da RAPS e sim como serviços que estavam sendo substituídos ao longo dos anos.

Outra portaria que foi criada e que caracteriza um grande retrocesso na reforma psiquiátrica brasileira é Portaria nº 2.434, de 15 de agosto, de 2018, que “reajusta o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 dias e incentiva as internações nos hospitais psiquiátricos”. Essa portaria concede um reajuste de mais de 60% na tabela das internações, a fim de sanar as finanças dos hospitais psiquiátricos. Paralelo a esse significativo incentivo financeiro para as internações psiquiátricas, há o congelamento do repasse mensal para os Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS) desde 2011.

Ainda em 2018, a Portaria nº 3.659, de 14 de novembro, suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo como justificativa ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Isso se caracteriza como uma contrarreforma psiquiátrica, pois valoriza e incentiva internações psiquiátricas por meio de medidas reducionistas e conservadoras em resposta às questões de saúde mental. Ademais, desqualifica os serviços existentes para impor paradigmas preconceituosos e excludentes.

Em 2019, o Ministério da Saúde lança uma nota técnica que estabelece o seguinte:

Todos os Serviços que compõem a RAPS são igualmente importantes e devem ser incentivados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum



Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares. (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS).

A nota técnica demonstra clara posição ao estabelecer os hospitais psiquiátricos como um serviço da RAPS, ao mesmo tempo que reduz outros dispositivos de saúde mental. Dessa forma, instaura meios promissores de mercantilização da atenção em saúde mental, incentivando a indústria da loucura, denunciada nos anos de 1970.

Na lógica neoliberal, os hospitais psiquiátricos repaginados como “modernos e humanizados”, assim descritos na Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde, fortalecem o modelo hospitalocêntrico e biomédico, ampliando a possibilidade do uso de tecnologias duras e do fomento à estigmatização social. Como refere Wendy Brown (2019), o neoliberalismo descarta o diferente, arruína sonhos de cidadania e de democracia, além de alimentar o ódio ao diferente. É um grande perigo à sociedade, que passa por um momento de desmantelamento das políticas públicas, aumento da desigualdade social e expansão de ideologias e ações autoritárias.

O autor Vladimir Safatle (2021), em seu livro “Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico” (2021), aborda o neoliberalismo não apenas como uma teoria da economia, mas também como uma forma de vida definida por uma política, a fim de nomear o mal-estar, e definida também por uma estratégia específica de intervenção no estatuto social do sofrimento. Assim, o neoliberalismo molda nossos desejos e também produz sofrimento. Segundo o autor, a ideologia neoliberal recodifica identidades, valores e modos de vida por meio dos quais os sujeitos modificam a si próprios (SAFATLE, 2021).

O neoliberalismo afeiçoa os sujeitos a seus interesses, incentivando-os ao individualismo e à concorrência, com ideias de felicidade e sucesso profissional por meio do empreendedorismo. De acordo com Wendy Brown (2019), em seu livro “Nas ruínas do neoliberalismo”, com a ideia da liberdade por meio do “dono de si”, em que imposições moralizantes são ovacionadas, o neoliberalismo invade a vida cotidiana das pessoas por meio da moralidade e da religião e conduz formas antidemocráticas de viver, seduzindo a sociedade a uma falsa ideia de liberdade. Assim, ditam-se as regras vinculadas à sociabilidade humana. Cada vez mais afastados, os sujeitos se despolitizam e se isolam em um mundo de libertação,



no qual procuram a realização pessoal e profissional a qualquer custo, como se dependesse apenas da livre e incessante iniciativa.

Tudo que é público é desvalorizado, pois não há interesse do capital em investir nas políticas sociais, pois o neoliberalismo também invadiu a mente das pessoas e seduziu os sujeitos a pensarem de maneira antioletiva por meio da ideia de liberdade acima de tudo, instituída em nome da moralidade e da religião, como refere Wendy Brown. Isso representa um perigo para toda a sociedade, pois nos despolitiza, nos enfraquece enquanto coletivo e cria estigmas sociais cada vez mais difíceis de enfrentar. Não é por acaso que medidas de contrarreforma e uma política de austeridade estão sendo utilizadas como solução para as ditas crises econômicas e sociais no Brasil. Quem governa tem interesse de dismantlar tudo que é público e, assim, tudo que é direcionado à classe trabalhadora, que necessita de medidas de proteção social.

3. A SAÚDE MENTAL E O ENVELHECER NO BRASIL

A saúde mental é um direito constituinte da integralidade da saúde e, por décadas, não é mais considerada ausência de doenças ou enfermidades. Ela é essencial para o bem-estar da população, reconhecida como um direito e no campo de atuação é multifacetária, pois envolve sujeitos, sociedade e empenho dos governos na adoção de políticas e estratégias sistemáticas e continuadas.

Não há dúvidas sobre a relevância da saúde mental na qualidade de vida de toda uma sociedade, e o autor Christian Dunker (2021) faz um alerta quando se refere a situações de sofrimento mental. Segundo ele,

[...] novas narrativas de sofrimento emergem com visibilidade social, mas sobretudo individualizando ao extremo o sofrimento psicológico, bem como psicologizando o fracasso laboral, afetivo e discursivo como um problema de moralidade individualizada. (DUNKER, 2021, p. 229).

A força do neoliberalismo está justamente em gerenciar os efeitos do fracasso humano, pois, para o sujeito sempre ganhar, vencer e se aperfeiçoar para inserção no mercado de trabalho



extremamente concorrido, ele precisa superar seus fracassos, sendo inaceitável perder. O sujeito é desmembrado, fragmentado na sua essência humana. Ou seja, para o capital, o que interessa é saber fazer, render e consumir para a manutenção do *status quo*. Assim, o sujeito também deve aprender a autogerir seu sofrimento mental. O capital transfere, ao sujeito, toda a responsabilidade para a capacidade de saber fazer, e quando ele não atinge as expectativas necessárias, desmorona-se num mar de anseios, angústias, medos e inseguranças.

Vinculado a essa lógica excludente de desigualdade social, as expressões da questão social são evidenciadas. Como afirma Netto (2001), a questão social está profundamente relacionada à consolidação do modo de produção capitalista, que tem como essência a acumulação do capital oriunda da exploração da mão de obra do trabalhador, desprovido dos meios de produção, e isso gera conflitos entre explorados e exploradores. O idoso é considerado improdutivo e desnecessário para o capital. Em sua maioria, são considerados inúteis, pois não têm mais a capacidade de ser explorados pela sua força de trabalho, passando a ser desvalorizados também socialmente.

O intervencionismo neoliberal, segundo Dardot e Laval, “visa, em primeiro lugar, criar situações de concorrência que supostamente privilegiam os mais aptos e os mais fortes, assim como busca adaptar os indivíduos à competição, considerada a fonte de todos os benefícios” (2016, p. 288). Sujeitos menos aptos são descartáveis, excluídos socialmente e sem muitas chances de melhorar suas condições de vida, pois a lógica é sempre a meritocracia. Destarte, estabelece quem é o merecedor e quem é o perdedor.

Pessoas com sofrimento mental e limitações particulares não são valorizadas, e o idoso com sofrimento mental não percebido, sendo socialmente apagado e rotulado como demente, pois se patologiza os sujeitos. Toda criança agitada é hiperativa, todo adolescente rebelde é bipolar e todo idoso é demente. É dentro dessa lógica que se adapta os sujeitos à ordem econômica: por meio do rótulo, da patologização e das práticas medicamentosas.

Em relação à saúde mental, acredita-se que os conflitos advindos da ordem do capital, regido por uma ideologia neoliberal, e que permeiam a vida do sujeito trabalhador ocasionam



uma série de sofrimentos naturalizados. A normalidade no sofrimento humano como algo incontestável é, portanto, aceitável, pois colabora para o dismantelamento de práticas coletivas de resistência e contribui para a dissolução das políticas de saúde mental.

É notório que, na atualidade, a saúde mental é uma questão de saúde pública e carece de maiores debates coletivos. Ou seja, são necessários não apenas debates da categoria profissional, mas da classe trabalhadora, dos movimentos sociais, dos conselhos municipais, dos sindicatos, das Instituições e Organizações Sociais Nacionais e Internacionais. Para Olschowsky *et al* (2014), as políticas públicas de Saúde Mental devem ser amplas, uma vez que o campo da saúde mental é um espaço complexo e multifacetado, correlacionado a outras políticas públicas de forma intersetorial.

A situação de pessoas com sofrimento mental e/ou uso abusivo de substâncias psicoativas perpassa todas as faixas etárias, inclusive o segmento idoso, que é objeto de poucos indicadores e debates. A visibilidade maior é em crianças e adolescentes e quase nada em idosos, havendo um apagamento sobre essa questão.

O que se observa é um reforço em direcionar uma imagem negativa à velhice, sobretudo com associação à fragilidade biopsíquica e à incapacidade de autonomia, caracterizada na iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) de incluir a velhice na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). A mudança vai ocorrer na 11ª edição do CID, que deve ser publicada em janeiro de 2022. Se for aprovado, o idoso será rotulado como um ser de patologias clínicas instituídas, ou seja, não será reconhecido como um sujeito heterogêneo.

Outra situação preocupante é o estigma criado na imagem da velhice, pois não há reconhecimento do sujeito idoso com capacidades e potencialidades, mas com limitações, havendo centralidade patológica. Atesta-se, por meio de um CID, que a sua condição é velhice e que todas as suas doenças são de velho. Um real absurdo, uma violência estrutural naturalizada, pois o idoso será socialmente reduzido por um apagamento sutil e por vezes invisível.



Além do estigma social construído intencionalmente, há também uma perversidade por trás dessa inclusão da velhice no CID, pois o idoso não será observado em sua integralidade e heterogeneidade, isso não será mais algo a se preocupar. Isso porque, no momento que você envelhece, você já será considerado incapaz e doente, e outros aspectos da sua vida serão deixados de lado. Cabe pensar o que há por trás dessa desejável inclusão que já vem sendo discutida desde 2015, segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia /SBGG. Interesse lucrativos estão em jogo, indústrias farmacêuticas, de cosméticos e médicas.

Num contexto em que o sofrimento mental da população idosa vem crescendo, medidas como essa só contribuirão para o acirramento dessas situações. De acordo com o Ministério da Saúde (2017), em seu primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbito por Suicídio no Brasil, apresentou-se alta taxa de suicídio entre idosos com mais de 70 anos. Foram registradas, em média, 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos. A média nacional é 5,5 por 100 mil (BRASIL, 2017).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018), entre 2015 e 2050, a proporção de idosos ao redor do mundo estaria estimada para quase dobrar, indo de 12% para 22%. Ou seja, há tendência de crescimento de 900 milhões para 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. Esse público enfrentará desafios físicos e psicológicos únicos para sua idade, e os mais comuns seriam a demência e a depressão.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a depressão em idosos atinge 11% da população entre 60 e 64 anos (2019). No Uruguai, há alto índice de suicídio entre idosos, maior que em outras faixas etárias, e aumenta significativamente a partir dos 70 anos. (URUGUAY, 2018).

Outro aspecto importante a ser mencionado é a prevalência de uso de álcool em idosos, que geralmente é mais aceita por ser menor que a dos jovens. Ademais, pouco se sabe sobre o abuso e a dependência das substâncias psicoativas nesse grupo, podendo ser uma epidemia invisível (PILLON, *et al.*, 2010). Ainda segundo o autor, a literatura evidencia que a carência



de estudos sobre o tema dos usos de substâncias psicoativas e os problemas (físicos, psicológicos e sociais) entre idosos pode estar relacionada à dificuldades de identificação do próprio idoso ou mesmo dos profissionais de saúde (2010).

Segundo Capela e Paiva, no tocante às questões de saúde das populações, com ênfase no segmento idoso, as autoras afirmam que “assim como há várias populações, há diferentes e desiguais processos de envelhecimento” (CAPELA; PAIVA, 2019, p. 219). Segundo Junior (2017), o aparelho estatal deveria ter uma política de saúde forte, que possibilitasse a redução da violência estrutural sofrida pela pessoa idosa, minimizando a falta de programas de saúde que visem à atenção a idosos usuários de álcool e outras drogas.

O atual momento de pandemia aumentou a preocupação de organizações mundiais sobre a saúde mental da população idosa. O impacto do isolamento social, das mudanças na organização familiar (principalmente intergeracionais), da incerteza quanto ao futuro, das mudanças na rotina, da diminuição do contato social e das dificuldades na manutenção de vida são fatores que podem ocasionar uma maior vulnerabilidade social, o que se mostra mais preocupante nos países com maior desigualdade social.

No Brasil, de acordo com o IBGE (2018), a concentração de renda aumentou em 2018, cujo rendimento mensal do 1% mais ricos do país é quase 34 vezes maior do que o rendimento da metade mais pobre da população. A desigualdade social afeta diretamente a qualidade de vida da grande maioria da população, e a população idosa requer cuidados mais essenciais e particulares.

O que é evidenciado, no entanto, é um apagamento desse público, que não é reconhecido nem atendido pelo Estado, sendo reduzido socialmente. Isso mostra uma expressão da questão social que requer repostas e alternativas coletivas para proteção de um segmento significativo da sociedade.

Para tanto, segundo Wendy Brown (2019), para que a democracia exista de fato é necessária a consolidação de alguns princípios: igualdade política e justiça social. Somente a



igualdade política assegura que a composição e o exercício do poder político sejam autorizados pelo todo e de responsabilidade do todo e nessa perspectiva a justiça social pode ser alcançada.

4.CONCLUSÃO

Com o desmonte dos direitos da classe trabalhadora e com a política de governo que recusa ampliar investimentos nas políticas públicas, é necessário fomentar debates mais contundentes e conhecimentos científicos que comprovem a real necessidade e relevância desses investimentos para a sociedade. Diante desse cenário, é fundamental considerar que o envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica e tem diferentes contextos regionais.

São necessários melhores atendimentos vinculados às políticas sociais, que inclui a saúde mental, que requer repensar em estratégias articuladoras de diversas áreas profissionais no atendimento integral à saúde mental. Assegurar a qualidade de vida inclui o cuidado em saúde mental, que requer articulações políticas que visem um projeto societário pautado na justiça social e na igualdade de direitos.

Há uma preocupação com a saúde mental da população idosa, pois, como foi descrito, existe uma grande demanda dessa área, mas poucos estudos a esse respeito, assim como uma redução social do sujeito idoso. O aumento gradativo e acelerado da população idosa e sua saúde mental são questões de saúde pública e, com o neoliberalismo de ultra direita, existe uma preocupação no apagamento social dessas situações, pois evidencia-se uma tendência em naturalizar o sofrimento humano e estigmatizar o idoso.

Não há medidas de proteção social que favoreçam a qualidade de vida da população que envelhece. A sua grande maioria é esquecida pelo Estado, pois as ações políticas de austeridade só violam os direitos da classe trabalhadora, maximizando a desigualdade social.

Defender a saúde da população idosa engloba também saúde mental. Como profissional Assistente Social, ao mesmo tempo que se resiste às injustiças sociais, busca-se a inclusão dos sujeitos aos direitos sociais. Um meio de defesa é dar visibilidade às expressões da questão



social, provocar reflexões e gerar inquietações para possíveis estratégias coletivas de enfrentamento.

REFERENCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Monica de Oliveira. **A Reforma Psiquiátrica no SUS e a Luta por uma Sociedade sem Manicômios**. Ciência & Saúde Coletiva vol. 23, n.6. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferencia Nacional de Saúde Mental-Intersectorial. **Relatório Final da IV Conferencia Nacional de Saúde Mental- Intersectorial**. 27 de junho a 01 de julho. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Brasília. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.434, de 15 de agosto, de 2018**. Brasília. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro **Portaria Nº 3.659, de 14 de novembro, de 2018**. Brasília. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbito por Suicídio no Brasil de 2017**. Volume. 48 Brasília, 2017.



_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Concentração de renda no Brasil em 2018**. Disponível em: agencianoticias.ibge.gov.br. Última atualização 20/10/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília, 2019.

BROWN, Wendy. **Nas Ruínas do Neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no ocidente**. São Paulo: Ed. Filosófica Politeia, 2019.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A Nova Razão do Mundo: ensaios sobre a sociedade neoliberal**. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DURKER, Christian et al. **Para uma Arqueologia Neoliberal Brasileira**. In: SATAFLE, Vladimir; JUNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian (Orgs.). **Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico**. Belo Horizonte: Autentica, 2021.

JUNIOR, Roberto da Cruz Fonseca. **Envelhecimento e Saúde: projeções para um futuro**. In: GROSSI, Patricia Krieger; JR. Roberto da Cruz Fonseca; DUARTE, Joana das Flores (Organizadores). **Expressões de violência: experiências de intervenção e pesquisa em serviço social**. 1.ed. Curitiba: Appris, 2017

MOTA, Elisabete Ana. **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. 4. Ed. São Paulo. Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. **Cinco Notas a propósito da Questão Social**. Brasília: Temporalis. n. 3, 2001.

OLSCHOWSKY, Agnes; et al. **Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na estratégia saúde da família**. *Texto & Contexto enferm.* V.23, n.3, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A Saúde Mental pelo Prisma da Saúde Pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5882:investimentos-em-saude-mental-devem-aumentar-para-atender-as-necessidades-atuaisdas-americas&Itemid=839. Acesso em: 12/09/2019.



PILLON, Sandra Cristina et al. **Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial - álcool e outras drogas.** Esc. Anna Nery vol.14 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2010 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400013>. Acesso em: 20/09/2020

SATAFLE, Vladimir; JUNIOR, Nelson da Silva; DUNKER, Christian (Orgs.). **Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico.** Belo Horizonte: Autentica, 2021.

SOARES, Nanci; PAIVA, Salvea de Oliveira Campelo e; TEIXEIRA, Maria Solange. **A Velhice do/a Trabalhador/a e sua relação com a Política de Saúde em Tempos de Crise e Contrarreforma.** In: TEIXEIRA, Maria Solange PAIVA, Salvea de Oliveira Campelo; SOARES, Nanci. Envelhecimento e políticas sociais em contexto de crises e contrarreformas. Curitiba: CRV, 2019.

URUGUAY. Ministério de Salud e Programa Nacional de Salud Mental. **Dia Nacional de Prevención de Suicidio.** 17 de julio de 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Os processos de Reforma Psiquiátrica no Contexto Internacional e Brasileiro.** In: Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: Diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel