

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

VANESSA CASTRO ALVES

**PARA ALÉM DOS MUROS DO MANICÔMIO: A ATENÇÃO AOS IDOSOS NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS**

Porto Alegre
2015

VANESSA CASTRO ALVES

**PARA ALÉM DOS MUROS DO MANICÔMIO: A ATENÇÃO AOS IDOSOS NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Leonia Capaverde Bulla

Porto Alegre
2015

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

A474p Alves, Vanessa Castro
Para além dos muros do manicômio: a atenção aos idosos
nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS / Vanessa Castro
Alves. — Porto Alegre, 2015.
159 f. : il.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Programa
de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, 2015.

Orientador: Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla.

1. Serviço Social. 2. Idosos – Saúde Mental. 3. Centro de
Atenção Psicossocial. 4. Envelhecimento. 5. Saúde Mental.
6. Transtornos Mentais. I. Bulla, Leonia Capaverde. II. Título.

CDD: 362.6042

Alessandra Pinto Fagundes
Bibliotecária
CRB10/1244

VANESSA CASTRO ALVES

**PARA ALÉM DOS MUROS DO MANICÔMIO: A ATENÇÃO AOS IDOSOS NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: ____ de _____ 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dra. Leonia Capaverde Bulla (orientadora) PUCRS

Prof^a Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Prof^a Dra. Geraldine Alves dos Santos

Porto Alegre
2015

*Dedico este trabalho aos meus amados
pais Ivonete e Edi.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da vida e por ter guiado minhas escolhas e oportunidades até aqui, sem ele eu nada seria. Agradeço aos meus pais Edi e Ivonete por todo amor, sustento e educação que me proporcionaram mesmo em meio a tantas dificuldades.

Agradeço aos meus irmãos Cláudia, Marcelo, Daniela e Michele por todo amor, incentivo, amizade, companheirismo e principalmente por tantas risadas que me proporcionaram.

Com todo meu amor agradeço ao meu melhor amigo, companheiro de todos os momentos Rafa. Não poderia ter escolhido alguém mais perfeito para andar de mãos dadas comigo nessa caminhada louca e intensa, mas também deliciosa que escolhi trilhar. Compartilho contigo cada pedacinho de felicidade que tenho vivenciado nessa jornada. Você realmente é a tampa da minha panela!

Agradeço com muito carinho a minha orientadora, Professora Dra. Leonia Capaverde Bulla, por sua dedicação, sabedoria, amizade e preocupação em dar sempre o seu melhor. Agradeço por todo apoio que me deste desde a graduação e por ter me incentivado até aqui, vibrando comigo em cada conquista e segurando a minha mão nos momentos difíceis. Tu és muito mais do que uma orientadora para mim. És uma amiga muito especial e um exemplo de profissional no qual me espelho.

Camila Bassôa, amiga tão especial, simplesmente não teria sido a mesma coisa sem o teu apoio e amizade, sempre incansável. Em momentos em que até eu mesma já não tinha mais fôlego você estava lá, me incentivando e me dando toda a ajuda possível. Devo-te muitas pedras, podes cobrar!

Agradeço às minhas pedras preciosas que encontrei pelo caminho Manô, Liana, Rossana, Kyriê, Kizzy, Andréia Wust, Luciana, Karen e Nádia. Mais do que colegas, vocês são presentes que ganhei do mestrado. A parceria e o aprendizado

que tive com vocês foram fundamentais para a conclusão de todas as etapas percorridas nesse processo e para que eu pudesse entender que vale a pena lutar por um mundo mais justo, pois juntas somos fortes.

Maibi, Marilusa e Joana, amigas que carrego desde a graduação e que levarei para sempre comigo. Obrigada por vibrarem a cada conquista minha, por cada conselho, cada gesto de carinho, orgulho, amizade e pelas risadas de galpão (Adoro Jô!) que fazem de mim alguém mais feliz.

Agradeço à minha querida Gabrieli Bandeira por sua amizade e apoio, desde o início da seleção do mestrado sempre me amparando. Sua ajuda foi essencial para que conseguisse a tão desejada aprovação.

Ao meu querido amigo do coração Ricardo Cazanova, sempre tão prestativo, me salvou em vários momentos. Não tenho palavras para agradecer sua amizade, coleguismo e parceria. Agradeço também a querida Juliana Helmann que, com todo seu jeitinho meigo, sempre esteve pronta a ajudar e me acolher nos momentos em que os nervos estavam a flor da pele.

Agradeço com muito carinho a minha queridona Erika Scheeren por suas grandes contribuições e por todo o aprendizado que tive durante o tempo em que convivemos no núcleo de pesquisas. Mesmo de longe está sempre pronta a me acudir nos momentos de aflição.

À Família NEDEPS e a todos que já passaram por lá, com quem pude conviver, trocar experiências e conhecimentos, especialmente às minhas queridas Fernanda Stein, Luana Malessa e Priscila Kauffmann.

Jaque Jacinto, sua parceria e objetividade foram essenciais durante o tempo em que trabalhamos juntas nos grupos de convivência de idosos. Obrigada pelas ideias, motivação, prestatividade e amizade.

À banca examinadora Dra. Maria Isabel e Dra. Geraldine, por aceitarem dividir seu conhecimento comigo através de suas ricas contribuições que me fizeram abrir os olhos em alguns momentos e enxergar o que estava por trás na

realidade pesquisada. Agradeço também, à Dra. Silvia Areosa pelas contribuições dadas no momento de qualificação e pelo imenso carinho.

Á todos os professores da PUCRS que de alguma forma contribuíram com o meu processo de formação. Ao Bruno (Liss) pela paciência e por todo auxílio que me deu sempre que precisei.

Por fim, um agradecimento a todos as pessoas que participaram da investigação - idosos e profissionais -, por sua disponibilidade, atenção e interesse em socializar seus depoimentos. Desejo que de alguma forma esta sistematização contribua para a efetivação dos direitos dos idosos com transtornos mentais.

Antes, todos os caminhos iam.
Agora todos os caminhos vêm.
A casa é acolhedora, os livros poucos.
E eu mesmo preparo o chá para os
fantasmas (QUINTANA, 2005, p.174).

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem produzindo necessidades e demandas sociais, exigindo um novo olhar sobre os idosos e respostas políticas adequadas do Estado e da sociedade. Nesse contexto, torna-se imperativo que sejam feitas adequações nos processos de trabalho e nas formas de gestão dos serviços de saúde, tendo em vista as complexas demandas e necessidades dessa população. O presente estudo apresenta a pesquisa desenvolvida durante a realização do Mestrado em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação da PUCRS, que teve por objetivo central analisar de que forma a atenção à população idosa com transtorno mental é desenvolvida nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a fim de contribuir para a qualificação da atenção a este segmento. A pesquisa é de natureza qualitativa e norteou-se pelo referencial dialético-crítico, com base nas categorias totalidade, historicidade e contradição. As categorias explicativas da realidade eleitas foram: Envelhecimento, Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial. A coleta de dados foi realizada em 6 Centros de Atenção Psicossocial do município de Porto Alegre, no qual foram entrevistados, 6 profissionais e 5 usuários idosos, totalizando 11 participantes. Os critérios de seleção da amostra foram os seguintes: usuários com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, em atendimento nos CAPS e com capacidade cognitiva suficiente para responder as questões, de acordo com indicação de profissional responsável por seu acompanhamento e profissionais que atuam nas equipes técnicas dos CAPS com nível superior de formação. A proposta investigativa foi submetida à Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social, ao Comitê de Ética em Pesquisa da mesma Universidade e aos demais Comitês de Ética das instituições coparticipantes. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e os dados foram submetidos a análise de conteúdo. A partir da análise dos dados, constatou-se que as principais demandas de atendimento apresentadas pelos idosos nos CAPS são relacionadas aos transtornos depressivos, demências, esquizofrenia e transtornos afetivos. Nenhum dos CAPS pesquisados proporciona capacitações aos profissionais da equipe, específicas para o desenvolvimento do trabalho com os idosos. O estudo revelou dificuldades em relação à efetivação de princípios como a equidade e integralidade no atendimento

aos idosos nos CAPS, uma vez que nenhum dos serviços investigados desenvolve atividades direcionadas especificamente aos idosos. Evidenciou-se que os processos de Reabilitação Psicossocial desenvolvidos pelos CAPS ocorrem por meio do Projeto Terapêutico Singular, que é desenvolvido de acordo com as necessidades singulares de cada usuário. Esses processos têm gerado resultados positivos na vida dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde Mental. Transtornos mentais.

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon which has been producing needs and social demands, requiring a new look at the elderly and appropriate policy responses of the state and society. In this context, it is imperative that they be made adjustments in work processes and forms of management of health services, given the complex demands and needs of this population. This study presents the research developed during the course of the Master in Social Work in Graduate PUCRS Program, which had as main objective to analyze how the attention to the elderly with mental disorder is developed in community mental health services - PCC in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul in order to contribute to the qualification of attention to this segment. The research is qualitative in nature and guided by the dialectical-critical framework, based on all categories, historicity and contradiction. The explanatory categories of reality were elected: Aging, Mental Health and Psychosocial Rehabilitation. Data collection was performed in 6 mental health services in the city of Porto Alegre, which were interviewed, six professional and five elderly users, totaling 11 participants. The sample selection criteria were: users aged 60 or older, of both sexes, in attendance at PCC and with enough cognitive ability to answer the questions, according to professional indication responsible for monitoring and professionals working the technical teams of PCC with higher education. The investigative proposal was submitted to the Scientific Committee of the School of Social Service, the Ethics Committee of the same University and the other Ethics Committees of the institutions partakers. The technique used for collecting data was the semi-structured interviews and data were subjected to content analysis. From the data analysis, it was found that the main demands of care presented by the elderly in PCC are related to depressive disorders, dementias, schizophrenia and affective disorders. None of the surveyed PCC provides training to staff of professionals, specific to the development of the work with the elderly. The study revealed difficulties in relation to the effectiveness of principles such as fairness and integrity in elder care in PCC, since none of the services investigated develops activities directed specifically to the elderly. It was evident that the Psychosocial Rehabilitation processes developed by PCC occur through Singular Therapeutic Project, which is

developed according to the unique needs of each user. These processes have generated positive results in the lives of elderly's.

Keywords: Aging. Mental health. Mental disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da amostra	36
Quadro 2: Características dos usuários	90
Quadro 3: Características dos profissionais	94
Tabela 1: atendimentos realizados nos CAPS	95
Quadro 4: Reabilitação Psicossocial	111
Figura 1: Rede de Atenção à Saúde Mental.....	117
Figura 2: Rede de Atenção Psicossocial.....	118
Quadro 5: Serviços da Rede ampliada de Atenção à Saúde Mental, acessados pelos idosos.	122

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 O CAMINHO PERCORRIDO NA BUSCA DO CONHECIMENTO DA REALIDADE	24
2.1 MÉTODO DIALÉTICO-CRÍTICO E AS CATEGORIAS EXPLICATIVAS DA REALIDADE	26
2.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	32
2.3 ASPECTOS ÉTICOS	39
3 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A E SUAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES..	41
3.1 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA	41
3.2 TRANSTORNOS MENTAIS X SAÚDE MENTAL NA VELHICE	53
3.3 POLÍTICAS DE PROMOÇÃO AOS DIREITOS DO IDOSO	65
4 DESCORTINANDO A REALIDADE: A ATENÇÃO AOS IDOSOS NOS CAPS....	79
4.1 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA MATERIALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	79
4.2. O ATENDIMENTO NOS CAPS NA VOZ DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	89
4.3 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DESENVOLVIDA NOS CAPS	107
4.4 REDE AMPLIADA DE ATENÇÃO Á SAÚDE MENTAL E OS CAPS.....	115
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL	145
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO USUÁRIO.....	146
APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DO PROFISSIONAL	147
APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DO USUÁRIO.....	150
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PUCRS	154
ANEXO B- FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	155
ANEXO C- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC).....	156
ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (GHC).....	157

ANEXO E- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (SMSPA).....	158
ANEXO F- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (PUCRS)	159
ANEXO G- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (HOSPITAL MÃE DE DEUS).....	160

1 INTRODUÇÃO

*“A maior riqueza do homem é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou - eu não aceito.
Não aguento ser apenas um sujeito que abre
portas,
Que puxa válvulas, que olha o relógio,
Que compra pão às 6 horas da tarde,
Que vai lá fora, que aponta lápis,
Que vê a uva etc. etc.
Perdoai
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas”.*
Manoel de Barros (1998).

Inicia-se esse estudo com um poema do poeta Manoel de Barros que remete a uma reflexão acerca do ser inacabado. A noção de incompletude é o que motiva o ser humano em sua trajetória de vida, seja pessoal, profissional ou acadêmica, a buscar conhecimento e novas experiências. A inquietação com a realidade aparente suscita o interesse em conhecer realidades distintas, questionando-as. Nesse processo de incertezas e angústias é que nasce a transformação, tanto do real, quanto da própria pesquisadora em seus diferentes papéis sociais. A condição de inconclusão é o que impulsiona ressignificações e superações. Nesse sentido, a presente pesquisa possibilitou a compreensão de que entre a lagarta e a borboleta existe o casulo, ou seja, tão importante quanto os resultados encontrados durante a investigação, foi o processo percorrido para que se chegasse ao real concreto. A lagarta nunca se transformará em uma linda borboleta se não se permitir romper com o casulo. Assim, somente a partir de diversas aproximações com o objeto de estudo, rompendo com preconceitos é que foi possível chegar a uma totalidade provisória, porém com a consciência de estar ainda distante da completude, *“preciso ser outros”*.

Dessa forma, a saída do casulo para a transformação se deu por meio da pesquisa desenvolvida acerca da atenção à saúde mental da população idosa. Esse estudo exigiu da pesquisadora conhecer uma realidade em que os idosos são atingidos pelo discurso ambíguo do Estado, que ora propõe assegurar-lhes direitos e

proteção, ora os torna objeto de discriminação e preconceito pela população não idosa que os vê como um peso ao sistema previdenciário e um ônus a saúde pública. Além disso, são alvos de discursos, que constantemente lhes confere o compromisso de envelhecer ativamente e com qualidade de vida (NERI, 2007).

O projeto investigativo intitulado “Qualidade da Atenção aos Idosos com Sofrimento Psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS” é resultado das experiências vivenciadas pela mestranda, durante seu processo de formação, enquanto acadêmica do curso de Serviço Social. Tais experiências decorreram de sua atuação como estagiária em um serviço de Saúde Mental, onde teve contato com usuários que sofriam violações de direitos, encontravam-se muito fragilizados, além de incluídos precariamente na sociedade. A partir desse contexto evidenciado, a acadêmica elaborou uma proposta de intervenção que teve como objetivo central desenvolver atividades que oportunizassem a vinculação dos usuários de um residencial privado, nos serviços disponíveis no território, a fim de contribuir para a garantia do direito à autonomia destes sujeitos. A referida proposta interventiva foi formulada, devido ao contexto de segregação e fragilização da autonomia, ao qual estavam inseridos esses usuários. Esse trabalho resultou, posteriormente, na materialização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “O Serviço Social na Saúde Mental: desafios para a efetivação do direito à autonomia¹” (ALVES, 2011).

A participação da mestranda como bolsista de iniciação científica no Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais - NEDEPS, onde atuou junto aos projetos de pesquisas na área da Gerontologia Social, também teve significativa relevância para a escolha do tema a ser pesquisado. Sua atuação se deu em investigações acerca da qualidade de vida do familiar cuidador de idosos com Alzheimer; do uso de substâncias psicoativas pela população idosa e sobre questões de gênero, aposentadoria e envelhecimento. Essa experiência lhe possibilitou grande aprendizado e interesse por temáticas que perpassam o idoso, a velhice e o processo de envelhecimento.

A motivação para conhecer a realidade enfrentada pelas pessoas idosas que necessitam utilizar os serviços de saúde mental emergiu a partir do conhecimento acerca dos muitos desafios enfrentados para a efetivação da Política de Saúde

¹ A monografia encontra-se publicada na Revista eletrônica da Graduação EDIPUCRS: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/13808>.

Mental, com suas diretrizes orientadas pela Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, buscou-se, por meio da construção desse projeto de pesquisa, congregando conhecimentos teórico-práticos sobre essas duas áreas do saber, isto é, Envelhecimento e Saúde Mental, com vistas ao desvendamento do seguinte questionamento: como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS atuam na atenção aos idosos com sofrimento psíquico?

Buscou-se aprofundar o conhecimento acerca dessa temática, uma vez que a população brasileira está envelhecendo de forma acelerada, trazendo implicações e demandas por serviços públicos de saúde de qualidade. Estudos e pesquisas evidenciam um significativo aumento da população idosa e, conseqüentemente, a redução expressiva do contingente de jovens em vários países. Essa parcela da população, segundo projeções, crescerá ainda mais nos próximos anos, tendo em vista as melhorias nas condições de vida da população e principalmente os avanços na área da saúde. Esse processo vem se consolidando há décadas nos países desenvolvidos que já dispõem de uma estrutura mais adequada ao atendimento das demandas da população idosa que se expressam cada vez mais. O Brasil, assim como vários países em desenvolvimento, acompanha essas mudanças na estrutura etária e já não é mais considerado um país de jovens, uma vez que a população idosa tem apresentado um significativo crescimento.

O aumento da longevidade é considerado uma conquista, resultado dos avanços científicos e tecnológicos que contribuíram para a queda da taxa de mortalidade, redução da taxa de natalidade, o aumento da expectativa de vida, mudanças nos hábitos alimentares e no cuidado com o corpo. Contudo, esse fenômeno assinala a possibilidade da pessoa idosa ser acometida por enfermidades degenerativas e crônicas, prejudicando sua autonomia, tornando-a, em muitos casos, dependente dos cuidados de outras pessoas e de serviços de saúde. A proporção de idosos que necessita dos serviços de saúde é propensa a ser cada vez maior e, apesar dos consideráveis avanços legais construídos nos últimos anos, é necessário preencher lacunas em relação ao apoio formal ofertado aos idosos e suas famílias, a fim de que a velhice seja associada a uma vida ativa e saudável. Percebe-se que diante de tantas transformações nos arranjos familiares percebidas nas últimas décadas, a família nem sempre possui condições de desempenhar o papel de principal provedora dos cuidados de seus familiares idosos. Nesse

contexto, o Estado assume uma grande responsabilidade na provisão de serviços que visem dar suporte ao idoso e sua família.

Consideram-se, portanto, necessárias mudanças nos serviços ofertados à população idosa, visando um atendimento integral e de qualidade a essas pessoas. Faz-se indispensável a qualificação dos profissionais que atuam junto aos idosos, ressaltando a importância da educação permanente. A velhice é uma fase do ciclo vital que traz consigo limitações, bem como doenças características, exigindo dos profissionais de saúde que atuam junto aos idosos, conhecimentos e cuidados específicos. Destaca-se, nesse contexto, a população idosa com transtornos mentais, tendo em vista que transtornos e doenças como a demência, depressão, alcoolismo e o uso irracional de medicamentos, entre outros, também afetam os idosos (CLEMENTE; FILHO; FIRMO, 2011; GORDILHO, 2002; SILVA, 2008). Assim, buscou-se realizar problematizações e esclarecimentos acerca dessa temática, uma vez que os idosos com transtornos mentais se encontram em situação de vulnerabilidade social, tendo em vista as várias mudanças que sofrem na fase da velhice, as quais desencadeiam consequências para a sua vida, sua família e para a sociedade em geral.

Além disso, grande parcela dessas pessoas é egressa de longos períodos em internações psiquiátricas, porém, a partir da Reforma Psiquiátrica necessita de atendimento na comunidade. Muitos não possuem vínculos familiares ou esses estão fragilizados, e, portanto, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, além de promover seu tratamento e reabilitação, possuem o papel de reinserir esses sujeitos na sociedade, buscando promover sua autonomia e cidadania.

Nessa perspectiva, o processo investigativo, que subsidiou esta sistematização, buscou desvendar, a partir das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa, suas experiências e percepções acerca de como os CAPS atuam na atenção aos idosos com transtornos mentais, tendo em vista as especificidades desse segmento populacional. Destaca-se a necessidade de compreender essa realidade de forma mais aprofundada, levando em consideração as condições concretas para que sejam efetivados os direitos preconizados nas legislações. A pesquisa denominada “Qualidade da atenção aos idosos com sofrimento psíquico nos Centros de Atenção psicossocial” objetivou analisar como a atenção à população idosa com sofrimento psíquico é desenvolvida nesses serviços do município de Porto Alegre, que são substitutivos aos hospitais psiquiátricos, em

consonância com a Reforma Psiquiátrica. Pretende-se com esse estudo, colaborar com as produções científicas relacionadas à área do envelhecimento, visto que existem poucas publicações relacionadas ao idoso no contexto da saúde mental.

Destaca-se que a elaboração de um projeto de pesquisa geralmente perpassa as aproximações do pesquisador com determinadas teorias e suas experiências vivenciadas ao longo de sua formação, suscitando-lhe o interesse em investigar determinadas áreas e temáticas. O problema ou objeto de pesquisa é um fragmento da realidade, isto é, um questionamento que necessita ser desvendado, compreendendo-se que esse objeto é passível de ser analisado em seus diversos aspectos, porém está relacionado a um contexto muito mais amplo e, portanto, não há como separá-lo do real. Além disso, normalmente está vinculado a outras descobertas feitas anteriormente (MINAYO, 2010), que podem ser por meio de consultas a diferentes fontes de informação e revisões bibliográficas acerca do tema selecionado, bem como de experiências práticas. É a partir do problema que nascem os objetivos, as questões que irão nortear a investigação e as categorias explicativas da realidade.

A fim de trazer novos conhecimentos e subsídios para responder o problema formulado, definiram-se as questões norteadoras, que podem ser compreendidas como problematizações secundárias que integram a construção central, devendo sintetizar as variáveis necessárias para a solução do problema de pesquisa. Ao invés de se apresentar uma hipótese principal, visando validá-la ou refutá-la, o investigador formula questões à realidade, que permitem a ampliação de possibilidades e processos sociais (PRATES, 2003). As questões norteadoras surgem das ideias contidas na definição do problema e dos objetivos da pesquisa. Podem apontar relações de associação, dependência, causalidade e frequências absolutas ou relativas (TRIVIÑOS, 2008). Nessa perspectiva, definiram-se os seguintes questionamentos que nortearam o estudo: quais são as demandas de atendimento apresentadas pelos idosos nos CAPS? De que modo a Reabilitação Psicossocial está sendo desenvolvida junto aos idosos com transtornos mentais, para atender as necessidades, especificidades e limitações próprias da velhice? Como se dá a capacitação da equipe para trabalhar com a população idosa com transtorno mental? Qual é a percepção dos idosos sobre o atendimento recebido nos CAPS?

Após a formulação do problema e das questões norteadoras, a próxima etapa foi a especificação dos objetivos da referida investigação, visto que toda pesquisa precisa apontar um objetivo para que o pesquisador saiba o que buscar e o que se pretende achar, tornando explícito o problema, ampliando os conhecimentos acerca do tema (MARCONI E LAKATOS,1996). Em outras palavras, o estabelecimento de objetivos serve para explicitar a finalidade, isto é, o “para que?” pretende-se pesquisar. Nesse sentido, o objetivo geral, em consonância com o objeto investigado, foi analisar de que forma a atenção à população idosa com transtorno mental é desenvolvida pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, do município de Porto Alegre, a fim de contribuir para a qualificação da atenção a este segmento populacional.

Os objetivos específicos consistem em: 1) caracterizar o atendimento dos idosos nos CAPS existentes no município de Porto Alegre; 2) analisar os processos de Reabilitação Psicossocial, desenvolvidos junto aos idosos com transtornos mentais nos CAPS; 3) analisar como é realizada a capacitação dos profissionais dos CAPS e se esta é voltada para a atuação junto a esse segmento populacional; 4) identificar a percepção dos idosos sobre o atendimento recebido nos CAPS. Para atingir tais objetivos foi preciso aproximações com os sujeitos que protagonizam a realidade vivenciada nesses dispositivos de atenção à saúde mental, a fim de dar voz a essas pessoas e buscar compreender os significados que eles atribuem ao seu cotidiano e às experiências que vivenciam no contexto pesquisado.

Constituiu-se como elemento fundamental para a realização da proposta investigativa, a constatação de que o expressivo aumento da população idosa, no Brasil, assim como em vários países, exige mudanças e iniciativas que visem à proteção deste segmento populacional. Em vista disso, enfatiza-se a necessidade de serem feitas adequações nos processos de trabalho e nas formas de gestão dos serviços, tendo em vista as complexas demandas e necessidades desta população.

Observa-se como consequência do envelhecimento da população, um crescimento nos problemas de saúde característicos dos idosos, bem como de transtornos mentais que afetam essa população. Além disso, muitas pessoas que já apresentavam algum tipo de sofrimento psíquico durante toda a vida, ou parte dela, agora estão envelhecendo exigindo assim, a ampliação dos serviços e políticas públicas voltadas a suas demandas. As doenças e/ou transtornos psiquiátricos dos idosos impactam negativamente na vida das pessoas envolvidas com seus

cuidados, e, portanto, a atenção à saúde do idoso representa uma das principais preocupações nos países subdesenvolvidos.

Nesse cenário, os CAPS se constituem como dispositivos importantes no processo de desinstitucionalização, e tornaram-se uma referência nas políticas de saúde mental, bem como um importante equipamento de formação de profissionais para o processo de Reforma Psiquiátrica. Os CAPS compõem a rede do Sistema Único de Saúde – SUS e têm a função de realizar atendimento às pessoas com transtornos mentais graves, num determinado território, oferecendo cuidados clínicos e de Reabilitação Psicossocial². São substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e devem possibilitar o exercício da cidadania e da inserção social dos usuários e de seus familiares na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade (BRASIL/MS, 2004).

Cabe destacar que uma parcela da população atendida por estes serviços é idosa e atualmente dispõe de uma rede fragilizada ou mesmo inexistente. Essas pessoas possuem características, necessidades e demandas específicas, que devem ser levadas em consideração para o sucesso do processo de Reabilitação Psicossocial. Em virtude destas questões, caracterizar os serviços e analisar como se dá a atenção aos idosos nesses serviços tornou-se além de uma questão de pesquisa; uma questão ética. O Serviço Social tem como um dos princípios fundamentais, inscritos no Código de Ética profissional do Assistente Social, o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 1993).

A presente Dissertação é composta por cinco capítulos, sendo que o primeiro apresenta a introdução do trabalho. No segundo capítulo explicitam-se as etapas que envolveram a sistematização do processo de pesquisa, desde a aprovação do projeto de pesquisa na Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social e no Comitê de Ética da Universidade, até a coleta e análise dos dados. Ainda nesse capítulo, destacam-se, as dificuldades enfrentadas pela mestranda quanto à aprovação nos Comitês de Ética das Instituições coparticipantes para a realização

² Compreende-se a Reabilitação Psicossocial como um processo que tem como objetivo oportunizar a inserção de usuários com transtornos mentais na rede de serviços disponíveis na comunidade, promovendo sua autonomia, participação e o estabelecimento de relações sociais. Este conceito será abordado no item 4.3.

da coleta de dados. O terceiro capítulo apresenta discussão e problematização sobre o processo de envelhecimento, os principais transtornos mentais que acometem a população idosa e as políticas de promoção aos direitos dos idosos.

No Brasil e no mundo têm sido construídas políticas de saúde mental comprometidas com o desenvolvimento de novas formas de cuidado, visando à melhoria da qualidade de vida, a garantia dos direitos de cidadania e o combate às formas de violência, exclusão e estigma, de que são alvo as pessoas com transtornos mentais. Tais políticas, surgidas no Brasil, principalmente a partir da Reforma Psiquiátrica, têm se caracterizado pela redução significativa de leitos em hospitais psiquiátricos e pela implantação de serviços substitutivos baseados na comunidade. Nesse sentido, o capítulo quatro tem como finalidade apresentar os resultados da investigação realizada nos CAPS, desvendando-se elementos que compõem a atenção aos idosos com transtornos mentais nesses serviços. Inicialmente, situa-se esse dispositivo de atenção à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, expondo os principais marcos, considerados significativos para a compreensão da atual política. Serão enfatizados também, alguns aspectos que ainda necessitam avançar para garantir a efetivação da política. Posteriormente, explicita-se como é caracterizado o atendimento aos idosos, como são desenvolvidos os processos de Reabilitação Psicossocial junto à essa população, como se dá a capacitação dos profissionais para atuarem com essa população e a percepção dos idosos em relação aos serviços prestados pelos CAPS. Por último, no capítulo cinco apresentam-se as considerações e proposições.

A intenção desta pesquisa foi de provocar questionamentos e produzir conhecimento, disponibilizando dados e informações a respeito do trabalho desenvolvido por esses serviços junto à população idosa com transtorno mental. Pretendeu-se, também, a partir desse estudo, contribuir com a formulação de alternativas para a qualificação destes serviços, bem como subsidiar tomadas de decisões no que se refere às políticas públicas voltadas ao idoso com transtorno mental.

2 O CAMINHO PERCORRIDO NA BUSCA DO CONHECIMENTO DA REALIDADE

O processo de desvendamento da realidade pressupõe aproximações com diversas áreas do conhecimento e teorias científicas, mas, sobretudo, com os atores que estão inseridos na realidade que se busca conhecer e suas condições objetivas de vida. A pesquisa é um importante instrumento no desocultamento do fenômeno em sua aparência, é um “procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento” (ANDER-EGG, 1978, p.28). Possibilita o entrelaçamento entre teoria e a realidade investigada, norteando a leitura dessa realidade, por meio de sistematização e tratamento científico, visando possíveis propostas de sua transformação. Nesse contexto, destaca-se o pesquisador da área do Serviço Social, tendo em vista o caráter interventivo da profissão.

A possibilidade de desencadear, através da investigação, um processo comprometido com o desenvolvimento de ações organizativas e educativas aqui é tão importante quanto a obtenção de dados que comprovem aspectos sobre determinado fenômeno social. Neste sentido, a investigação assume uma potencialidade interventiva, de suma importância, especialmente para profissões, como o Serviço Social, que tem essa característica como parte de sua identidade (PRATES, 2003, p. 5).

O método científico possibilita que a realidade social seja reconstruída superando o senso comum, por meio de um processo de categorização que vincula de forma dialética o teórico e o empírico (MINAYO, 2002). Nessa perspectiva, o contato com os idosos com transtornos mentais e com os profissionais que atuam junto a essa população foi de fundamental importância para se obter elementos acerca do objeto, o qual pretendeu-se analisar com a realização da presente pesquisa, bem como sobre as relações que se estabelecem entre esse objeto e os sujeitos participantes da pesquisa. Permitiu ainda, a articulação entre os conhecimentos adquiridos anteriormente acerca da temática investigada e os dados comprovados na realidade concreta, viabilizando assim, a construção de sínteses provisórias.

O processo investigativo contemplou a opção pela abordagem qualitativa, tendo em vista o entendimento de que para se compreender uma realidade no sentido mais profundo, é de fundamental importância a valorização de opiniões, sentimentos, histórias, entre outros aspectos extraídos das falas dos participantes e não somente o ponto de vista do pesquisador. Ressalta-se que esses sujeitos são

protagonistas de uma realidade em constante movimento, e, portanto, torna-se necessária a compreensão dos diferentes significados e interpretações sobre determinado assunto.

A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...] a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2002, p. 21).

A pesquisa qualitativa de enfoque dialético, além da busca dos significados procura apreender a essência do fenômeno que vai além de sua aparência. Busca nas raízes, captar suas causas, explicando sua gênese, suas relações e modificações, avançando assim na compreensão de seus aspectos evolutivos e nas implicações que terão na vida dos sujeitos. O investigador qualitativo preocupa-se não apenas com o resultado final, mas também com o processo em si, compreendendo o fenômeno em sua totalidade (TRIVIÑOS, 2008).

A pesquisa, segundo Marconi e Lakatos (1996) sempre se inicia, a partir de um problema, ou seja, um questionamento. Desse modo, ela busca trazer respostas a essa indagação e para isso requer um planejamento cuidadoso e detalhado sobre as etapas percorridas pelo pesquisador para alcançar os objetivos definidos pela pesquisa. A sistematização dos elementos que compõem essas etapas durante o processo de investigação, configura-se como a metodologia da pesquisa, que ocupa um lugar central na investigação, “uma vez que ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada pela teoria” (MINAYO, 2010, p. 44).

A metodologia não se refere simplesmente à descrição dos procedimentos utilizados na pesquisa, mas vai além, sinaliza a escolha teórica utilizada pelo pesquisador para compreender o fenômeno objeto de investigação. Dessa forma, além do problema, das questões norteadoras, da definição dos objetivos, amostra, seleção de técnicas e instrumentos, aspectos éticos, coleta de dados, forma de análise e interpretação dos dados, a metodologia compreende a opção por um referencial teórico e epistemológico, que será apresentado no decorrer desse trabalho.

2.1 MÉTODO DIALÉTICO-CRÍTICO E AS CATEGORIAS EXPLICATIVAS DA REALIDADE

A presente investigação orientou-se pelo método dialético-crítico, fundamentado nas contribuições marxianas, pois compreende-se que o mesmo permite uma maior aproximação da realidade e o desvendamento dos fenômenos sociais. Através do método dialético-crítico busca-se incidir profundamente na análise dos fenômenos sociais, tendo em vista que o real se apresenta de forma móvel, múltipla, diversa e contraditória (LEFEBVRE, 1995). O método possibilita a reconstrução de conexões que demonstram como o universal se particulariza em uma determinada singularidade e de que modo essa singularidade contém o universal e é determinada por ele. O método materialista-histórico é explicitado na obra “O capital”, no posfácio da 2ª edição, quando Marx cita um trecho do texto de um de seus críticos comentando sobre o seu método.

Para Marx, só importa uma coisa: descobrir a lei do fenômeno de cuja investigação ele se ocupa. E para ele é importante não só a lei que os rege, à medida que eles têm forma definida e estão numa relação que pode ser observada em determinado período de tempo. Para ele o mais importante é a lei de sua modificação, de seu desenvolvimento, isto é, transição de uma forma para outra, de uma ordem de relações para outra. Uma vez descoberta essa lei, ele examina detalhadamente as consequências por meio das quais ela se manifesta na vida social [...] (MARX, 1983, p. 34).

Dessa maneira, é possível que o pesquisador apreenda o fenômeno não apenas como se apresenta no resultado final, mas também como todo o movimento que o produziu, levando-se em consideração os diversos aspectos que compõem a realidade social. A leitura da realidade, a partir do método possibilitou a articulação dos diferentes fatores políticos, econômicos, sociais e culturais que compõem os fenômenos, contribuindo assim para o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa. Ressalta-se que o método dialético-crítico, fundamentado no materialismo-histórico permite a apreensão do conhecimento, que ocorre do fenômeno a sua essência e da essência mais superficial a mais profunda, sendo um processo ilimitado, que representa o universal concreto. Pressupõe a transformação e superação do pensamento, a apreensão de conexões cada vez mais profundas, alcançando e capturando de maneira consistente as contradições e o movimento (LEFEBVRE, 1995). A opção por esse referencial teórico orienta-se por uma concepção de homem como ser social e histórico, parte de um contexto mais amplo,

determinado por múltiplos fatores e como transformador da realidade que está em constante movimento.

A investigação tem de se apoderar da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode adequadamente descrever o movimento (MARX, 2002, p. 28).

O método busca, no processo de pesquisa, conhecer as condições subjetivas e objetivas, o movimento de luta dos contrários que constituem os fenômenos sociais contextualizados e entrelaçados à luz da totalidade e a interação entre dados quantitativos e qualitativos, método e teoria, razão e sensibilidade. Considera-se esse método marxiano o mais eficaz, pois permite que a investigação seja relacionada e voltada para a realidade social e para intervenções concretas, a fim de transformá-la, superando as pesquisas que se propõem simplesmente a observação dos fenômenos, por estudos comprometidos com as temáticas e os sujeitos pesquisados (PRATES, 2003). Dessa forma, as investigações orientadas pelo método dialético-crítico buscam ir além do olhar estático do modo como outras abordagens compreendem determinado fenômeno. Ressaltam as contradições, a dinâmica e os aspectos históricos da realidade em estudo. Através de sua visão crítica pretendem descobrir não somente o conflito das interpretações, mas também o conflito de interesses, manifestando um compromisso com a transformação dos fenômenos investigados, sempre levando em consideração sua dimensão histórica (GAMBOA, 2004). Para a explicação desses processos o método utiliza-se de categorias analíticas. No presente estudo as categorias elencadas para nortear a investigação foram a totalidade, historicidade e contradição e foram adensadas no decorrer desse trabalho.

[...] as categorias possuem simultaneamente a função de intérpretes do real e de indicadores de uma estratégia política [...]. Por isso é importante considerar o contexto, porque é ele que possibilita que as categorias não se isolem em estruturas conceituais puras, mas se mesclam de realidade e movimento (CURY, 2000, p. 21).

As categorias são conceitos que refletem aspectos gerais e essenciais do real, suas conexões e relações e surgem da análise da multiplicidade dos fenômenos. Como já mencionado, o enfoque dialético-crítico reconhece a importância do contexto social como elemento determinante na vida dos sujeitos. Nesse sentido, o indivíduo, enquanto parte desse processo recíproco de relações

não pode ser compreendido de forma fragmentada, mas a partir de sua totalidade. A categoria totalidade compreende que o fenômeno deve ser apreendido como um todo articulado e conectado que está em permanente movimento e processo de transformação.

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (KOSIK, 1976, p. 42).

Na perspectiva da totalidade, o fenômeno objeto de estudo deve ser compreendido como parte de uma conjuntura mais ampla, nesse sentido, o todo não se refere à soma dos fatos, mas ao conjunto formado pelas partes interligadas umas às outras. Na análise do fenômeno busca-se superar as primeiras percepções que se tem sobre o objeto, superando o imediato, estabelecendo relações entre as partes e o todo que compõem a totalidade, saindo da pseudoconcreticidade para o plano concreto (KOSIK, 1976), para conhecer o objeto em sua essência, além da aparência. Destaca-se que a busca da compreensão de uma categoria remete às outras. Logo, para a apreensão do fenômeno em sua totalidade, é fundamental o conhecimento de sua historicidade, percebendo-se a complexidade das relações, mediações, e das contradições que se produzem no movimento do real.

A historicidade, na concepção dialética, pressupõe que o homem é o construtor da história, a partir de sua organização em sociedade e que em todo o fenômeno há um processo histórico, relacionado ou em conflito com outros fenômenos. Nesse sentido, o homem em sua interação com o mundo exerce influência sobre ele, modificando-o, porém, essa transformação sempre ocorre partindo do que já existe, não havendo necessidade de começar sempre do início.

A história só é possível quando o homem não começa sempre de novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes. Se a humanidade começasse sempre do princípio e se toda ação fosse destituída de pressupostos, a humanidade não avançaria um passo e a sua existência se escoaria no círculo da periódica repetição de um início absoluto e de um fim absoluto (KOSIK, 1976, p. 218).

A análise, a partir dessa categoria, pressupõe a necessidade de rever e conhecer processos que ocorreram no passado para compreender de que forma esses processos impactam na forma de organização e funcionamento da sociedade

na atualidade, tendo em vista que a realidade estará sempre relacionada aos seus antecedentes históricos. O novo surgirá dando continuidade à história, superando fases anteriores, conservando, porém, traços possíveis dessas fases. Nessa perspectiva, a categoria historicidade assume papel de destaque, pois para Marx não existe nenhum aspecto da realidade humana acima ou fora da história, sendo que muitos persistem ao longo da história. Desse modo, o movimento da história é atravessado por superações dialéticas e em cada mudança existe uma negação, mas também uma preservação do que já existia. Mudança e conservação são categorias que não podem ser pensadas uma sem a outra. Não há como avaliar nenhuma mudança concreta sem compreendê-la como transformação de uma realidade conectada e com capacidade de perdurar (KONDER, 1981). Destaca-se que a produção científica é reconhecida como uma categoria histórica, tendo em vista que é resultado da ação transformadora do homem, que está em constante evolução e que serve de mediação entre o sujeito e o objeto. O homem como sujeito, através do pensar e o agir, da condução entre teoria e prática transforma a natureza (GAMBOA, 2004). Para se compreender a ciência necessita-se buscar o estudo no passado como suporte e base do novo, a ser descoberto.

No que tange à categoria contradição, destaca-se que o movimento, o desenvolvimento e as mudanças que originam o novo têm sua gênese nessa categoria. Pela lei da contradição compreende-se que há uma interação permanente entre elementos situados em posições opostas, e que um desses elementos não existe sem o outro. Compreendendo dialeticamente, tanto em cada elemento como no próprio conflito entre os mesmos, existe movimento. E dessa interação permanente ente os opostos surge alguma semelhança (a identidade), ao mesmo tempo em que há diferença, pois na diferença está a origem da contradição. A partir desse conflito, surge um novo elemento, com características diferentes dos polos opostos, ocorrendo uma transformação (LEFEBVRE, 1995). O movimento desses elementos contrários é o que faz com que o movimento do real modifique-se constantemente.

As conexões íntimas que existem entre realidades diferentes criam unidades contraditórias. Em tais unidades, a contradição é essencial: não é um mero defeito do raciocínio. Num sentido amplo, filosófico, que não se confunde com o sentido que a lógica confere ao termo, a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem. A dialética não se contrapõe à lógica, mas vai além da

lógica, desbravando um espaço que a lógica não consegue ocupar (KONDER, 1981, p. 24).

Nesse sentido, a contradição é mais do que uma categoria de análise e interpretação, pois é inerente ao real, é o princípio básico da existência do homem. A relação de movimento e de incerteza do devir permite a existência de novas possibilidades, ainda que opostas. As unidades contrárias e o devir não se excluem um ao outro, mas se conectam reciprocamente, complementando-se e superando-se. Portanto, as pesquisas de enfoque dialético buscam identificar, através de sucessivas aproximações, as contradições presentes na realidade que constituem e determinam o fenômeno, objeto de investigação, em sua totalidade.

Cabe esclarecer que essas categorias aqui destacadas precisam ser evidenciadas e ganhar maior visibilidade no aprofundamento teórico e na análise dos dados. A investigação procurou destacar os diferentes contextos históricos e elementos que marcaram a trajetória, tanto da Política de Saúde Mental, quanto dos avanços e perspectivas em relação aos direitos dos idosos. Buscou-se ainda, elucidar e problematizar as contradições que perpassam a realidade a qual o objeto de estudo está inserido, almejando a construção de totalizações provisórias acerca do fenômeno da atenção aos idosos com transtornos mentais.

Para uma compreensão mais ampla sobre o tema dessa investigação, buscou-se o aprofundamento teórico, a partir das problematizações acerca das categorias explicativas da realidade. Essas categorias se referem a determinados conceitos teóricos que são utilizados para possibilitar a compreensão dos fenômenos. Apesar de serem elencadas previamente, as categorias não estabelecem um número determinado, uma vez que novas categorias surgem à medida que o homem desenvolve ações atuando junto à natureza e sociedade, buscando desvendá-las e transformá-las. Dessa forma, estão em constante movimento e se alteram, enriquecendo seu conteúdo de acordo com os avanços no conhecimento (TRIVIÑOS, 2008). As categorias explicativas da realidade delimitadas anteriormente foram: Envelhecimento, Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial. São consideradas centrais na pesquisa, pois perpassam a abordagem da temática em todo o processo de construção da investigação.

O envelhecimento, enquanto processo que envolve diversos aspectos – biológicos, psicológicos e sociais – é complexo, e, portanto, requer um conhecimento aprofundado sobre as suas múltiplas dimensões, tendo em vista as

implicações desse processo na sociedade como um todo. O envelhecimento da população é uma realidade no país, que produz demandas por políticas sociais que visem garantir a proteção e os direitos sociais aos idosos. Constata-se, entretanto, que ao mesmo tempo em que houve significativos avanços sociais e científicos que possibilitaram a maior longevidade da população, existem desafios e limites estruturais que impactam negativamente na melhoria das condições de vida e saúde dos idosos, e conseqüentemente em sua qualidade de vida. Nesse contexto, faz-se necessário dar visibilidade a essas demandas para que se possa subsidiar a formulação de tais políticas. Assim, a presente investigação buscou situar a categoria envelhecimento no bojo das discussões e problematizações realizadas no decorrer dessa Dissertação.

A categoria Saúde Mental também é evidenciada ao longo dos capítulos, e se refere à relação dialética entre o processo saúde/doença mental. Pretendeu-se não priorizar a doença mental e seus sintomas em detrimento da saúde mental e das condições necessárias para sua efetivação. Assim, buscou-se ir além no processo de conhecimento, por meio de respostas e explicitações que ultrapassassem esclarecimentos meramente técnicos, penetrando nas necessidades universais e coletivas do indivíduo. Essa categoria possibilitou a compreensão das necessidades das pessoas com transtornos mentais, a apreensão de sua realidade estigmatizada e segregada vivenciada ao longo da história, bem como a organização e o tratamento que a sociedade e o Estado dão em relação a essas pessoas. Todos esses conhecimentos propiciaram a construção de um novo saber, trazendo à tona discussões acerca dos processos de violência, marginalização, preconceito e privação de direitos que sofrem as pessoas com transtornos mentais, colocando no centro a pessoa em sofrimento e não a doença em si, visando não mais reduzir a pessoa que está fora da “anormalidade” ao órgão doente, valorizando sua história e sua subjetividade.

No que tange a categoria Reabilitação Psicossocial, ressalta-se sua importância no contexto da atenção aos idosos com transtornos mentais, visto que, seu objetivo é desenvolver “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 1996, p. 16). Esse processo contempla a valorização das habilidades de cada sujeito, as práticas terapêuticas que buscam promover o exercício da cidadania, bem como a postura das pessoas

que circundam os sujeitos com transtornos mentais, sejam profissionais, usuários, familiares e a sociedade em geral. A Reabilitação Psicossocial visa propiciar ao usuário oportunidades para que ele possa ampliar suas trocas materiais e afetivas que são muito importantes na perspectiva de negociação. Trata-se de não tentar adaptar o sujeito ao que é considerado dentro da “normalidade”, mas trabalhar na busca do estabelecimento de vínculos sociais possíveis e no exercício daquilo que o sujeito é capaz, tendo em vista que pequenas modificações podem significar grandes progressos (PEREIRA et al. 2013). Buscou-se nessa investigação, em consonância com o objetivo geral, identificar e compreender como os processos de Reabilitação Psicossocial são desenvolvidos junto aos idosos, tendo em vista suas particularidades e especificidades e se na prática é efetivado o que está estabelecido nas diretrizes legais. Ressalta-se que essas três categorias explicativas da realidade foram adensadas ao longo dessa Dissertação.

2.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Várias etapas envolveram a elaboração e o desenvolvimento do processo investigativo. Inicialmente, realizou-se revisão bibliográfica acerca da temática e das categorias explicativas da realidade mencionadas anteriormente. A revisão bibliográfica foi baseada em legislações, livros, revistas científicas, artigos, dissertações e teses, entre outros materiais. O estudo deu continuidade, a partir do mapeamento dos CAPS existentes em Porto Alegre. Esse mapeamento foi realizado por meio de consulta à página eletrônica da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e por contatos, via telefone e e-mail, com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a qual forneceu uma listagem contendo todos CAPS que atendem adultos no município e os respectivos telefones e endereços. Considera-se esse movimento inicial da pesquisa como exploratório, pois de acordo com (GIL, 1999), as pesquisas exploratórias, são desenvolvidas com a intenção de possibilitar uma visão geral de determinado assunto, quando este é pouco explorado, o que acaba dificultando a formulação de hipóteses. Observa-se que há poucos estudos relativos à população idosa com transtornos mentais. Nesse sentido, a temática abordada constituiu-se de um tema que necessitou ser explorado, através de levantamento documental, bem como de exploração de campo, que envolveram os primeiros contatos com os

serviços que compuseram o universo da pesquisa, a definição dos critérios de amostragem e delimitação do número de participantes a serem entrevistados.

Após a realização do mapeamento e contatos com os serviços, foi iniciado o processo de coleta dos dados. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, com a predominância de questões abertas. Considerada por alguns autores como “o instrumento por excelência da investigação social” (MARCONI; LAKATOS, 1996, P. 84), a entrevista é um procedimento utilizado com a intenção de construir informações sobre determinado objeto, a partir de uma conversa entre duas pessoas ou mais. A entrevista semiestruturada congrega perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao sujeito entrevistado que pense e fale sobre o tema em questão sem que fique preso somente à pergunta formulada pelo pesquisador (MINAYO, 2002).

A identidade dos participantes foi preservada e garantida mediante a elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B), que teve como objetivo o esclarecimento acerca da finalidade do estudo, do sigilo profissional e da relevância de sua participação. Destaca-se que os cuidados éticos na pesquisa social, conforme May (2004, p.76), não se referem somente aos interesses do pesquisador, mas também dos sujeitos participantes da pesquisa. Nesse sentido, as decisões éticas “preocupam-se com o que é certo e justo, com os interesses não apenas do projeto, dos seus patrocinadores ou funcionários, mas também de outros participantes”.

Foram elaborados dois formulários³ de entrevista: um destinado aos profissionais dos CAPS pesquisados (Apêndice C) e outro destinado aos idosos com transtornos mentais, usuários desses serviços (Apêndice D), que constituíram os participantes da pesquisa. As questões presentes nos formulários estão de acordo com o objetivo geral e específicos, visando também responder as questões norteadoras.

A entrevista possibilitou a apreensão de ricas informações acerca de como a atenção aos idosos é desenvolvida nos CAPS. A partir das narrativas dos profissionais foi possível, dentre tantas outras informações, o conhecimento sobre

³ Os formulários foram elaborados com base nos formulários da pesquisa “Serviços Ofertados pelas Políticas de Saúde e Assistência Social disponíveis para idosos que fazem uso de substâncias psicoativas na região metropolitana de Porto Alegre” (BULLA, 2012), desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais – NEDEPS.

como o atendimento e a Reabilitação Psicossocial é desenvolvida com os idosos atendidos, sobre as principais dificuldades enfrentadas para trabalhar com essa população, bem como se a instituição proporciona capacitação para seus funcionários a trabalharem com a população idosa com transtornos mentais. Também foram identificados os serviços da rede com os quais a instituição se articula e algumas fragilidades, tanto do serviço, quanto da rede, que impossibilitam ou dificultam o trabalho desenvolvido junto à população idosa. No que se refere às entrevistas realizadas com os idosos usuários, foi possível conhecer sua percepção em relação ao serviço oferecido pelo CAPS, sobre o conhecimento de seus direitos, sobre o seu olhar acerca dos processos de Reabilitação Psicossocial e se compreendem ou não que estão de acordo com seus interesses e limitações, bem como sobre sua rede de apoio e os resultados da reabilitação em suas condições de saúde e em suas relações sociais.

As entrevistas foram realizadas com profissionais que compõem as equipes técnicas dos CAPS e idosos em atendimento nesses serviços, tendo como lócus seis CAPS de Porto Alegre. O universo de uma investigação é condicionado ao tema a ser pesquisado, porém a amostra se refere à parcela desse universo, ou seja, aquela que efetivamente será submetida à verificação, sendo definida a partir de uma técnica específica de amostragem (MARCONI; LAKATOS, 1996). Nesse sentido, o universo da pesquisa é constituído pelos 18 serviços de saúde mental existentes em Porto Alegre, que atendem a população adulta. Desse universo, inicialmente foi extraída a amostra, composta pelos nove CAPS que atendem adultos. Dentre esses, dois são CAPS Álcool e Drogas (AD) II, três são CAPS Álcool e Drogas (AD) III e quatro são CAPS II⁴.

Em cada um desses serviços pretendia-se, inicialmente, entrevistar um profissional, um gestor e um idoso, totalizando 27 participantes. Entretanto, como a realidade é dinâmica e está em constante movimento, no decorrer do processo investigativo compreendeu-se que o tamanho dessa amostra seria muito grande para uma pesquisa qualitativa que se propõe a analisar falas e depoimentos com profundidade. Além disso, tornou-se inviável a realização de entrevistas com esse número de pessoas, devido ao curto tempo disponível para a coleta de dados, tendo

⁴ Cada modalidade de CAPS de acordo com suas especificidades será explicitada no item 4.1.

em vista ainda, os entraves e a demora para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. Dessa forma, optou-se por excluir da amostra os gestores e realizar entrevistas apenas com os profissionais e usuários idosos.

Cabe esclarecer que das nove instituições, três foram excluídas da amostra, uma vez que o Comitê de Ética de uma delas não aprovou o projeto de pesquisa, alegando constar pendências; outro serviço também informou não ter disponibilidade para receber pesquisadores no momento, devido ao grande volume de atendimentos e o insuficiente quadro de profissionais para dar conta de toda essa demanda. Também não foi possível a coleta de dados em outro serviço, devido à dificuldade de contato com a coordenação para a autorização da pesquisa. Assim, a amostra final, após as alterações, foi composta por seis CAPS que atendem adultos em Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada com 11 participantes.

Tendo em vista que o número de participantes poderia variar de acordo com as necessidades apresentadas no trabalho de campo, foi utilizada a amostragem não probabilística intencional. Nesta amostragem, “o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela” (MARCONI; LAKATOS, 1996, p. 52). A escolha dessa amostragem se deu, devido ao desconhecimento prévio se os CAPS de Porto Alegre possuíam idosos com em atendimento no momento da coleta de dados, bem como da disponibilidade dos profissionais em participar da pesquisa.

Foram incluídos na amostra homens e mulheres idosos, a partir dos 60 anos, que se encontravam em atendimento nas referidas instituições no período da coleta de dados. Foram entrevistados cinco idosos, sendo que em uma das instituições visitadas não havia idoso disponível no momento para a realização da entrevista e, apesar de inúmeros esforços a fim de manter contato com esse serviço para a indicação de um idoso, não se obteve sucesso. Os usuários idosos que não possuíam condições cognitivas para responderem às questões, de acordo com indicação de profissional responsável por seu acompanhamento não fizeram parte da amostra.

No que tange à amostra de profissionais, foram entrevistados seis profissionais, sendo um em cada CAPS. Os critérios de inclusão e exclusão da amostra podem ser visualizados de forma clara no quadro abaixo.

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da amostra

PARTICIPANTES	CRITÉRIOS	
	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
IDOSOS	Usuários com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, em atendimento nos CAPS e com capacidade cognitiva suficiente para responder as questões, de acordo com indicação de profissional responsável por seu acompanhamento.	Usuários com 60 anos ou mais, sem condições cognitivas para responder as questões, de acordo com indicação de profissional responsável por seu acompanhamento.
PROFISSIONAIS	Profissionais que atuam nas equipes técnicas dos CAPS que possuem nível superior de formação.	Profissionais das equipes técnicas dos CAPS que não se dispuseram a responder a pesquisa e que não possuem nível superior de formação.

Fonte: Pesquisa “Qualidade da Atenção aos idosos com sofrimento Psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial” (ALVES, 2014).

A partir da aprovação da pesquisa no Comitê de Ética, após algumas alterações necessárias que foram feitas no projeto de pesquisa, conforme solicitação do Comitê iniciou-se o processo de coleta de dados. Inicialmente foram realizados contatos telefônicos e por e-mail com os coordenadores das instituições selecionadas na amostra, a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa e averiguar a possibilidade da realização de entrevistas com um profissional e um usuário acima de 60 anos de idade. Esse processo foi, por vezes, complicado e lento, pois a pesquisa, embora já tivesse sido aprovada pelo Comitê de Ética, precisava ser socializada nas reuniões de equipe dos CAPS, a fim de que todos os profissionais tivessem conhecimento sobre o que se tratava o estudo proposto e assim fosse decidida em conjunto a possibilidade da coleta de dados ser feita na instituição.

Além disso, algumas vezes foram agendadas entrevistas com os idosos, porém esses não compareceram ao encontro, por motivos de esquecimento e por isso o pesquisador necessitava marcar outra data, o que também contribuiu para o atraso na finalização da coleta. Percebeu-se, entretanto, que esses sujeitos somente pelo fato de serem idosos já apresentavam dificuldades e limitações características da velhice, mas a situação se agrava mais ainda por se tratar de pessoas com transtornos mentais que apresentam maiores prejuízos cognitivos. A maioria

consome medicações que alteram seu organismo, deixando-os muitas vezes sonolentos e indispostos, tornando assim mais complicada a sua organização. Durante a realização das entrevistas percebeu-se que muitos idosos estavam trêmulos, demonstrando lentidão no pensamento e na fala o que pode ter sido ocasionado pelo uso de medicações. Apesar disso, todos foram receptivos e dispostos a socializar seus relatos.

Em relação à coleta de dados realizada com os profissionais dos serviços, essa ocorreu de forma tranquila, uma vez que todos demonstraram disposição e boa vontade em contribuir com a investigação, expondo suas experiências. As entrevistas tanto com os profissionais, quanto com os idosos, foram iniciadas, após a autorização dos participantes entrevistados, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os esclarecimentos em relação à pesquisa, conforme mencionado anteriormente. Com o auxílio de um gravador, os dados coletados foram gravados e registrados, a fim de garantir sua autenticidade e que nenhum dado importante fosse perdido. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 60 minutos e foram realizadas entre os meses de agosto a novembro de 2014, respeitando-se sempre a disponibilidade dos participantes. Todas as entrevistas ocorreram no espaço físico dos CAPS, em salas disponibilizadas pelos coordenadores dos serviços, com datas e horários previamente agendados.

As entrevistas foram transcritas e, após serem concluídas, iniciou-se o processo de análise e interpretação dos dados obtidos. Compreende-se por análise o processo pelo qual o investigador se aprofunda minuciosamente nos dados resultantes do trabalho estatístico, visando obter respostas aos seus questionamentos, buscando estabelecer relações entre as informações apreendidas e as hipóteses estabelecidas. A análise possibilita a comprovação ou refutação dessas hipóteses. Por outro lado, a interpretação busca expandir as respostas, dando-lhes significados mais ampliados, associando-as a outros saberes e conhecimentos, (MARCONI; LAKATOS, 1996). “[...] significa a exposição do verdadeiro significado do material apresentado, em relação aos objetivos propostos e ao tema. Esclarece não só o significado do material, mas também faz ilações mais amplas dos dados discutidos” (p. 32).

Para análise e interpretação dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo com base em Bardin (2010), a mais importante autora dessa modalidade. Buscou-se relacionar e articular as expressões dos participantes e outros dados

obtidos no processo investigativo aos diversos fatores que compõem o contexto econômico, político e social, que determinam as características do fenômeno, compreendendo-o de forma crítica, uma vez que “[...] a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material” (MINAYO, 2010, p. 308). Essa técnica que permite ainda, a identificação de categorias empíricas surgidas através das falas dos participantes é definida como:

(...) um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2010, p. 42).

A análise de conteúdo busca o aprofundamento nos dados da realidade, visando captar o máximo de informações, com o objetivo de fazer uma análise temática. Consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2010, p. 105). Assim, a análise ocorreu de acordo com as etapas propostas pela autora para o seu desenvolvimento. A primeira etapa trata da pré-análise, em que o material coletado foi organizado e sistematizado para que o pesquisador pudesse conduzir as próximas fases de análise. Dessa forma, os dados foram agrupados em um banco de dados construído pela pesquisadora. A segunda etapa consiste na exploração do material, na qual foi realizada a codificação, a classificação e a categorização do material organizado e submetido a um estudo aprofundado fundamentado nos referenciais teóricos da investigação. A última etapa se refere ao *tratamento e a inferência dos dados*, em que se realizou a síntese e o destaque dos elementos para análise, relacionados com as diversas variáveis que compõem a totalidade em que estão inseridos, resultando nas interpretações inferenciais, ou seja, atribuindo significados aos resultados, validando-os cientificamente.

A interpretação dos dados coletados nas entrevistas buscou compreender o sentido mais amplo das respostas dadas pelos participantes, levando em consideração suas experiências vivenciadas no cotidiano e suas condições de vida, articuladas aos conhecimentos e discussões teóricas que fundamentaram a pesquisa, obtidas por meio da revisão teórica sobre o tema. A interpretação e análise dos dados teve como subsídio as categorias do método dialético-crítico:

totalidade, contradição e historicidade. Ressalta-se que, os resultados e inferências realizadas nessa investigação em relação à maneira como é desenvolvida a atenção aos idosos nos CAPS, a partir da exposição oral dos entrevistados não dizem respeito à totalidade desse contexto, mas representam um fragmento dessa realidade, e, portanto, é impossível fazer generalizações.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

A proposta investigativa, após passar por algumas reformulações, a fim de adequar o planejamento ao objeto de estudo, foi submetida à Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS e Após aprovação na referida Comissão foi solicitada autorização para o desenvolvimento da pesquisa às instituições coparticipantes da pesquisa, por meio de uma carta de conhecimento relativa ao conteúdo do projeto. Com os documentos de autorização, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da PUCRS para análise dos avaliadores, que após solicitarem algumas alterações, aprovaram a coleta de dados, (Anexo A). Após essa aprovação, foi feita a submissão do projeto aos Comitês de Ética das instituições coparticipantes.

As garantias éticas do estudo foram realizadas ainda, mediante Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, assinado pelos participantes pesquisados, pela pesquisadora e pela orientadora da pesquisa. Os dados coletados foram registrados através da gravação em áudio, com agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade dos participantes, conforme explicitado anteriormente. Em momento algum foram utilizados os nomes dos entrevistados, resguardando o sigilo de sua identidade.

No que tange à devolução dos resultados da pesquisa, pretende-se que esses sejam socializados através da elaboração de relatório, que será entregue aos serviços pesquisados. Além disso, para as instituições que demonstraram interesse, no momento da coleta de dados, os resultados serão apresentados por meio de seminários com a participação dos sujeitos envolvidos. Os resultados serão, ainda, divulgados por meio de construção de artigos científicos e apresentação em eventos. Dessa forma, pretende-se cumprir com o dever ético da pesquisa social, contribuindo para a reflexão acerca das questões e demandas que envolvem os idosos com transtornos mentais e o cotidiano dos profissionais que atuam junto à

essa população. Objetiva-se também, dar subsídios para a qualificação de ações e programas que visem a melhoria da atenção aos idosos nos CAPS. A Dissertação estará disponível para consulta no site da Biblioteca da PUCRS e na base de dados da CAPES.

3 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A E SUAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil, que vem produzindo necessidades e demandas sociais e de saúde, exigindo um novo olhar sobre os idosos e respostas políticas adequadas do Estado e da sociedade. É necessário, portanto, aprofundar os estudos nesse campo, a fim de que haja uma compreensão mais ampla acerca das mudanças que permeiam a vida das pessoas que envelhecem, situando-as em um contexto político, econômico e social que está em constante movimento. Este capítulo trata do fenômeno do envelhecimento e das múltiplas dimensões que o envolvem, destacando-se as diferentes formas de envelhecer, pois apesar de ser algo inerente a todo ser humano, a velhice é uma etapa construída socialmente também, sendo vivenciada por cada pessoa de maneira particular, com diferentes representações.

Nesse contexto, busca-se abordar a qualidade de vida e o envelhecimento ativo, tendo em vista que esses conceitos apontam para estilos de vida que proporcionem a participação ativa dos idosos na vida em sociedade e conseqüentemente uma velhice mais longa e saudável. Discute-se ainda, as implicações do envelhecimento para a saúde mental, enfatizando-se os principais transtornos mentais que acometem os idosos e as necessidades de atendimento e serviços a essa população. Nesse ínterim, é importante que os gestores das políticas de saúde, bem como os profissionais que as operam, estejam habilitados para conduzir de forma adequada o tratamento de idosos com transtornos mentais, levando em consideração as particularidades nessa faixa etária. Um envelhecimento bem sucedido depende em grande medida de políticas públicas que possibilitem condições necessárias para que os idosos possam exercer sua cidadania.

3.1 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Observa-se nas últimas décadas, um aumento significativo da população idosa no País, e, de acordo com estudos esse contingente aumentará ainda mais nos próximos anos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o número de pessoas com 60 anos ou mais corresponde a quase 15 milhões. Em 1991, o número de idosos representava 5,9% da população brasileira, em 2000 aumentou para 7,3%, chegando em 2010 ao percentual de 8,6%. Estima-

se que em 2025 o Brasil será o 6º país com maior número de pessoas com mais de 60 anos, chegando aproximadamente a um total de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2014).

A tendência do envelhecimento populacional, que antes era um fato típico dos países desenvolvidos, se estende a nível mundial, passando a ser observado também nos países periféricos. Segundo estimativas das Nações Unidas (Fundo de Populações) “uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para uma em cada cinco por volta de 2050” [...]. Dessa forma, em 2050 haverá um número maior de idosos do que de crianças com menos de 15 anos. Em 2012, a população idosa, com mais de 60 anos, era constituída por 810 milhões de pessoas, totalizando 11,5% da população mundial. Estima-se que esse contingente atinja um bilhão em menos de dez anos, duplicando em 2050, alcançando dois bilhões de pessoas ou 22% da população global.⁵

O aumento da proporção de idosos na população geral é possibilitado, em parte, devido à redução da taxa de fecundidade observada nos últimos trinta anos e do aumento da expectativa de vida. A taxa de fecundidade está abaixo do nível de reposição da população desde a metade da década passada. Esta que antes era de 2,1 filhos por mulher, hoje se encontra em torno de 1,6 filhos por mulher (IBGE, 2013). Destaca-se que o Rio Grande do Sul está em segundo lugar entre os estados brasileiros que possuem o maior número de idosos e é o terceiro em expectativa de vida, com média de 75 anos para homens e mulheres (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2010).

A sociedade é marcada por diversas transformações históricas, políticas, sociais e culturais. Nesse contexto, múltiplos fatores contribuíram para a longevidade da população, tais como os avanços técnico-científicos, sobretudo no que tange à prevenção e diagnósticos de doenças e à melhoria nas condições sanitárias e de alimentação. Com o aumento da longevidade, constata-se nos países desenvolvidos, assim como nos periféricos, dentre esses o Brasil, a predominância de mulheres com mais de 60 anos, caracterizando o fenômeno conhecido como “feminização da velhice” (CAMARANO, 2004). No Brasil, as mulheres idosas

⁵ Dados estatísticos sobre o envelhecimento no Brasil, da Secretaria de Direitos Humanos – SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos>

representam um contingente de 8,9 milhões, o que equivale a 62,4% da população idosa (IBGE, 2014).

Essa significativa representação feminina se deve a maior expectativa de vida das mulheres, que vivem em torno de oito anos a mais do que os homens. Isso é resultado das diferenças comportamentais entre os gêneros: mulheres cuidam mais de sua saúde e frequentemente fazem acompanhamento médico, já os homens geralmente estão mais suscetíveis aos acidentes de trabalho e de trânsito, assim como às mortes violentas. É na população masculina também, que prevalece a incidência de álcool, tabagismo e outras drogas. Entretanto, apesar das mulheres viverem mais do que os homens, o número de anos vividos com alguma doença é proporcional, segundo estudo feito pela OMS (CHAIMOWICZ, 2006). Assim, não basta viver mais, é necessário envelhecer em condições favoráveis, agregando qualidade de vida aos anos, algo que se busca constantemente.

Compreende-se que, embora o processo de envelhecimento seja universal, é atravessado por questões de gênero, uma vez que existem mais mulheres com mais de 60 anos do que homens, conforme referido anteriormente. Além disso, Camarano (2004) destaca que as mulheres apresentam importantes demandas por políticas públicas, tendo em vista que grande parcela é viúva, com pouca ou sem experiência na modalidade de trabalho formal, com baixa escolaridade e condições precárias de saúde.

Diante das alterações demográficas do país, observa-se que estão sendo impostos novos papéis sociais aos idosos, o que remete às discussões sobre o conceito de idoso e como esse é classificado. Cabe esclarecer que, oficialmente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, nos países em desenvolvimento, a população idosa é constituída por pessoas com mais de 60 anos, porém nos países desenvolvidos a velhice começa a partir dos 65 anos (AREOSA, 2012). Esse critério adotado é utilizado também pelas políticas sociais destinadas aos idosos, como a Política Nacional do Idoso - PNI⁶.

Segundo Peixoto (1998), a partir da década de 1960, a palavra “velho” passa a ter um significado negativo, sendo sinônimo de decadência, uma vez que estava vinculada ao declínio físico e incapacidade produtiva. Esse termo era utilizado para

⁶ O Art. 2º da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que instituiu a PNI, considera idoso, para os efeitos dessa lei, a pessoa com mais de sessenta anos de idade.

denominar de forma pejorativa os idosos pobres e, portanto, passou a ser substituído pelo termo “idoso” nos documentos oficiais franceses. A palavra “idoso” é vista como mais respeitosa e menos estereotipada. Com a disseminação do estilo de vida dos aposentados de nível socioeconômico mais elevado para as demais classes de aposentados e a partir da criação de movimentos em prol do idoso, associações de aposentados e grupos de convivência, busca-se uma mudança de imagem da velhice, que passa a ser associada à arte de viver bem. A fim de contribuir para uma nova visão positiva acerca da velhice, surge o termo 'terceira idade', que no Brasil foi introduzido, a partir das influências das políticas públicas francesas. Na realidade brasileira, entretanto, observam-se ambiguidades, pois cotidianamente as pessoas com uma condição financeira favorável e um certo nível social e cultural são chamados com frequência de idosos, de forma respeitosa. Por outro lado, aqueles que não possuem essas condições, oriundos de classes populares, são tratados como “velhos”.

Além disso, observam-se controvérsias em relação ao uso do termo Terceira Idade, uma vez que geralmente a maioria das pessoas entende que essa fase se inicia aos 60 anos, pois após essa idade as pessoas já estão aposentadas, o que representa uma nova fase social. Essa explicação também se baseia na Resolução 39/125 das Organizações das Nações Unidas (ONU, 1982) que separa o ciclo da vida, sob o aspecto econômico, em três idades. São elas: Primeira idade, constituída pelas crianças e adolescentes (idade improdutiva); Segunda idade, composta por jovens e adultos (idade ativa) e Terceira idade, formada pelas pessoas que já produziram e consumiram, mas devido à aposentadoria não produzem mais, apenas consomem (idade inativa). Essa definição, entretanto, não representa a realidade nos países em desenvolvimento, onde milhares de crianças trabalham, como é o caso do Brasil ainda (RODRIGUES; RAUTH; TERRA, 2010).

O termo “melhor idade”, também é relacionado à pessoa com mais de 60 anos, porém não há um consenso entre os autores, uma vez que tal termo pode apresentar equívocos. Nesse sentido, é necessário destacar que não se pode dizer que o idoso, principalmente o brasileiro, que em sua maioria não possui condições de desfrutar de sua velhice com uma boa situação financeira e com boas condições de saúde, vivencia sua melhor idade. A utilização desse termo parece tentar persuadir os idosos de que estão na melhor fase de suas vidas, visto que, a partir desse momento poderão aproveitar a vida, sem preocupações. É necessário refletir,

no entanto, que a adoção do termo “melhor idade”, pode acabar acarretando em prejuízos aos idosos, tendo em vista que, se realmente as pessoas idosas estão vivenciando sua melhor idade, a sociedade pode compreender que não é necessário proporcionar a devida atenção a essas pessoas.

A velhice é heterogênea, ou seja, é vivenciada de diferentes formas, portanto, é necessário compreender que essa é produto de construções sociais, “o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence” (BEAUVOIR, 1990, p. 15). A questão do envelhecimento é tratada de forma diferente em cada país, dependendo de seu nível de desenvolvimento, bem como de aspectos culturais, sociais e econômicos. Neri (2001) destaca que a heterogeneidade aumenta entre os idosos à medida que o ciclo vital humano se prolonga e que fatores como gênero, classe social, saúde, educação, contexto sociohistórico, entre outros, são elementos que se agregam com a idade cronológica, determinando diferenças entre os idosos. Desse modo, associá-la à incapacidade e passividade ou por outro lado, concretizar ações que visem uma velhice completamente ativa, sem levar em consideração suas limitações e características próprias, demonstra o desconhecimento sobre sua heterogeneidade (ANDREATTA, 2011). A velhice não é só biológica, mas também, é cultural e social, e, portanto, complexa.

Os idosos apresentam diferentes estilos de vida, com diferentes tipos de educação e situações econômicas, entre outros aspectos diversificados. Existem inúmeras definições para o envelhecimento, Brito e Litvoc (2004), assinalam que esse fenômeno afeta todos os seres humanos e é um processo dinâmico, progressivo e irreversível, associado a fatores biológicos, psíquicos e sociais. Para Papaléo Netto (1996), o envelhecimento é definido como um processo gradativo, no qual transformações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas afetam o organismo do indivíduo, deixando-o mais vulneráveis a possíveis doenças culminando em sua morte.

Tendo em vista que o processo de envelhecimento é um fenômeno multifacetado e multidimensional (FIGUEIREDO, 2000), este tem tido diversas compreensões ao longo da história, de acordo com os diferentes lugares, a posição dos idosos e suas representações na sociedade. Tem sido objeto de estudos de diversas áreas do saber que visam oferecer sua contribuição, uma vez que esse fenômeno repercute nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e

cultural da sociedade. Conforme esclarece Neri (2001), trata-se de um processo de transformações que ocasionam a redução da plasticidade comportamental, maior vulnerabilidade, acumulação de perdas evolutivas e maior possibilidade de morte. Os efeitos desse processo ocorrem de distintas maneiras, com diferenças individuais e de grupos etários, de acordo com eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica. A velhice, porém, é a última fase do ciclo vital, e embora seja heterogênea, possui características próprias, incluindo perdas psicomotoras, isolamento social e restrição em papéis sociais (NERI, 2001).

Como referido acima, o envelhecimento é um processo natural de um ciclo biológico, assim como nascer e crescer. É vivenciado por todos os seres humanos e ocorre a cada dia, sendo, entretanto, de difícil compreensão, devido aos conceitos pré-concebidos influenciados por uma cultura que, frequentemente, isola o idoso e lhe atribui valores negativos. A velhice geralmente é pensada, como um processo degenerativo, no qual as pessoas que estão passando por esta etapa da vida são doentes, incapazes e dependentes, sem qualquer possibilidade de desenvolvimento humano. Para muitos os idosos são vistos como um peso ou até mesmo como um prejuízo para a sociedade.

Na tradição ocidental, as concepções do envelhecer acarretam valores negativos, no contexto social, destaca-se uma estrutura social voltada para a produção, o consumo e a acumulação de riquezas, gerando padrões em que a idade implica uma desqualificação, e dessa maneira, são estabelecidas formas de discriminação social, em que a juventude é exaltada e a velhice excluída (PEREIRA, 2014, p. 13-14)

Nesse sentido, observa-se que muitos preconceitos e estereótipos são relacionados à produtividade dos idosos. A discriminação social, fruto desses preconceitos é baseada em motivos econômicos, uma vez que essas pessoas consideradas incapazes e improdutivas economicamente passam a ser menos valorizadas nos processos de trocas sociais, não sendo possível a elas o acesso às mesmas oportunidades e recursos assegurados às pessoas mais jovens, ativas no mercado de trabalho (NERI, 2007). Além da desvalorização do idoso no contexto econômico e social, existem as questões subjetivas que afetam os idosos, uma vez que esses podem vir a sofrer internamente com a velhice, pelo fato desta lhe aproximar de sua finitude. Percebe-se ainda, que os preconceitos também estão presentes nas relações familiares e no modo como as famílias tratam seu familiar idoso por meio de práticas tuteladoras e paternalistas, reforçando, muitas vezes, a

noção de incapacidade dos idosos. Entretanto, observam-se esforços para uma mudança de compreensão acerca da velhice, no sentido de concebê-la não mais como algo negativo, mas sim como uma fase que faz parte do ciclo de vida, porém vivenciada de maneira diferente por cada pessoa, sendo possível passar por essa etapa de forma ativa e saudável.

Além do envelhecimento biológico, existe o envelhecimento social, que está relacionado aos diversos papéis desempenhados ao longo da vida, tanto no âmbito familiar, quanto profissional. Tais papéis são vivenciados simultaneamente ao processo de envelhecimento e ao passo que as mudanças de papéis vão ocorrendo, surgem perdas importantes, sejam econômicas, mediante a aposentadoria ou afetivas, muitas vezes ocasionadas pela morte do cônjuge ou de amigos próximos e familiares, assim como pela saída dos filhos de casa por motivos de trabalho ou de matrimônio. Por outro lado, é importante destacar os pontos positivos da velhice, como maior experiência de vida, mais tempo para realizar atividades de lazer e para estar em contato com a família. Dessa forma, o envelhecimento social é caracterizado pelas modificações desses papéis no decorrer do ciclo vital (RODRIGUES; RAUTH; TERRA, 2010).

Ressalta-se que o processo de envelhecimento passou a ser de interesse científico, sobretudo, a partir de meados do século XX, a partir da maior longevidade possibilitada pelos avanços das ciências naturais e da medicina, ganhando maior visibilidade e atenção de diversas áreas do conhecimento. Nesse contexto, surge a Gerontologia, que é um campo multi e interdisciplinar, ou seja, é composto por um conjunto de disciplinas científicas que atuam na explicação das alterações características do processo de envelhecimento e da dinâmica da velhice, sob seus aspectos genético-biológico, psicológicos e socioculturais. Essa área se utiliza de diferentes linguagens e métodos oriundos de múltiplas ciências, realizando também, interfaces com áreas profissionais, tais como: clínica médica, psiquiatria, enfermagem, serviço social, direito, fisioterapia, entre outras, a fim de buscar subsídios para problemas, bem como dados e hipóteses para a pesquisa (NERI, 2001).

A Gerontologia se divide em três ramos: Gerontologia Biomédica, Geriatria e Gerontologia Social, que conjuntamente atuam sobre os diversos aspectos do envelhecimento. A Biomédica se propõe a estudar os aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos e imunológicos do envelhecimento. As pesquisas nessa área

buscam compreender como e porque as pessoas envelhecem. A Geriatria é definida como a área da Gerontologia e da Medicina que trata da saúde das pessoas com idade avançada, considerando os aspectos preventivos e curativos da atenção à saúde. Possui interface com disciplinas da área médica, tais como a neurologia, cardiologia, pneumologia, entre outras. Além da área médica, a Geriatria também se articula com outras disciplinas, como nutrição, enfermagem, fisioterapia, Serviço Social, fonoaudiologia e outras. A Gerontologia social contempla os aspectos não orgânicos do processo de envelhecimento, a partir do conhecimento de diversas áreas, levando em consideração os aspectos sociais, psicológicos, ambientais, econômicos, legais, espirituais, antropológicos, éticos, entre outros (PAPALÉO NETTO, 2002). Assim, a Gerontologia Social focaliza também na velhice bem sucedida, que segundo Neri (1995, p. 34), trata-se de

[...] uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece, e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário.

A Gerontologia, portanto, a partir da contribuição de diferentes áreas, amplia os conhecimentos acerca da natureza multidimensional do envelhecimento. Por outro lado, Areosa (2012) ressalta que, a Gerontologia, por ser um campo relativamente novo, com avanços, sobretudo nas duas últimas décadas, ainda não conseguiu explicar o que é ser idoso no Brasil, tendo em vista sua grande desigualdade social, bem como sua diversidade nos aspectos econômicos, sociais, étnicos e culturais. Assim, é de extrema importância o desenvolvimento de pesquisas e estudos nessa área. A multidimensionalidade da velhice deve ser pensada e levada em consideração, principalmente pelos gestores e por aqueles que formulam e implementam políticas públicas e programas destinados aos idosos, a fim de que a esses possam ser assegurados modos de vida saudável, que privilegiem suas diferenças.

Existem ainda, diferentes teorias relativas ao processo de envelhecimento, que buscam explicar os distintos aspectos que envolvem esse fenômeno, bem como propor alternativas para a melhoria das condições de vida deste segmento populacional. Nesse contexto, as teorias Biológicas, Psicológicas e Sociológicas do envelhecimento, são avaliadas por alguns autores como as mais importantes. De acordo com Kist (2011), parte significativa dos conceitos relativos ao

envelhecimento, provenientes das Teorias Biológicas do envelhecimento, estão ligados às alterações sofridas pelo organismo ao longo do tempo. Tais teorias preocupam-se em apontar aspectos fisiológicos, relacionados principalmente com a biologia celular e à biologia molecular, não levando em conta os demais elementos (sociais, culturais e psicológicos) que também compõem a velhice.

Para a autora, as teorias psicológicas oferecem uma visão mais ampla acerca do processo de envelhecimento, identificando e estabelecendo conexões entre os processos de continuidades e de mudanças percebidas no decorrer do desenvolvimento e do envelhecimento humano. Nesse sentido, Neri (2006, p. 59), destaca que as teorias psicológicas envolvem aspectos como:

Tempo transcorrido desde o nascimento, tempo histórico, contexto sociocultural, gênero, classe social, nível de renda, nível de escolaridade, funcionalidade física e mental e status de saúde são os critérios mais comumente usados pelas teorias psicológicas do envelhecimento para agrupar os indivíduos e perguntar por diferenças e semelhanças entre eles. Entre esses processos, os mais estudados são a inteligência, a memória, a atenção, a aprendizagem, a motivação, a afetividade, as autocrenças, a personalidade e as relações sociais.

No que tange as teorias sociológicas, estas começaram a surgir no início da década de 1960, a partir de estudos e pesquisas formuladas por cientistas sociais norte-americanos, tendo em vista que o interesse pelos aspectos sociais da velhice só começou a surgir em meados do século passado. Para Zimerman (2000), o envelhecimento social da população altera a condição do idoso e a sua maneira de se relacionar com as pessoas. Estas mudanças decorrem da crise de identidade; de mudanças de papéis (no trabalho, na família e na sociedade); da aposentadoria; de perdas diversas e da diminuição dos contatos e da vida social. Cabe esclarecer que existem várias teorias sociológicas consideradas relevantes e que por vezes podem ser antagônicas.

Elas (as teorias) são muito variadas, às vezes conflituosas entre si. Tentam explicar diversos aspectos da velhice, tais como: as dificuldades individuais de adaptação dos indivíduos a essa etapa da vida; as mudanças nas suas relações sociais: as perdas e os ganhos sob o ponto de vista pessoal e social: a relação da velhice como última etapa do ciclo vital e as estruturas sociais etc. (RODRIGUES; RAUTH; TERRA, 2010, p. 29).

Compreende-se que não há somente uma teoria capaz de dar conta do processo de envelhecimento em sua amplitude, tendo em vista seu caráter multidimensional. Cada uma delas, portanto, é relevante para desvendar os diferentes aspectos que envolvem esse processo. De fato, percebem-se muitos

avanços em relação à compreensão da pessoa idosa em sua totalidade e, conseqüentemente, o seu reconhecimento como sujeito de direitos.

No cenário atual, constata-se que o idoso está despertando para o seu valor, reivindicando seus direitos, ainda que de forma tímida. Muitos idosos participam de grupos de convivência, de universidades abertas à terceira idade, realizam atividades culturais, esportivas, religiosas, participam de conselhos estaduais e municipais de idosos, de congressos e conferências. Buscam também estabelecer relações sociais, namoram, casam novamente e até mesmo trocam de parceiros. Pode-se dizer que aos poucos, o idoso está ocupando um lugar no contexto social. É claro que não se pode deixar de lado, o fato de que grande parcela ainda vive em condições precárias, tanto sanitárias, econômicas e sociais, que as impedem de ter qualquer possibilidade de qualidade de vida.

A qualidade de vida na velhice está associada a múltiplos fatores, é possível se ter uma velhice saudável e ativa. Muitos idosos, porém, passam por essa fase sem qualidade de vida, muitas vezes isolados socialmente, o que pode estar relacionado ao próprio sujeito e à forma como lida com a velhice, mas também em grande parte, devido ao modo como a sociedade vê e trata esses sujeitos. Cabe esclarecer que embora, evidenciem-se avanços científicos e melhorias nas condições de saúde da população em geral, possibilitando, portanto, o aumento da longevidade, não significa que esses avanços tenham conseguido garantir qualidade de vida para grande parcela da população, conforme assinalam Mediondo e Bulla (2003, p. 274).

[...] a duração de vida aumentou, mas não foram desenvolvidas ações efetivas, que garantam a qualidade de vida das pessoas idosas. É necessário construir novos significados para a velhice, dando maior destaque às possibilidades e potencialidades das pessoas que envelhecem. Esses novos significados precisam abranger as diferentes dimensões da velhice, ou seja, devem trazer à luz da sociedade, os ganhos na dimensão psicológica, na dimensão social, na dimensão espiritual, entre outras.

O termo qualidade de vida é empregado de diversas maneiras, de acordo com o entendimento e a área em que está sendo utilizado, no entanto, alguns pontos são salientados na maioria das definições, como o caráter subjetivo e multidimensional. Montañes et al. (2012) explicam que a qualidade de vida está relacionada à análise subjetiva e multidimensional feita pelo próprio sujeito, incluindo todos os aspectos que interferem em sua vida, como valores, conquistas, interesses, etc. Resulta da análise pessoal desses fatores e do modo como impactam na vida

do sujeito, dentro do contexto histórico e cultural em que vive. O gênero, idade, posição social e institucionalização podem determinar, também, a qualidade de vida de uma pessoa. Além disso, essa pode ser avaliada a partir de indicadores que se referem à saúde percebida, valorização do meio, satisfação social, habilidades funcionais, atividades de lazer e satisfação existencial. Além dos aspectos subjetivos, a qualidade de vida pressupõe aspectos objetivos, que dizem respeito à qualidade ambiental, à oferta de serviços de saúde e sociais, bem como ao suporte social. Ressalta-se, ainda, que os níveis de qualidade de vida podem ser alterados no decorrer da existência de cada sujeito ao longo de sua vida.

Qualidade de vida é um evento que tem múltiplas dimensões, é multideterminado, diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades, e assim, sua avaliação tem como referência diversos critérios. Avaliar qualidade de vida consiste em comparar as condições disponíveis com as desejáveis. Os resultados são expressos justamente por índices de desenvolvimento, bem-estar, desejabilidade, prazer ou satisfação. [...] a certeza de que a avaliação de todas elas, é afetada por valores e expectativas individuais e coletivas deu origem a investigações em torno de indicadores subjetivos, tais como saúde percebida, satisfação com a vida e perspectiva de futuro (NERI, 2001, p. 107-108).

Agrega-se ainda, outro elemento que é de relevância para a qualidade de vida do idoso, isto é, o meio familiar. De acordo com Areosa (2012) as relações familiares, são muito importantes para que o idoso consiga lidar com determinadas situações cotidianas e para o enfrentamento do sentimento de solidão, comum na velhice. Dessa forma, compreende-se que o afastamento do idoso de seu ambiente familiar, ou a falta de condições da família para lidar com determinadas situações, poderão ocasionar implicações na saúde do idoso, prejudicando assim, sua qualidade de vida. O convívio dos idosos com filhos, netos e outros parentes é de grande importância para o seu bem-estar, pois além do vínculo afetivo, emocional e do apoio oferecido pela família, o idoso também deseja sentir-se útil, prestando auxílio aos seus familiares (FROEMMING; ROOS 2012), seja cuidando dos netos, seja contribuindo para a melhoria da renda familiar. Desse modo, a família é fundamental para que o idoso possa usufruir de um envelhecimento ativo e saudável. A Organização Mundial da Saúde define envelhecimento ativo como:

[...] o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a

prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros (WHO, 2005, p. 13).

Portanto, considera-se que o envelhecimento ativo, bem sucedido, saudável e com qualidade de vida, não depende apenas do sujeito e de sua maneira de viver a vida, mas depende em grande medida da formulação de políticas sociais e programas voltados a essa parcela da população cada vez mais expressiva. As redes de suporte social destinadas aos idosos e seus familiares também devem ser fortalecidas, sendo prioridade na agenda política. Essas redes são de fundamental importância para o idoso, tendo em vista que suas principais funções se constituem em fornecer apoio emocional, auxílio material, serviços e informações, bem como assegurar-lhes o sentimento de pertencimento a uma rede de relações mútuas, permitindo que as pessoas sintam que são cuidadas, respeitadas e valorizadas (NERI, 2001).

São necessárias, sobretudo, mudanças de atitudes, de práticas, visando fortalecer as potencialidades do envelhecimento, criando espaços e oportunidades de desenvolvimento pessoal. É essencial possibilitar a participação dos idosos na vida econômica, política e social, bem como contribuir para que esses sujeitos possam desenvolver sua autonomia e cidadania, mediante o acesso a recursos culturais, aos serviços públicos de saúde, aos espaços educativos e de lazer. Atualmente já existem espaços voltados à promoção de participação social, troca de experiências, lazer, qualidade de vida e cidadania aos idosos, no entanto, ainda são insuficientes e não são acessíveis para toda a população idosa.

São necessários maiores esforços no sentido de possibilitar um envelhecimento saudável, é preciso preencher as lacunas no que se refere às políticas e programas focalizados no envelhecimento. Além disso, faz-se necessário promover mudanças na sociedade como um todo, no modo de pensar e tratar o idoso. Para tanto, é fundamental o incentivo à pesquisas e estudos que desmistifiquem os aspectos que envolvem o envelhecimento e a velhice, visando interferir em comportamentos e imagens distorcidas e negativas a respeito da temática. É necessário ainda, maior acesso ao conhecimento, para que os estereótipos sejam contrariados, maior interação de outras faixas etárias com os idosos, a fim de provocar a empatia, bem como processos de educação continuada para os profissionais que atuam junto à população idosa.

3.2 TRANSTORNOS MENTAIS X SAÚDE MENTAL NA VELHICE

Uma das implicações do envelhecimento populacional é o aumento da incidência de enfermidades características da velhice. Os idosos apresentam demandas de cuidados peculiares, e por isso exigem maiores investimentos em recursos de saúde. Identifica-se um aumento do número de pessoas com alguma limitação a partir dos 60 anos de idade, tais como dificuldades de visão, locomoção, audição, memória e motora. Esse número aumenta três vezes depois dos 80 anos, demonstrando que a incapacidade física, mental e social da pessoa idosa representa uma das graves epidemias que devem ser enfrentadas nos próximos anos, no mundo (TRINDADE; BÉRIA, 2007). Essas limitações impactam negativamente na vida dessas pessoas, uma vez que trazem prejuízos no desenvolvimento de tarefas cotidianas e até mesmo para suas relações sociais, pois muitos por dificuldades de enxergar, ouvir ou entender acabam se isolando, evitando o contato com outras pessoas. Estudos epidemiológicos evidenciam que milhares de pessoas sofrem de alguma doença ou transtorno mental no mundo e que esse contingente cresce gradativamente com o avanço da idade, sobretudo nos países em desenvolvimento. Embora no Brasil existem poucas pesquisas epidemiológicas na área da Saúde Mental, nas últimas décadas esse cenário vem mudando e segundo Maragno et al. (2006) em Porto Alegre e São Paulo, em média 50% das pessoas que buscam serviços de atenção básica de saúde são avaliadas com transtornos mentais não-psicóticos. Em Pelotas a predominância de transtornos psiquiátricos menores foi de 22,7%. No Rio de Janeiro, em 1995, constatou-se que um terço das pessoas atendidas em um ambulatório universitário sofria de algum transtorno mental. De acordo com um estudo populacional, realizado no Recife, verificou-se a prevalência de transtornos mentais comuns em 35% do total da população.

De acordo com Clemente, Filho e Firmo (2011), os transtornos mentais estão entre os problemas de saúde mais comuns na velhice, acometendo cerca de um terço da população idosa. Em relação ao termo “transtorno mental”, esses autores apontam que é empregado pela psiquiatria para realizar diagnósticos, a partir de sintomas e comportamentos, substituindo outros termos como “doença” ou “enfermidade”. Segundo a compreensão de Amaral (2009), transtornos mentais são alterações no modo como a mente funciona, que trazem prejuízos nas relações

familiares e sociais, na vida laboral, nos estudos, na visão da própria pessoa sobre si e sobre os outros, na possibilidade de autocrítica, na forma como enfrenta os problemas e na possibilidade de sentir satisfação na vida de um modo geral. Assim, todos os aspectos são atingidos. No que se refere aos transtornos mentais na velhice, existem especificidades que devem ser consideradas, devido à pluralidade de fatores individuais e sociais que permeiam este processo. É importante fazer essa reflexão, tendo em vista que algumas modificações físicas, mentais e psicológicas não caracterizam necessariamente uma doença ou transtorno mental. Contudo, há alguns transtornos muito comuns em idosos, tais como: transtornos depressivos, transtornos cognitivos, fobias e alcoolismo. Outra preocupação, é que os idosos apresentam risco de suicídio e de desenvolver sintomas psiquiátricos ocasionados pelo uso indevido de muitos medicamentos simultaneamente. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções diversificadas, com abordagens terapêuticas adequadas e estratégias de prevenção e promoção de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde dos idosos, que viabilizem sua reabilitação de maneira apropriada. É necessária ainda, a realização de diagnósticos confiáveis, a fim de serem evitadas orientações equivocadas, que muitas vezes, podem ocasionar prejuízos à saúde do idoso, ao invés de sua recuperação.

Segundo Lotufo Neto (2000), embora se evidenciem avanços científicos, principalmente na área médica, em relação à saúde mental o que se observa é um aumento de doenças e transtornos mentais como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, abuso de drogas, entre outros. Além disso, muitos idosos desenvolvem doenças mentais crônicas anteriormente à chegada à velhice e é comum que nessa fase outras enfermidades sejam agregadas, representando uma grande preocupação à saúde pública.

Depressão e demência são os transtornos mentais com maior incidência na população idosa. No Brasil, a prevalência de transtornos depressivos em idosos residentes em áreas urbanas varia de 19,8% a 38,5%. Os casos de depressão geriátrica possuem características específicas, uma vez que na fase senil a doença apresenta traços peculiares, com alterações clínicas e com resposta ao tratamento de maneira diferenciada nas pessoas com idades mais avançadas, devido à diminuição do número de neurônios e às modificações dos neurotransmissores, requerendo, portanto, avaliação diagnóstica especial. Em várias regiões do mundo e no Brasil, a demência, apresenta frequências de 4,2% a 7,2% nos idosos,

umentando com o avanço da idade. Outros transtornos mentais observados significativamente na velhice são os transtornos ansiosos, o alcoolismo, os transtornos maníacos, os de natureza orgânica, o uso abusivo e a dependência de sedativos (CLEMENTE; FILHO; FIRMO, 2011; GORDILHO, 2002). É necessário pontuar que depressão e demência, além de serem duas das patologias que mais predominam na velhice, frequentemente estão associadas, sendo que muitas vezes há dificuldades em distingui-las. Muitas pessoas com demência apresentam sintomas depressivos em diferentes etapas da doença.

A demência, segundo esclarece Finger et al. (2007), trata-se de uma síndrome diferenciada pela decadência da memória associada ao declínio de ao menos uma outra função cognitiva, como a linguagem, funções executivas e habilidades visuoespaciais, interferindo negativamente na vida social ou profissional do sujeito. Sua ocorrência dobra a cada cinco anos após os 60 anos de idade. No geral, as demências provocam uma série de comprometimentos funcionais. A pessoa pode apresentar dificuldades em realizar atividades cotidianas, em manipular objetos, em orientar-se mesmo em ambientes familiares a que está acostumada e dificuldades em andar, podendo ter riscos de quedas. Dentre vários tipos de demências, destaca-se a Doença de Alzheimer (DA), visto que, é a mais prevalente, representando a metade dos casos de demência em idosos com idade superior a 65 anos.

A DA faz parte do grupo das mais importantes doenças comuns aos idosos que estão relacionadas, desde os estágios precoces, com um declínio progressivo funcional e uma perda gradual da autonomia, que, em consequência, ocasionam, nos indivíduos por ela afetados, uma dependência total de outras pessoas (MACHADO, 2002, p. 133).

A Doença de Alzheimer é um processo degenerativo, que atinge a memória, principalmente a recente, atenção, linguagem, capacidade para executar tarefas cotidianas e resolver problemas. Podem se manifestar, em algum estágio da doença, transtornos psiquiátricos, como alucinações, delírios e agitação. Terra; Waldman e Luzardo (2002) apontam que a doença pode ser separada por três etapas: a primeira tem duração de aproximadamente 2 a 3 anos e a pessoa passa a perder a memória, principalmente a recente, mantendo a memória antiga. Os sintomas geralmente não costumam ser percebidos nessa fase, havendo dificuldades de concentração e cansaço. Na segunda etapa, ocorre um prejuízo mais acentuado na memória e a pessoa perde gradativamente sua habilidade de

resolver problemas, de manusear utensílios e objetos a que estava acostumada, esquece o nome de pessoas próximas e de compromissos. Nessa fase, que também dura cerca de 2 a 3 anos, podem ocorrer alucinações. A terceira etapa é a mais crítica, pois é o estágio terminal da doença, na qual todas as funções intelectuais são atingidas gravemente. As pessoas apresentam dificuldades em alimentarem-se, dificuldades de caminhar, de reconhecer sua própria casa, não cuidam da higiene, apresentam incontinência urinária e fecal, comportamento inapropriado em público e sua degradação e fragilidade física ocorre de forma acelerada. Cabe ressaltar, que não há um tratamento que possa curar os pacientes com Alzheimer e as medicações disponíveis apenas amenizam os sintomas e diminuem a rapidez do desenvolvimento da doença. Pessoas que sofrem da Doença de Alzheimer sobrevivem aproximadamente oito anos e podem apresentar sinais depressivos, principalmente no início da doença.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), a depressão é a causa fundamental de incapacitação no mundo e é apontada como a quarta posição entre os dez principais problemas de saúde do planeta. Projeta-se que a depressão ocupe a segunda posição, nos próximos 20 anos.

A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social (GORDILHO, 2002, p. 204).

Apesar de ser uma doença frequente nos idosos, a depressão muitas vezes, não é distinguida pelo próprio idoso, nem por seus familiares e até mesmo pelos profissionais de saúde, resultando em sofrimento à pessoa que, devido a essa falta de conhecimento, não tem assegurado seu tratamento de forma apropriada e à sua família que também acaba tendo dificuldades para lidar com a situação. A sociedade precisa ter informações acerca das características desse transtorno para que se possa lidar com essa questão de saúde pública. Os profissionais de saúde precisam conhecer corretamente os sintomas da depressão na velhice, para que possam fazer avaliações mais precisas e, conseqüentemente, intervenções adequadas, a fim de viabilizar aos idosos uma melhor qualidade de vida.

Figueiredo et al. (2002a) explica que muitas pessoas têm dificuldades em distinguir tristeza, luto e depressão. Tristeza trata-se de um sentimento intrínseco à vida humana, entretanto, é algo transitório, a pessoa continua realizando suas

atividades cotidianas. O luto se refere ao sentimento de tristeza, originado da perda de uma pessoa próxima, porém, gradativamente, ocorre o retorno à vida normalmente. A depressão, em contrapartida, é um transtorno de humor, é a tristeza ou o luto que não passa e sua causa é multifatorial, abrangendo aspectos biológicos e sociais. Existem vários fatores que predisõem a depressão na fase senil, como a saúde mais fragilizada, a maior prevalência de doenças cerebrovasculares, osteoartrose, doença pulmonar obstrutiva crônica e as demências. Tais doenças, além de ocasionar riscos de morbidade e de morte, podem levar os idosos a situações de incapacidade e dependência. É importante destacar que, somente uma pequena parcela de idosos tem diagnosticada a depressão de forma satisfatória e administrada pelos profissionais de saúde, dificultando assim, que a pessoa possa receber um tratamento adequado (GORDILHO, 2002).

A depressão, conforme assinala Figueiredo et al. (2002a) é causada por uma alteração na composição química do cérebro em pessoas predispostas geneticamente, após situações traumáticas ou estressantes, tais como: luto, aposentadoria, acidente, menopausa, etc. Contudo, também pode se apresentar em pessoas sem um motivo aparente Além disso, a depressão, muitas vezes, pode acarretar em outras doenças, como infecções e em perdas e prejuízos sociais, como o divórcio e o isolamento social, ocorrendo também consequências no âmbito pessoal, profissional e econômico, entre outros. Pobreza, viuvez, solidão e institucionalização são exemplos de outras situações associadas ao envelhecimento, evidenciadas como fatores de risco para o desenvolvimento da depressão. Observa-se que durante a velhice, as pessoas deparam-se com intensas alterações em seus papéis sociais, ressaltando-se as advindas com sua entrada na aposentadoria. Muitas pessoas aposentam-se sem ter tido algum tipo de preparo para essa nova condição, sem ter ainda, planos e projetos de vida traçados, o que geralmente provoca a diminuição da autoestima, da intensidade ou frequência de atividades, bem como do interesse pela vida cotidiana. Na fase tardia as perdas são mais comuns, sobretudo, a morte de cônjuge, amigos e entes queridos. Essas perdas podem atuar como fatores que desencadeiam transtornos depressivos (GORDILHO, 2002).

O principal risco do transtorno depressivo é o suicídio, tendo em vista que, de acordo com o primeiro relatório sobre prevenção ao suicídio, publicado pela Organização Mundial de Saúde em 4 de setembro de 2014 (WHO, 2014), mais de

800 mil pessoas ao ano tem como causa de morte o suicídio. A cada 40 segundos, cerca de uma pessoa morre por suicídio, sendo que 75% das mortes acontecem em países em desenvolvimento. A nível mundial, as taxas de suicídio são maiores entre pessoas a partir de 70 anos de idade. Esses dados são preocupantes, tendo em vista que o documento aponta que somente 28 países dispõem de estratégias para a prevenção do suicídio. É importante mencionar que há um maior risco de suicídio entre as pessoas idosas que apresentam quadros depressivos, sendo que em pelo menos 50% dos casos, a depressão está presente (ALMEIDA, 1999). Além disso, o suicídio é considerado umas das dez principais causas de morte entre os idosos (FIGUEIREDO et al., 2002a). Dessa forma, evidencia-se a necessidade de políticas públicas direcionadas à prevenção do suicídio, sobretudo na faixa etária mais elevada.

No Brasil, apesar das taxas de suicídio serem mais baixas em comparação à maioria dos países, oscilando entre 3,50 e 4,00 por 100.000 habitantes, as relativas, à população acima de 60 anos são duas vezes mais altas do que na população em geral, especialmente devido ao aumento crescente das taxas relativas ao grupo de homens idosos (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). Ressalta-se que, o número de homens que morrem por suicídio é maior do que o contingente de mulheres. Uma das explicações para essa situação pode ser devido ao fato de que eles demoram mais tempo para buscarem apoio profissional, acabando por desenvolverem quadros depressivos mais graves. Em países desenvolvidos, o número de homens que morrem por suicídio triplica em comparação às taxas de suicídio de mulheres. Pessoas do sexo masculino na faixa etária acima de 50 anos são particularmente vulneráveis. Nos países pobres e em desenvolvimento, o número de jovens e mulheres idosas que morrem por suicídio é maior do que nos países desenvolvidos. Além disso, mulheres com idade a partir de 70 anos apresentam o dobro de risco de morrerem por suicídio do que mulheres com idade entre 15 a 29 anos (WHO, 2014).

Minayo e Cavalcante (2010) apontam que de acordo com a literatura, os casos de suicídios em idosos, estão profundamente associados às doenças e transtornos mentais. Existem estudos que buscam informações sobre as circunstâncias e os motivos que levaram a pessoa a cometer suicídio, conhecidos como autópsias psicológicas. Tais estudos, segundo as autoras, constataram que entre 71% e 95% dos idosos que cometeram esse ato de autodestruição tinham

diagnóstico de algum transtorno mental. Outro estudo sobre fatores associados ao suicídio realizado por Harwood et al. (2001) constatou que, em uma amostra bastante expressiva de idosos que cometeram suicídio, 77% sofria de algum transtorno psiquiátrico na ocasião da morte. Desses 63% tinha depressão e 44% apresentava outras dificuldades, como severidade na forma de viver a vida e obsessão. Nos Estados Unidos, o número de pessoas do sexo masculino que cometem suicídio, na faixa etária acima de 65 anos é cinco vezes maior do que a taxa da população em geral. Além disso, 10% das pessoas idosas que apresentam ideação suicida relatam problemas econômicos, solidão, condições desfavoráveis de saúde e sinais de depressão (GORDILHO, 2002). É importante destacar que esses transtornos mentais ocorrem de forma significativa na velhice, porém, percebe-se que muitas vezes, são negligenciados e reconhecidos como próprios do processo de envelhecimento e, portanto, não há uma intervenção adequada.

Além da depressão, o uso e abuso de substâncias psicoativas é um dos principais transtornos mentais relacionados ao suicídio. Ressalta-se que existem ainda poucas investigações e, portanto, uma escassez de produções científicas que abordem a temática do uso de drogas na população idosa, sendo que a maioria dos estudos é internacional. É fundamental, entretanto, que sejam realizados estudos nessa perspectiva, pois diante do crescimento acelerado da população idosa, o uso e abuso de substâncias psicoativas continuará aumentando, tornando-se cada vez mais uma preocupação para a Saúde Pública. Pillon et al. (2010), sugerem que a insuficiência de pesquisas acerca do uso de drogas entre os idosos pode estar associada às dificuldades de identificar o consumo e suas consequências, tanto por parte do próprio idoso, quanto pelos profissionais de saúde. Muitos idosos não informam o uso, seja por vergonha, medo, entre outros motivos, que acabam dificultando a identificação e uma possível intervenção. Além disso, os profissionais podem não identificar o uso, devido à falta de capacidade técnica ou até mesmo pela imagem preconcebida de que o uso de drogas afeta somente a população jovem.

O alcoolismo no Brasil representa um problema de saúde pública, que atinge, sobretudo, a população masculina, tendo em vista que aproximadamente 50% das internações psiquiátricas de homens ocorrem em função do abuso de álcool, além de outros problemas relacionados ao álcool como violência e acidentes de trânsito (SANTOS, 2009). Apesar do número de idosos alcoolistas ser menor em

comparação aos jovens, trata-se de algo que merece reconhecimento e preocupação, pois o uso tardio de álcool aumenta a probabilidade de dependência, devido a fatores como alterações corpóreas e no metabolismo, bem como o aumento do uso de remédios, inclusive dos que apresentam riscos de provocar dependência. É importante considerar que, pessoas acima de 60 anos consomem em média dois tipos de medicação por dia, e, portanto, sua interação com o álcool é perigosa, provocando riscos de efeitos nocivos à saúde. Investigações realizadas em amostras clínicas constataram que entre 6 e 11% dos pacientes idosos acolhidos em hospitais gerais eram dependentes de álcool (SILVA, 2008).

De acordo com um estudo realizado por Pillon et al. (2010), com o objetivo de identificar o perfil dos idosos usuários de substâncias psicoativas atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas de São Paulo, no período de 1996 a 2009, constatou-se que as drogas ilícitas mais usadas foram a maconha, a cocaína e o crack. Entretanto, entre os idosos não é comum o uso dessas substâncias, uma vez que o uso de drogas ilícitas afeta menos de 1% dessa população. O presente estudo evidenciou que a droga lícita de maior uso identificada foi o álcool, ficando as medicações em segundo lugar, por meio de seu uso abusivo feito pelos idosos, tendo em vista que a população idosa consome o dobro de medicações do que a população jovem. Destaca-se que, mesmo com baixos níveis de consumo de álcool, os idosos ficam mais suscetíveis ao desenvolvimento de problemas de saúde. Constatou-se ainda, que os idosos do gênero masculino fazem mais uso de bebidas alcoólicas do que as mulheres idosas, que ao longo de sua vida apresentam maiores chances de mudarem seus hábitos, inclusive o relacionado ao consumo de álcool. Salienta-se que, depressões, ansiedade e alcoolismo também são transtornos associados ao estresse e o desgaste emocional, vivenciado pelos idosos é um fator significativo em sua incidência. Fatores psicossociais e pessoais podem exercer influências nos motivos que levam o idoso a consumir álcool.

Desse modo, outra questão importante que deve ser considerada em relação à saúde mental dos idosos se refere ao estresse psicossocial na velhice. Observa-se que, diante de tantas transformações societárias, o estresse psicossocial vem acometendo a vida de muitas pessoas, que se obrigam a passar por modificações em sua cultura e em seus hábitos cotidianos, que muitas vezes, acabam gerando problemas emocionais e orgânicos, trazendo prejuízos a sua qualidade de vida.

O estresse é a capacidade natural do indivíduo para reagir de forma complexa aos estímulos do meio ambiente, quando submetido a tensões. Trata-se de um mecanismo necessário e benéfico ao organismo, por colocar a pessoa em estado de alerta, aumentando a atenção e sensibilidade diante de situações de dificuldade e de perigo. Quando surge o estresse, imediatamente ocorre uma reação em cadeia e o corpo sofre reações químicas. Quando essas reações são constantes ou ocorrem em excesso, podem prejudicar o organismo, caracterizando-se como um processo crônico. Esse desgaste pode gerar a suscetibilidade à instalação de doenças físicas (transitórias ou crônicas) ou emocionais (SANTOS et al., 2002, p. 197).

Apesar de o estresse ser algo natural e necessário ao organismo, quando em excesso é prejudicial, levando a pessoa que sofre o estresse a ficar mais vulnerável a possíveis doenças, tanto físicas, quanto mentais. Situações como aposentadoria, diminuição da autonomia, perda de pessoas próximas, dificuldades em lidar com a diminuição da capacidade física e cognitiva, conflitos familiares e problemas financeiros também são situações consideradas estressantes. Essas situações podem ainda, ocasionar enfermidades, como hipertensão, bem como alergias, insônias, problemas de coração, etc. Salienta-se que as redes de apoio social têm um papel significativo na diminuição dos impactos negativos que o estresse psicossocial causa na saúde mental dos idosos. A relação positiva entre as pessoas contribui para amenizar o sofrimento causado pelos estressores sociais (SANTOS et al., 2002). É importante salientar que muitas situações estressantes estão diretamente relacionadas ao modo de vida imposto, na sociedade, pelo capitalismo, pois, embora existam esforços na busca de inclusão dos idosos em todas as esferas da sociedade, eles ainda são desvalorizados, sofrendo preconceitos, descaso e discriminação por serem considerados improdutivos e inúteis ao capital.

Nesse sentido, Alves (2014), ao analisar as novas dimensões da precarização do trabalho no Brasil, no século XXI, sob a égide do capitalismo, destaca que a partir da disseminação das tecnologias informacionais, atreladas ao modelo de gestão toyotista⁷, aumentou-se a competitividade, a flexibilização e intensificação do trabalho, a pressão para o cumprimento de metas e a frustração em relação às expectativas de carreira. Essas alterações no mundo do trabalho contribuíram, em grande parte, para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho, ressaltando-se os transtornos mentais e o crescimento dos lucros exagerados da indústria

⁷ Ver ALVES, Giovanni. Trabalho e Neodesenvolvimentismo: choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil. 2014

farmacêutica por meio da comercialização de antidepressivos. Percebe-se que, muitos idosos, sofrem com doenças e transtornos mentais originados durante sua vida laboral precária enquanto ainda jovem e outros passam a adquiri-los após a entrada na velhice, muitas vezes recebendo uma aposentadoria insuficiente para suas necessidades. Muitos se tornam dependentes de medicações como ansiolíticos e narcóticos, muitas vezes para amenizar a ansiedade ou para conseguirem dormir, prejudicando sua saúde mental.

É necessário esclarecer que a saúde mental, assim como a saúde em seus diversos aspectos, é um conceito multifacetado. Tendo em vista, que a realidade está em constante movimento e sofre alterações, é impossível existir bem-estar, satisfação e conforto constantes. Dessa forma, também não há um conceito preciso e único sobre saúde mental, porém percebe-se que há uma tendência em se priorizar na literatura as características que se referem à doença mental em si, seus sintomas, as condições de seu surgimento, bem como seu diagnóstico e tratamento. “Parece existir uma grande lacuna teórica, ou talvez um olhar que privilegie o discurso sobre a doença, em detrimento da saúde psíquica” (FIGUEIREDO; WAGNER; CANÇADO, 2002, p. 808). As contribuições de outras áreas como as Ciências Sociais, Serviço Social, Filosofia e Antropologia têm sido muito importantes para que se possa olhar o sujeito com transtorno mental de forma integral, levando em conta o processo dialético de saúde mental/doença mental.

Durante a revisão bibliográfica, constatou-se que também não há um consenso entre os autores acerca dos conceitos de doença mental, transtornos mentais e sofrimento psíquico. Muitos consideram tais termos como sinônimos entre si. Outros defendem o uso dos termos transtornos mentais e sofrimento psíquico como sendo menos estigmatizantes, pois não pressupõem uma noção de doença fisiológica. Para Basaglia (2005) a psiquiatria ocupou-se apenas da doença em si, deixando o sujeito de lado. Dessa forma, buscando promover o inverso, o autor propõe colocar a doença entre parênteses, a fim de lidar, não com a doença, mas com o sujeito. Isso não significa negar a doença mental, nem que exista algo que produza dor e sofrimento, mas recusar a redução do sofrimento psíquico⁸ ao conceito de doença. Assim, o autor utiliza a expressão “existência-sofrimento”.

⁸ O Termo “portador de sofrimento psíquico” foi utilizado no Relatório final da III Conferência de Saúde Mental (BRASIL, 2001), para nomear as pessoas, que anteriormente eram denominadas doentes mentais.

Optou-se, nessa Dissertação, utilizar-se o termo transtorno mental ao referir-se aos usuários participantes da pesquisa, pois compreende-se que a palavra sofrimento psíquico é muito ampla, uma vez que nem toda a pessoa que está em sofrimento psíquico possui um transtorno mental e nem toda a pessoa com transtorno mental está em sofrimento psíquico, embora muitos estejam. Saraceno (1998) esclarece que podemos estar em sofrimento, porém não somos sofredores por essência. Nesse sentido, qualquer pessoa pode, em algum momento da vida, vivenciar um sofrimento psíquico, mas não necessariamente ter um transtorno e necessitar de assistência em saúde mental. Contudo, os usuários dos CAPS possuem um transtorno mental e por isso recebem atendimento nesses serviços. A expressão transtorno mental também é identificado na maioria dos documentos oficiais atualizados relativos à política de saúde mental. Contudo, o foco do Serviço Social, nesse contexto, deve ser o sujeito e as expressões da questão social que ele vivencia e não seu transtorno mental e seus prognósticos. Ressalta-se a importância de intervenções além das realizadas por profissionais da área médica em pessoas transtornos mentais, evitando assim, que apenas os aspectos biológicos sejam valorizados e conseqüentemente, sejam evitadas condutas medicalizantes em detrimento dos aspectos emocionais (VARGAS, 1992).

Além do sofrimento acarretado pelos transtornos mentais, existe um agravante que se refere ao estigma e preconceito sofrido pelas pessoas com algum comprometimento em sua saúde mental. Percebe-se que essa situação de exclusão social tem sido reproduzida ao longo da história, tanto em países ricos quanto em países pobres ou em desenvolvimento, ocorrendo violações de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, seja em instituições ou até mesmo na comunidade ou na própria família. Idosos com sofrimento psíquico são vulneráveis aos abusos e violações de direitos, muitos vivenciam em seu cotidiano abusos físicos, financeiros, psicológicos e até mesmo sexuais. Entretanto, grande parte dessas violações não são registradas e, portanto, não é possível a realização de intervenções adequadas no sentido de reverter tais situações (ARBOLEDA-FLÓREZ, 2001).

Os problemas de saúde aumentam proporcionalmente ao crescimento da população idosa, exigindo que o sistema de saúde pública esteja preparado para o atendimento às necessidades desses idosos. Conforme aponta Veras (2000), grande parte das dificuldades que atingem a saúde dos idosos são ocasionadas por

fatores sociais, mas, sobretudo por fatores econômicos. Agrega-se a isso o impacto dos aspectos socioculturais que se expressam na doença mental, e que podem se agravar no envelhecimento em decorrência das diferentes perdas ocorridas nessa fase da vida. Condições desfavoráveis de moradia, de renda, de trabalho, de educação, entre outros fatores, também podem desencadear distúrbios psiquiátricos e sofrimento. É necessário, portanto, reconhecer os diversos fatores que determinam e condicionam a saúde mental dos idosos, a fim de garantir proteção e saúde a esses sujeitos.

De acordo com Bulla (2003), o Brasil não está estruturado adequadamente para o atendimento das demandas da população idosa. Segundo a autora, vivencia-se a precarização dos serviços públicos, bem como obstáculos que impedem o acesso aos recursos e a falta de preparo dos profissionais para atuarem junto a essa faixa etária. Além disso, sabe-se que o idoso que apresenta alguma doença necessita de mais recursos para que tenha condições de manter seu tratamento, considerando-se que parte dessa população é aposentada, situação que geralmente limita sua renda. Portanto, essa situação exige medidas de políticas sociais que atendam às necessidades dos idosos para que esses tenham melhores condições de vida.

Cabe esclarecer que um dos maiores desafios na saúde mental com relação aos idosos é a distinção por parte dos profissionais envolvidos entre as mudanças próprias e comuns ao processo de envelhecimento daquelas que são resultado da doença mental. É necessária assim, a qualificação destes profissionais para atuarem junto a este grupo da população, tendo em vista que possíveis falhas no diagnóstico e tratamento podem acarretar sérios prejuízos ao idoso. Percebe-se que os profissionais que atuam na área da saúde mental, ainda não recebem capacitação adequada para o desenvolvimento de seu trabalho junto à população idosa, o que foi confirmado na pesquisa e será apresentado posteriormente nos resultados. O contato com a pessoa idosa, segundo alertam Figueiredo; Wagner e Cançado (2002) pode, muitas vezes, provocar resistência dos profissionais, que também apresentam dificuldades em lidar com limitações, prejuízos físicos, doenças clínicas e até mesmo por dificuldades em aceitar a finitude como perspectiva de seu próprio envelhecimento.

Além disso, muitos idosos com transtornos mentais estiveram confinados em instituições asilares, onde viveram por muito tempo, ou até mesmo por quase toda a

vida, e “por terem vivido quase toda a vida asilados, eles têm poucas chances de serem reinseridos plenamente na sociedade” (SANTA ROSA, 2008, p. 9). A sociedade demonstra não estar preparada para receber os idosos de um modo geral, quanto mais idosos com algum prejuízo grave em sua saúde mental, que requerem uma atenção diferenciada. É necessário que as intervenções na saúde mental ocorram de forma interdisciplinar, buscando-se o acolhimento e o suporte social aos idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade emocional, muitas vezes em sofrimento ou em crise. Muitos desses sujeitos perderam totalmente os vínculos familiares, e necessitam de serviços que garantam suas necessidades de reinserção na comunidade. Nesse sentido a Reforma Psiquiátrica propõe uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, dentre esses, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - lócus onde foi realizada a pesquisa durante o mestrado e que é um importante dispositivo para o atendimento das demandas da população com transtornos mentais.

Compreende-se que a questão central a ser discutida deve ser em relação às formas de inclusão dessa população na sociedade, de forma que sejam atendidas suas necessidades. Compartilha-se do pensamento de Martins (1997), de que não existe exclusão, mas o que existem são “vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes” (p. 14). Dessa forma, é essencial que se pense em políticas e programas destinados ao atendimento e a reinserção social dos idosos com transtornos mentais, que visem garantir os direitos que lhes são pertinentes, proporcionando-lhes espaços de participação na vida em sociedade.

3.3 POLÍTICAS DE PROMOÇÃO AOS DIREITOS DO IDOSO

Face às novas configurações da sociedade contemporânea, ocasionadas pelas alterações no perfil etário da população, constata-se a necessidade de repensar as políticas públicas destinadas aos idosos. Compreende-se que um envelhecimento saudável está diretamente relacionado às políticas públicas, pois a partir delas é possível a efetivação de novas práticas e formas de tratar a população idosa, visando à garantia de seus direitos, oportunizando sua proteção e inserção na sociedade.

A política pública é definida como um conjunto de ações exclusivas do Estado, destinadas a atender às necessidades de toda a sociedade. É função delas articular as ações da iniciativa privada e da comunidade, informar, fomentar pesquisas e, de um modo geral, atender aos anseios da sociedade (MAJEWSKI, 2013).

A desigualdade social cada vez mais acentuada atinge também as pessoas idosas, uma vez que representam um número significativo da população, requerendo medidas de prevenção e proteção, a fim de que esse aumento da longevidade não se torne um problema, ao invés de um avanço. Mendonça e Pereira (2013) justificam a necessidade de investimento em medidas de prevenção e promoção de saúde e bem-estar social, afirmando que o contingente de pessoas com mais de 80 anos está aumentando significativamente e, portanto, terá um tempo maior recebendo aposentadoria, além de necessitar de serviços sociais públicos. Nessa faixa etária também ocorre maior incidência de doenças e fragilidades, requerendo cuidados e serviços especializados. Além disso, as pessoas com mais de 75 anos utilizam cerca de quatro vezes mais serviços de Saúde e Assistência Social do que os que estão abaixo dessa faixa.

É mediante as políticas sociais que o Estado dá respostas às expressões da questão social⁹, no atendimento às demandas postas na sociedade. Essas têm a finalidade de garantir à população o exercício de direito de cidadania, tais como: Educação, Saúde, Trabalho, Assistência Social, Previdência Social, Justiça, entre outros. Faz-se necessário aqui pontuar que o Estado implementa a política social, defendendo os interesses econômicos como prioridade, tratando o social de maneira secundária, buscando legitimar-se politicamente. Dessa forma, somente a partir de pressões e mobilizações, é que as demandas advindas das classes mais vulneráveis, entre essas, a população idosa, são administradas e atendidas. Por vezes, o Estado se antecipa, de maneira estratégica, respondendo essas demandas, a fim de controlar e manter a força de trabalho, possibilitando a expansão do capital (GODOY, 2014). Nesse cenário contraditório é que surge a política social.

Por outro lado, Bulla (2003) adverte que as políticas sociais não podem ser simplesmente reduzidas ao âmbito da reprodução e exploração do trabalho, meramente como instrumento de dominação. Segundo a autora, essa visão seria

⁹ Questão social é entendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2004, p. 27).

parcial, pois não pondera a realidade concreta da correlação de forças sociais e as contradições inerentes ao sistema capitalista. Assim, a classe trabalhadora também possui um papel de protagonismo na luta e conquista de seus direitos, efetivados por meio da política social, que também é compreendida como estratégia de resistência. Nessa direção, Montaña (2009, p.39) explica que as políticas sociais surgem como “[...] instrumentos de legitimação e consolidação hegemônica que, contraditoriamente, são permeadas por conquistas da classe trabalhadora”.

Em relação ao caminho percorrido na busca dos direitos dos idosos, destaca-se que a Lei nº 4.682 (BRASIL/DATAPREV, 1923), conhecida como Lei Eloy Chaves, em 1923, foi o primeiro movimento no que se refere à atenção ao idoso. Essa lei foi um marco inicial da Previdência Social no Brasil, pois por meio dela foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. Destaca-se que a referida lei representou o início da responsabilização do Estado pela regulação e concessão de benefícios e serviços. As CAPs eram organizadas por empresas e financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. O presidente da República nomeava o presidente das CAPs e os empregados e empregadores participavam igualmente da administração. Os benefícios variavam de acordo com as contribuições e previam: assistência médica-curativa e provimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. Os trabalhadores que primeiro lutaram pela organização das CAPs em suas empresas foram os ferroviários em 1923, após os estivadores e os marítimos em 1926. O restante só o conseguiu após 1930 (BRAVO, 2009).

É no final do século XIX, que as políticas sociais foram criadas nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, porém, sua efetivação ocorreu somente a partir de 1930, no cenário urbano-industrial, em resposta ao agravamento da questão social, ao mesmo tempo em que a classe trabalhadora passou a se organizar reivindicando direitos e a criação de medidas de políticas sociais por parte do Estado capitalista.

A partir de 1930, o Brasil entrou num período de maior desenvolvimento econômico [...]. Simultaneamente registrou-se um incremento da taxa de crescimento da população e de urbanização. A concentração da população nas áreas urbanas trouxe consigo problemas de assistência, educação, habitação, saneamento básico, de infraestrutura e tantos outros. Na medida em que a industrialização avançava, crescia a concentração da renda, ampliando-se as desigualdades sociais, aumentando as tensões nas relações de trabalho e agravando-se a questão social (BULLA, 2003, p. 5).

Somente na década de 1930, o Estado passou a intervir de forma mais efetiva nas expressões da questão social, por meio das políticas sociais, bem como de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. Nesse período, o governo de Getúlio Vargas¹⁰ adotou uma política de proteção ao trabalhador, visando o aumento da produção. Nesse sentido, criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em novembro de 1930. Em 1939 regulamentou a justiça do trabalho e em 1943 homologou a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. Essa legislação trabalhista, em alguma medida, dava conta das necessidades dos trabalhadores, mas também aos interesses do processo de industrialização que emergia. Dessa forma, a questão social era tratada, ao mesmo tempo que subalternizava os trabalhadores à política do governo, não favorecendo maiores chances de participação popular (BULLA, 2003). Destaca-se que todas essas ações manifestaram-se como donativos do Governo e do Estado, e não como direitos conquistados, resultado das lutas da classe trabalhadora. Entre as medidas de proteção aos trabalhadores implantadas por Vargas, estão a instituição do salário mínimo, a jornada de 8 horas de trabalho, férias remuneradas e assistência à saúde, entre outras.

A partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, que substituíram as CAPs, nasceu a medicina previdenciária. Estes institutos tinham a intenção de oferecer ao maior número de assalariados urbanos seus benefícios, visando responder antecipadamente as suas reivindicações, (BRAVO, 2009). Cabe destacar que só era possível o acesso ao direito à assistência médica, o trabalhador contribuinte da Previdência. É importante salientar que as demandas da velhice deixaram de ser responsabilidade filantrópica e passaram a ser atendidas pelo âmbito público, no entanto, configuravam-se como direitos das pessoas vinculadas ao trabalho formal e não como um direito da pessoa por ser idosa. As políticas sociais nessa época tinham um cunho corporativo. A partir do momento que a pessoa deixava o mercado de trabalho, era considerada improdutiva e velha. O movimento em torno da Previdência Social se ampliou durante o mandato de Vargas. Nesse contexto, surgiu ainda, a Legião Brasileira de Assistência Social - LBA, em 1942, sendo a primeira campanha que desenvolvia ações de

¹⁰ O governo Vargas foi um marco na história do país, pois demarca a divisão entre o sistema agrário-comercial existente antes de 1930 e o sistema urbano-industrial que se instaurou a partir de 1930, com o objetivo de intensificar a industrialização e expandir o capitalismo (BULLA, 2003).

assistencialismo como forma de alcançar a adesão popular. A LBA era o órgão que juntamente com o Estado assumiria os serviços de Assistência Social (BULLA, 2003).

Em nível mundial, constata-se que entre 1945 a 1975, nos países industrializados da Europa, houve a expansão do Estado de Bem-estar ou Welfare State, fortalecendo e ampliando o setor público, implantando e administrando sistemas de proteção social (MENDONÇA; PEREIRA, 2013). Essa proposta de intervenção do Estado iniciou nos anos 1950, com o aumento das desigualdades ocasionadas pelo capitalismo, a partir da crise econômica de 1929, visando restaurar as condições de acumulação do capital. Esse modelo, entretanto, não se efetivou no Brasil.

De acordo, com Bulla e Kist (2009) é somente a partir da década de 1970 que constata-se uma preocupação mais ampla direcionada às questões do envelhecimento, tendo em vista o aumento acelerado da população idosa. Dessa forma, em 1974, foi criada a Renda Mensal Vitalícia, assegurando meio salário mínimo para as pessoas que não possuíam qualquer benefício previdenciário e que não tinham condições de manter sua subsistência. Esse benefício foi uma das iniciativas pioneiras em âmbito federal em relação aos direitos dos idosos. Nesse ano também foi criado o Programa de Assistência ao Idoso – PAI, dando origem aos primeiros grupos de aposentados vinculados a Previdência Social.

As décadas de 1970 e 1980 marcaram a expansão dessas ações em torno da Previdência, por meio da União dos Aposentados e Pensionistas do Brasil. Em 1977 foi formulada a Política Social da Velhice. A Política Social para o idoso e o documento “Política Social para o Idoso – Diretrizes Básicas”, publicado em 1977, foram fruto dos três Seminários regionais, realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza, que tinham como finalidade a identificação das condições de vida do idoso no país. Esses seminários objetivavam ainda, apresentar a rede de suporte voltada às necessidades dessa população (CADERNOS LBA, [19--]).

Em 1978, o Programa de Assistência ao idoso - PAI, deixou de ser responsabilidade do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS e passou a ser assumido pela LBA, que a partir desse momento passou a executar a Política Nacional de Apoio ao idoso. A partir de 1980, o PAI é descentralizado, a fim de ampliar sua cobertura para toda área operacional da LBA. Assim, surgiram os Grupos de Convivência de Idosos, considerados espaços de atuação dos

assistentes sociais. Nesses grupos ocorria a troca e valorização das experiências vivenciadas pelos idosos, que tinham a oportunidade de fortalecer sua participação em programas da LBA e conviver com pessoas de sua mesma faixa etária (BULLA; KIST, 2009).

Na década de 1980, ocorreu uma nova crise do sistema capitalista. Nesse bojo, os liberais atribuíram ao Estado de Bem-Estar a inflação, o desemprego e a diminuição do crescimento econômico. Segundo eles, essa crise, também foi fruto, das alterações demográficas, dentre as quais o envelhecimento da população elevou os gastos sociais, impulsionando o Estado e a sociedade a repensarem o conjunto das políticas (MENDONÇA; PEREIRA, 2013). No Brasil, esse período foi atravessado por contradições, pois embora se evidenciasse o agravamento das expressões da questão social, também é marcado por grandes conquistas democráticas, sem precedentes na história do país. Essas conquistas foram fruto da intensa participação popular de grupos e protagonistas sociais na luta pela redemocratização do Estado e da sociedade em um contexto pós-ditadura, com a intensificação de debates a favor de políticas sociais de caráter público, que desencadearam na reforma constitucional em 1988.

Nesse reordenamento político, econômico e social, a criação da Constituição Federal de 1988 representou um marco importante na política pública de atenção ao idoso, alterando o enfoque do assistencialismo a uma conotação ampliada de cidadania. A Constituição estabelece todos os direitos e deveres dos cidadãos, independentemente da idade. Além disso, a Constituição institui um caráter universal na proteção social, trazendo ainda, uma concepção de articulação entre a família, o Estado e a Sociedade, frente às necessidades e direitos dos idosos. O conceito de seguridade social também foi introduzido na Constituição, que de acordo com o artigo 194, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social” (BRASIL, 1988). A partir de então, há uma nova concepção acerca da Assistência Social, que deixa de ser entendida como favor, com caráter clientelista e assistencialista, tornando-se uma política pública, com caráter de direito, direcionada à prevenção, proteção, inserção e promoção social, articulada com outras políticas públicas.

Conforme estabelece o Artigo 203 da referida Constituição, a Assistência Social deve estar disponível a qualquer pessoa que dela necessitar, independente

ter contribuído com a Seguridade Social. Dentre seus objetivos encontra-se a “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”, bem como a garantia de “um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência¹¹ e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (BRASIL, 1988). Por meio desse conjunto normativo, conclui-se que a Assistência Social é direito dos cidadãos e dever do Estado e não se restringe apenas aos que não podem contribuir com a Previdência, é direcionada a toda coletividade. Posteriormente, é ratificada pela Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, em 1993 e após pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS, em 2004.

Outros artigos da Constituição também merecem destaque no que se refere ao reconhecimento legal dos idosos, uma vez que anteriormente, os direitos da pessoa idosa não eram previstos em outro texto constitucional. Assim, o Artigo 229 demonstra claramente a importância do papel da família para o idoso ao definir que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar seus filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. O Artigo 230 define que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes direito à vida”. Estabelece ainda, que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”. Além disso, esse artigo garante a gratuidade dos transportes coletivos urbanos às pessoas acima de sessenta e cinco anos. Outra conquista importante instituída na Constituição é o direito de voto para as pessoas com mais de setenta anos, de acordo com o Art. 14º (BRASIL, 1988).

A partir da Constituição de 1988 outras leis surgiram, reafirmando os direitos dos idosos, trazendo avanços e inovações na área do envelhecimento. Dentre essas encontram-se a Lei Orgânica da Assistência Social – Loas, promulgada em 1993, a Política Nacional do Idoso, de 1994, o Estatuto do Idoso, em 2003, a Política Nacional de Assistência Social, em 2004 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006.

¹¹ Atualmente não se usa o termo “Portador de deficiência”. “Pessoa com deficiência” é o termo presente na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas - ONU, ratificado pelo Brasil com valor de emenda constitucional em 2008.

A Lei Orgânica da Assistência Social, regulamentada em 1993 (BRASIL, 1993), conforme citado acima, reconheceu a política pública de Assistência Social descrita na Constituição Federal como responsabilidade do Estado, iniciando assim, um importante percurso nas políticas sociais do país. Sua regulação ocorreu em 2005, pelo Sistema Único de Assistência Social- Suas, que institui um pacto federativo para a materialização da PNAS.

O Sistema Único de Assistência Social (Suas) é um sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e recursos dos três níveis de governo para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), envolvendo diretamente as estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Sistema é composto pelo poder público e sociedade civil, que participam diretamente do processo de gestão compartilhada (BRASIL/MDS, S/D).

A partir da LOAS (BRASIL, 1993) também foi regulamentado o Benefício de Prestação Continuada- BPC, que é um direito instituído na constituição, no valor de um salário mínimo mensal para pessoas a partir de 65 anos e pessoas com deficiência, com renda familiar comprovada, que seja inferior a um quarto do salário mínimo vigente, isto é, que não tenha condições de manter seu sustento. De acordo com Gomes (2009), para a população idosa, é o principal programa de transferência de renda, representando mais de 70% das situações voltadas a subsistência da família. Para receber esse benefício assistencial, o beneficiário não necessita ter contribuído com a Previdência Social.

Em janeiro de 1994, foi criada a Política Nacional do Idoso, sancionada pela Lei nº 8.842 (BRASIL, 1994), representando um grande avanço na legislação no que se refere à proteção aos idosos no país. Ela assegura os direitos sociais ao idoso, estabelecendo as condições necessárias para a promoção de sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade, determinando que esses não devem sofrer qualquer forma de preconceito. São competências dos órgãos e entidades públicas contemplar as demandas da população idosa no que se refere às áreas da promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e Previdência Social, habitação e urbanismo, cultura, esporte e lazer, trabalho, justiça. Além disso, a PNI incentiva a criação de diferentes modalidades de atendimento ao idoso, tais como: Centros de Convivência, Centro de Cuidados diurno, Hospital-dia, Casas-lares, Oficinas abrigadas de trabalho, Atendimentos domiciliares, entre outros. Destaca

ainda, que a atenção ao idoso deve ser prioritariamente realizada por sua família, sendo que a assistência asilar somente deve ocorrer nos casos em que o idoso não tiver vínculos familiares, por abandono ou por falta de recursos financeiros (BRASIL, 1994).

A PNI estabelece que toda a população deve ter conhecimento a respeito do processo de envelhecimento e de suas múltiplas dimensões e, portanto, o apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento constitui-se uma de suas diretrizes. Outra diretriz que merece destaque é a que diz respeito à viabilização de diferentes maneiras de participação, ocupação e convívio do idoso, visando também a interação e o vínculo intergeracional (BRASIL, 1994). Nessa perspectiva, observa-se, atualmente, a existência de diversas atividades e espaços coletivos que oportunizam aos idosos compartilharem experiências com outras pessoas que vivenciam a mesma fase da vida e com pessoas de outras faixas etárias. O ambiente acadêmico também tem contribuído significativamente, por meio de pesquisas e atividades direcionadas à população idosa, que objetivam fortalecer sua cidadania, participação social, autonomia e sociabilização.

No que tange a participação social, é importante salientar que a PNI criou os Conselhos em âmbito nacional, estadual e municipal, definindo-os como órgãos permanentes, paritários e deliberativos, os quais competem a formulação, o supervisionamento e a avaliação da Política Nacional do Idoso em suas instâncias. A participação nos Conselhos possibilita ao idoso o exercício de sua autonomia, que reivindica e luta pela efetivação de seus direitos que já estão instituídos nas leis.

Os conselhos são, portanto, o fórum legítimo de participação e a forma que os segmentos sociais encontram para fazerem representar. A representatividade se dá na forma de uma atuação organizada, é a ação em nome de outro, legitimada por ele. Os conselhos são espaços legais reconhecidos pelo Estado em que a sociedade civil pode exercer sua cidadania e ter seus direitos conquistados para além do voto (BOARETTO; HEIMANN, 2003, p. 111).

O Conselho Municipal do Idoso deve estar em consonância com as políticas nacional e estadual, adequando-se às leis regulamentadas. Não deve estar associado a um partido político, ao contrário, deve promover a participação de diferentes tendências políticas e ideológicas. Tem o dever ainda, de incentivar e ampliar o debate sobre as necessidades dos idosos, encaminhando propostas aos poderes municipais, que são os responsáveis pela implementação das ações (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DOS IDOSOS- CNDI, 2005).

Embora os Conselhos sejam espaços importantes para a participação do idoso, de acordo com dados do IBGE (2009), no Brasil apenas 1974 municípios declararam possuir Conselhos Municipais dos Direitos do Idoso, representando 35,5% do total. Dessa forma, constata-se que sua abrangência ainda é limitada, demonstrando que há necessidade da implantação e ampliação desses dispositivos democráticos para que o idoso possa exercer sua participação social e cidadania.

Ressalta-se que as modificações feitas na política devem levar em consideração o protagonismo do idoso enquanto destinatário, bem como sua realidade social, econômica e regional. A partir das definições estabelecidas na PNI observa-se um grande avanço no reconhecimento dos direitos dos idosos, tendo em vista que essa legislação específica forneceu subsídios para a materialização de ações e princípios descritos na Constituição Federal de 1988.

Após nove anos da promulgação da PNI, o Estatuto do Idoso, foi regulamentado pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003). Fruto de mobilizações e discussões a favor dos direitos dos idosos é destinado a regular os direitos pertinentes às pessoas com sessenta anos ou mais. É necessário pontuar que, apesar do Estatuto definir como idosos as pessoas com mais de 60 anos, na prática, a maioria dos benefícios são destinados às pessoas acima de 65, o que acaba prejudicando muito idosos em áreas importantes. Segundo Frange (2004) tem crescido o número de projetos de lei e emendas constitucionais que se referem à Assistência Social e propõem modificações em relação à concessão e aos critérios para o acesso ao BPC. Uma dessas alterações que se busca diz respeito à redução da idade para o acesso do benefício, passando a ser aos 60 anos.

O Estatuto prevê a obrigatoriedade do Estado em garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, por meio da execução de políticas sociais públicas que possibilitem um envelhecimento saudável (Art. 9º). Além de ratificar os direitos previstos na Política Nacional do Idoso e na Constituição Federal, o Estatuto do Idoso acrescentou novos mecanismos de proteção aos idosos, coibindo a discriminação e a violação aos direitos descritos nas leis, por meio de sanções e punições. Do artigo 96º ao 108º, são elencadas uma série de punições para cada tipo de violação, seja física, sexual, financeira, psicológica, relacionada ao cárcere privado, entre outras. Outra novidade advinda com o Estatuto do Idoso, é que de acordo com Kist (2008), a partir das definições dos crimes e das respectivas penas nele estabelecidas, foi possível a intervenção do Ministério Público em situações

como abandono, violência, maus tratos, agressão, entre outras queixas e denúncias realizadas com frequência.

No que se refere à saúde do idoso, o Estatuto define que “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, [...] incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos” (Art. 15º). Determina ainda, que o poder público tem o dever de fornecer gratuitamente ao idoso, medicamentos, até mesmo os de uso continuado, bem como próteses, órteses, reabilitação ou habilitação (Art. 15º, § 2º). O Estatuto também proíbe qualquer forma de discriminação no que se refere à cobrança de valores diferenciados de acordo com a idade nos planos de saúde, ou seja, é vedado o aumento do valor devido à idade (Art. 15º, § 3º). No Brasil, entretanto, observa-se que esse direito não é respeitado pelas operadoras de planos de saúde, uma vez que quanto maior a idade da pessoa, maior será a cotação de seu plano mensal.

Os direitos relacionados à educação, cultura, esporte e lazer também são contemplados no Estatuto (Art. 20º). A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer é assegurada por meio de desconto de 50% nos ingressos em eventos e pelo acesso preferencial nesses locais (Art. 23º). O Estatuto também incentiva a abertura de Universidades para a população idosa, bem como a publicação de livros e periódicos com conteúdos adequados aos idosos, a fim de facilitar a leitura, considerando suas limitações visuais. É importante que as universidades proporcionem espaços coletivos de inclusão, participação social e cidadania voltados a terceira idade. Nessa perspectiva, o Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais – NEDEPS da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul desenvolve atividades de pesquisa e de Extensão na área da Gerontologia Social. Dentre, as atividades de extensão encontram-se os grupos de convivência “Matinê das Duas: Cine Comentado” e “Grupo Trocando Ideias”, que contam com o suporte de alunos de graduação, mestrado e doutorado. Essas atividades são gratuitas e abertas à comunidade, são realizadas desde o ano de 2001. Além desse trabalho, a PUCRS desenvolve diversas atividades direcionadas aos idosos.

No que se refere aos transportes coletivos públicos, sua gratuidade está prevista para as pessoas acima de 65 anos, mediante apresentação de qualquer documento que comprove sua idade (Art. 39º). No transporte coletivo interestadual é estabelecido que sejam reservadas, por veículo, duas vagas gratuitas para idosos

com renda igual ou inferior a dois salários mínimos (Art. 40º) e no mínimo 50% de desconto no valor das passagens para aqueles que excederem as vagas gratuitas, com renda abaixo ou igual a dois salários mínimos. Além disso, o Estatuto prevê aos idosos o direito de vagas preferenciais nos estacionamentos públicos e particulares (Art.40º), bem como a prioridade no embarque e desembarque no sistema de transporte coletivo (Art. 41º).

É importante reconhecer a importância da família na vida social da pessoa idosa, uma vez que o Estatuto declara que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (Art. 3º). Além disso, a Assistência Social tem uma proposta de atuação junto à família, buscando prevenir a ruptura dos vínculos, promovendo o fortalecimento das relações afetivas, de modo que o idoso continue no seio familiar, exercendo um papel participativo e sentindo-se pertencente. Dessa forma, acredita-se que para que a família tenha condições de proteger e promover o bem-estar de seus idosos, é preciso garantir condições de sustentabilidade. Nesse sentido, a Política Nacional de Assistência Social- PNAS, criada em 2004 (BRASIL, 2004), tem como objetivo atender às necessidades da família e de seus componentes, considerando os diferentes tipos de arranjos familiares, ofertando programas e serviços destinados ao seu apoio e sustentabilidade.

A família é apontada como o suporte da rede social do idoso, e, portanto, tem sido priorizada nas discussões acerca de políticas públicas sociais incluídas na PNAS. Essa política assegura ao idoso e a sua família o acesso a programas, serviços e benefícios que viabilizem a concretização de seus direitos, organizados e efetivados pelo SUAS. Na perspectiva da garantia de direitos, a PNAS desenvolve ações preventivas e individualizadas voltadas aos idosos com algum grau de dependência, em seu domicílio. Tal atenção é executada pelas equipes dos CRAS¹² em conjunto com outras políticas e visa dar apoio ao idoso e a sua família (GOMES, 2009).

¹² O CRAS é uma unidade pública estatal descentralizada, responsável pela organização e oferta dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF (BRASIL/MDS, 2014).

Embora a centralidade da família seja enfatizada na Constituição Federal, no Estatuto do Idoso, na PNAS e demais políticas públicas, os dados mostram que muitos idosos residem sozinhos, o que pode ser preocupante, uma vez que essa rede de apoio informal tão necessária, acaba sendo prejudicada. Segundo dados do IBGE, entre os domicílios chefiados por idosos, o contingente de domicílios com apenas um morador, ou seja, unipessoais, totalizava 1.603.883, em 2000, representando 17,9% do total. Os estudos também evidenciaram uma elevada proporção de mulheres idosas que residiam sozinhas em 2000, representando cerca de 67%. O maior número de idosos que residem sozinhos encontra-se em Porto Alegre com aproximadamente 27,1%, seguido do Rio de Janeiro, com 23%, Curitiba, com 21,3% e São Paulo com 20,2% (IBGE, 2014). A família, juntamente com vizinhos e amigos compõe a rede de apoio informal e segundo esclarece Neri (2001), as redes de apoio informal para os idosos, são significativamente importantes, principalmente em países como o Brasil, que conta com poucas alternativas de apoio formal, ou seja, de serviços prestados por profissionais ou de serviços de atendimento à saúde, como hospitais, centros-dias, casas de repouso, entre outros. Dessa forma, se faz necessário a formulação de estratégias que visem oferecer um suporte social adequado a esse contingente de idosos que não conta com a rede de apoio familiar.

A respeito da rede de proteção a pessoa idosa, em 2005 o Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos, aprovou a realização da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em maio de 2006, a segunda ocorreu em 2009 e a terceira em 2011. Dentre as discussões e deliberações realizadas nessas conferências, a construção da rede de proteção e defesa dos idosos ganhou destaque, tendo em vista que é muito mais difícil o desenvolvimento de ações voltadas a essa população sem o apoio dessa rede (MENDONÇA; PEREIRA, 2013).

Ainda em relação à trajetória dos direitos dos idosos, destaca-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006). Seu objetivo central é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas com mais de 60 anos, direcionando ações coletivas e individuais de saúde para esse fim, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Dentre suas diretrizes ressalta-se a promoção do envelhecimento ativo e saudável; o incentivo às ações intersetoriais, objetivando à integralidade da atenção; o fornecimento de recursos, afim de garantir qualidade

da atenção à saúde do idoso; a participação e fortalecimento do controle social; a formação e educação continuada dos profissionais de saúde do SUS na área do envelhecimento e o apoio a elaboração de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Embora existam muitos avanços em relação aos direitos e reconhecimento dos idosos, resultantes de inúmeros processos de lutas e mobilizações, Mendonça e Pereira (2013) salientam que a população idosa na sociedade capitalista é considerada um peso para as políticas públicas, sobretudo no que se refere à Seguridade Social, que se preocupa com o ônus gerado pelos aposentados aos servidores ativos. O aumento da expectativa de vida acarreta encargos para a saúde, uma vez que aumentam também o número de doenças crônicas não transmissíveis, entretanto, o país demonstra não estar preparado para o atendimento dessas novas demandas, e, portanto, pouco tem investido na prevenção e promoção da saúde. No que tange a área da Assistência Social, percebe-se que essa política prioriza ações emergenciais, por meio de benefícios focalizados, ao invés dos serviços de cobertura mais ampla. Esse cenário impõe desafios para a sociedade e o poder público, a fim de que os idosos possam acessar seus direitos de forma plena. Para tanto, são necessárias mobilizações junto aos governos, que por sua vez, devem fazer com que os direitos previstos nas leis se concretizem mediante políticas públicas direcionadas a essa parcela da população, que ainda é discriminada e desprovida de proteção.

4 DESCORTINANDO A REALIDADE: A ATENÇÃO AOS IDOSOS NOS CAPS

Neste capítulo, evidencia-se a análise dos resultados encontrados a partir da coleta de dados realizada durante o processo investigativo, o qual contemplou seis Centros de Atenção Psicossocial - CAPS do município de Porto Alegre, que atendem a população adulta. Dentre esses, três são gerenciados pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, um é administrado por um grupo hospitalar federal e dois são geridos por um hospital privado, estabelecendo-se a parceria entre serviços públicos e privados, seja, entre o hospital e o governo municipal. Destaca-se que o CAPS constitui-se como a principal estratégia de desospitalização no processo de Reforma Psiquiátrica, ocupando um lugar central na Rede de Atenção à Saúde Mental.

Para uma compreensão mais ampla acerca da importância desse serviço de atenção à saúde mental, é necessário, inicialmente, situá-los no contexto de seu surgimento dentre os novos dispositivos propostos pela Reforma Psiquiátrica. Este capítulo, objetiva, também, problematizar alguns aspectos que comprometem a possibilidade de efetivação e consolidação da referida Reforma, que propõe uma nova visão acerca das pessoas com transtornos mentais.

Após, pretende-se explicitar a realidade investigada, revelando inquietações e contradições, mas também avanços e potencialidades vivenciadas no cotidiano do atendimento em saúde mental nas equipes dos CAPS em relação aos idosos adoecidos psiquicamente. É necessário não perder de vista que os resultados não são passíveis de generalizações, tendo em vista que os dados apresentados se referem aos depoimentos de um pequeno número de participantes. Além disso, em pesquisa qualitativa a busca por generalizações não é o interesse principal do investigador.

4.1 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA MATERIALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Historicamente as pessoas com transtornos mentais foram tratadas de várias formas: como um erro da natureza, castigo ou dádiva dos deuses e até mesmo como possessões demoníacas (BISNETO, 2009). A incapacidade para o trabalho das pessoas denominadas loucas, que não se adaptavam ao processo de produção,

de acordo com os interesses do capital, as levava ao isolamento em manicômios juntamente com criminosos e demais segregados da sociedade. Por muito tempo, essas formas de tratamento causaram sofrimento, preconceito e estigma a essas pessoas. Esse modelo de assistência em saúde mental contribuía para o aumento do sofrimento psíquico, dificultando a participação do sujeito na sociedade e afastando-o do convívio familiar.

A busca pela cura levou os médicos a desenvolverem diferentes formas de tratamentos, tornando o hospital um local onde o médico, com seu saber, era considerado o único capaz de conhecer as doenças e os métodos de tratamentos a serem utilizados. Com isso, muitas técnicas e procedimentos foram utilizados, tais como: punições, isolamento, choques, correntes, servidão, entre outros. Essas práticas eram justificadas como importantes para o tratamento e a cura. Muitas mortes, entretanto, eram ocasionadas por violência, abusos, condições precárias de higiene, doenças contagiosas, fome e abandono. O cuidado aos “loucos” era transferido ao manicômio e buscava-se ajustar essas pessoas ao padrão de comportamento aceito socialmente e considerado normal (PEREIRA et al., 2013). Muitas vezes, a internação dessas pessoas era uma forma de “higienização” da cidade.

Nesse sentido, o sujeito que era internado nessas instituições acabava perdendo o contato com o mundo exterior, tornando-se institucionalizado, subjugado as normas e castigos da instituição, perdendo sua liberdade, identidade, autonomia e individualidade. Goffman (1992) denominava esses hospitais psiquiátricos ou manicômios, assim como as prisões, asilos, conventos e campos de concentração como instituição total, compreendida como: “local de residência e trabalho onde um elevado número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1992, p. 11).

No Brasil, segundo Amarante (2008), a assistência às pessoas com transtornos mentais, teve seu início em 1852, com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, chamado Hospício Dom Pedro II, pois foi criado pelo imperador Dom Pedro II. Entretanto, o Hospício foi muito criticado pela categoria dos médicos, pois sua construção não fora realizada de acordo com o modelo voltado às necessidades da terapêutica moderna da “alienação mental”. Contudo, esse

Hospício deu início ao processo de criação de muitas outras instituições semelhantes no país.

No século XX foram criadas as primeiras colônias de alienados, no Rio de Janeiro, iniciando-se o denominado período do Modelo das Colônias, que durou até o início da década de 1940. A partir de então, a psiquiatria brasileira ampliou a assistência à saúde mental, através da criação de colônias agrícolas de tratamento, onde buscava-se a cura dos internados, por meio do trabalho agropecuário. Com o surgimento destas colônias, nas quais foram internadas muitas pessoas com transtornos mentais, o modelo asilar passou a dominar hegemonicamente as práticas psiquiátricas. Na década de 1960, enquanto a situação no mundo era de discussão de propostas alternativas para o enfrentamento ao modelo asilar, no Brasil ao contrário, a internação psiquiátrica se expandia cada vez mais, uma vez que o Estado passava a financiar com dinheiro público manicômios do setor privado (SOUZA, 2012).

Contudo, no Brasil, o isolamento e a exclusão social marcaram o cenário da atenção psiquiátrica até o final da década de 1970. Atualmente, constata-se que as políticas de saúde mental têm se pautado pela busca da cidadania e da autonomia, visando garantir a igualdade social do sujeito com transtorno mental. Nesse sentido, o movimento pela Reforma Psiquiátrica assumiu um papel fundamental no processo de mudanças no modelo assistencial em saúde mental. O início do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu na década de 1970, no seio do “movimento sanitário”, o qual lhe deu amparo político (PEREIRA et al., 2013). Surgiu num contexto de ditadura militar, na luta pela redemocratização nacional e por mudanças nas condições de vida da população. A partir do nascimento de uma intensa militância na área da saúde pública, conhecida como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM a Reforma Psiquiátrica se organizou como um movimento independente. Esse movimento organizava encontros, discussões e encaminhamentos de propostas de mudanças na atenção à saúde mental.

No MTSM, teve início um processo de reflexão crítica sobre a natureza e o estatuto epistemológico do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2008, p. 739).

Posteriormente o MTSM se transformou no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e foi essencial para a Reforma psiquiátrica, tendo como lema: “Por

uma sociedade sem manicômios”. Nesse período, foram criadas várias instituições que contribuíram com um pensamento crítico e tiveram um papel muito importante no processo de superação da violência asilar como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, em 1976 (AMARANTE; CRUZ, 2008). Tais instituições foram frutos da luta de estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde que defendiam mudanças na saúde, buscando outro modelo que explicasse o processo de saúde-doença (FLEURY, 1997).

A partir desse momento começou-se a construir a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência. Também se deu início à construção coletiva de uma crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais e ao chamado saber psiquiátrico, que tinha como principal estratégia a repressão. Lutava-se por tratamentos mais humanizados que rompessem com a lógica da exclusão e da violência. Esse momento histórico foi de grande importância, uma vez que possibilitou a inserção de vários atores sociais nesse processo político, como trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL/MS, 2005).

Ressalta-se que o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro foi inspirado no modelo de desinstitucionalização italiano que teve como precursor o médico e psiquiatra Franco Basaglia. Sua experiência iniciada no hospital psiquiátrico Gorizia, se ampliou para outros locais, culminando na aprovação da Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, no ano de 1978. Essa lei coibiu progressivamente internações em hospitais psiquiátricos e estabeleceu que fossem criados novos dispositivos de atenção à saúde mental com base territorial (VASCONCELOS, 1992, AMARANTE; CRUZ, 2008).

As propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira visavam, mais do que apenas extinguir os manicômios, criar novas formas de conviver com a “loucura”, pensando no sujeito e no seu bem-estar e não somente no seu transtorno mental. Seu objetivo era transformar o modelo de assistência em saúde mental, tendo como direção um cuidado baseado na comunidade com serviços diversificados e abertos em contraposição ao modelo hegemônico centrado no hospital psiquiátrico. Nesse contexto, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro,

em 1987 teve fundamental importância para as mudanças nas formas de tratar e pensar a denominada “loucura”, conforme destaca Tenório (2002, p. 35).

A I Conferência representa, portanto, o fim da trajetória sanitária de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. [...] Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo.

A partir do Movimento de Luta Antimanicomial a sociedade passou a participar das discussões acerca da “loucura” e de sua relação com os “loucos”. Encontros e conferências com a participação dos usuários e de seus familiares foram marcantes e de grande importância nesse processo. Em 1985 o movimento sanitário intensificou-se com a superação do regime militar, fortalecendo o debate em torno da Reforma Sanitária. Suas principais propostas, inscritas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 foram: universalidade, integralidade, equidade, regionalização e controle social. Após intenso debate, esses princípios foram incorporados à Constituição de 1988 e normatizados pelas Leis nº 8.080/90 (BRASIL, 1990 a) que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990 b) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão desse sistema. Destaca-se que o SUS tem como horizonte a “saúde como direito de todos e dever de Estado”, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. Além disso, regula as ações e serviços de saúde em todo o país, definindo princípios e diretrizes, até mesmo na área da saúde mental (PEREIRA et al., 2013).

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira influenciou uma nova Política de Saúde Mental a ser implantada no país, e a partir de então foi possível a realização de mudanças na atenção ao sujeito com transtorno mental. O surgimento do primeiro CAPS no Brasil, em 1986, na cidade de São Paulo, foi de grande importância para a desospitalização psiquiátrica. Esse serviço foi o primeiro a atender pessoas com transtornos mentais graves fora do âmbito hospitalar (BRASIL/MS, 2004). Posteriormente o Ministério da Saúde passou a adotar esse modelo de instituição como estratégia de substituição ao hospital psiquiátrico. Nesse sentido, o CAPS tornou-se uma referência nas políticas de saúde mental e um

importante equipamento de formação de profissionais para o processo de Reforma Psiquiátrica.

A Lei Federal 10.216/01, conhecida como Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001) redirecionou a assistência em saúde mental, estabelecendo a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial, proporcionando tratamento em serviços na comunidade. A Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e materializa o processo de construção dos direitos no campo da saúde mental. Em substituição ao modelo manicomial, opressor e excludente, vem sendo estabelecida uma forma de assistência orientada pelos princípios fundamentais do SUS, “acrescido da proposta de desinstitucionalização - cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura” (BEZERRA JR, 2007, p. 243).

Constata-se que a Reforma Psiquiátrica está se consolidando na Política de Saúde Mental, embora fragilizada, devido ao reduzido orçamento que lhe é destinada. Evidencia-se a necessidade de ampliação dos recursos designados a saúde mental, uma vez que, de acordo com Barros e Salles (2011), no âmbito federal somente 2,3% da receita anual do SUS é definida para a Saúde Mental. Apesar disso, é necessário reconhecer que houve avanços nesse sentido, pois o percentual de recursos do SUS destinados à atenção à saúde mental investido em programas não hospitalares vem aumentando gradativamente. Em 2002 representava 24,82%, já em 2005 o percentual elevou-se para 44, 53%. Em 2010 o financiamento em saúde mental voltado aos serviços extra-hospitalares ultrapassou o hospitalar, pela primeira vez (BARROS; SALLES, 2011).

Dessa maneira, a consolidação da Reforma, impõe a necessidade de incorporação de inúmeros desafios à agenda da saúde. Os serviços de saúde mental substitutivos ao hospital cresceram significativamente nos últimos anos, porém ainda são insuficientes para atender toda a população com transtorno mental, dentre esta a população idosa. Assim, permanece a busca pela ampliação da rede de atenção de base comunitária e territorial que possibilite aos sujeitos com transtornos mentais a inclusão social e o exercício da cidadania. Ressalta-se que, o aumento de investimentos para o custeio dos CAPS também é extremamente necessário, afim de que esse serviço possa atuar efetivamente diante das

exigências que lhe são postas na realidade e para que seja possível sua expansão e ampliação de sua cobertura nos territórios.

É imperativo que, além da forma de organização dos serviços, se pense a respeito de intervenções de acordo com os novos dispositivos, que são diferentes dos hospitais e ambulatórios tradicionais, e, portanto, requerem dinâmicas diferentes para atingir os objetivos pautados nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Outra questão que merece ser discutida, se refere ao fato de que o Brasil é um país continental e diversificado culturalmente, e por isso o modelo de assistência deve ser construído levando-se em consideração as diferenças e especificidades de cada região. Nessa perspectiva, Bezerra Jr. (2007, p. 244) afirma que:

As noções de rede e território, por exemplo, que são centrais às proposições da Reforma, não podem ser pensadas de forma idêntica em contextos socioculturais tão diferentes como os pequenos municípios do interior do Nordeste e os imensos bairros de São Paulo ou Belo Horizonte.

Desse modo, observa-se que as ações propostas pela Reforma vêm sendo desenvolvidas de formas diferenciadas em cada região do país. Tendo em vista a grande desigualdade social, econômica e cultural no Brasil, a tendência é que as regiões mais favorecidas economicamente possuam um número maior de serviços não hospitalares. Além disso, segundo aponta Desviat (1999), os programas e serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico não foram planejados para o atendimento de usuários com doença mental crônica, pois acreditava-se, inicialmente, que a cronicidade deixaria de existir a partir do tratamento do sujeito na comunidade. Entretanto, muitos usuários mostraram-se resistentes ou com limitações que não lhe permitiram sua inserção em ações e programas de reabilitação, necessitando assim, de alternativas que lhe fornecessem um ambiente protegido de tratamento.

Apesar das conquistas relacionadas ao campo da saúde mental, percebe-se que as ações propostas pela Reforma Psiquiátrica ainda não foram implementadas e ampliadas efetivamente pela gestão da saúde. São inegáveis os grandes avanços, principalmente no que se refere aos princípios inscritos na Lei Orgânica da Saúde promulgada no início dos anos 1990. Observam-se, entretanto, contradições existentes entre a proposta inicial defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária e a efetivação do SUS ao longo das duas últimas décadas, devido às políticas de recorte teórico neoliberal, que a partir desse momento se tornam hegemônicas no

Brasil. Esse projeto político-econômico consolidado a partir dos anos 1990 pauta-se na política de ajuste financeiro e tem como objetivo a contenção de gastos sociais.

Assim, o processo de contrarreforma do Estado passou a ser acompanhado por vários tipos de privatizações do setor público estratégico. Uma das principais consequências para as políticas sociais, decorrentes da financeirização, diz respeito à utilização do fundo público para manter o capital de juros, no qual o papel da dívida pública tem sido o principal. Este tem sido o principal mecanismo de dominação do grande capital sobre os países periféricos, que vêm sendo orientados na perspectiva de conduzir sua política econômica de modo a priorizar o capital de juros ao invés das políticas sociais, desde a crise da década de 1970 (SILVA, 2011).

Dessa forma, o SUS vem sofrendo impactos importantes em seu processo de implementação, devido a “[...] clara dominância do projeto neoliberal no dia a dia da ação governamental, apesar de a determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido” (CAMPOS, 1997, p. 19). Observa-se que existe uma lacuna entre o que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica preconizam e o que é evidenciado concretamente.

Evidenciam-se ainda, aspectos preocupantes que comprometem a concretização da Reforma Psiquiátrica, que representam retrocessos, como o que se refere ao financiamento governamental às comunidades terapêuticas. As comunidades terapêuticas prestam assistência aos dependentes de drogas, através de internações, eliminando assim, o contato dessas pessoas com o meio onde vivem. Dessa forma, tais serviços funcionam na lógica do isolamento, o que vai de encontro às diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas. A Lei 10.216 (BRASIL, 2001), ao contrário, preconiza o tratamento em meio aberto, com convívio comunitário, conforme explicitado anteriormente.

A Política Nacional de Saúde Mental, norteada pelos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica visa a superação do modelo asilar e a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Busca solidificar um modelo de atenção à saúde mental em ambiente aberto, assegurando às pessoas com transtornos mentais o livre acesso aos recursos da comunidade, podendo transitar de maneira autônoma pela cidade, sob a diretriz da Reabilitação Psicossocial. Seus principais objetivos são a diminuição progressiva dos leitos psiquiátricos, a ampliação e qualificação da rede de serviços

extra-hospitalar, composta pelos Centros de Atenção Psicossocial -CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, Hospital-dia, Programa De Volta para Casa¹³, unidade de Emergência em saúde mental e leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais. Tem como objetivo também, a inclusão de ações relativas à saúde mental na atenção básica; a efetivação de uma política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e a implementação de um programa de educação permanente de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, essa política tem como prioridade ações que apontam para a garantia do cuidado integral, com base nos territórios, promovendo a autonomia e a inclusão social desses sujeitos. O CAPS é principal dispositivo estratégico da assistência à saúde mental e trata-se de um serviço de saúde situado na comunidade, constituído por equipes multiprofissionais que devem atuar de forma interdisciplinar. Esses serviços objetivam ofertar atendimento diário ao usuário com transtorno mental em situação de crise, incluindo as pessoas com necessidades ocasionadas pelo uso de álcool e outras drogas, impedindo assim, internações desnecessárias em instituições psiquiátricas (BRASIL/MS, 2013). São, portanto, dispositivos substitutivos ao modelo asilar.

Existem diferentes modalidades de CAPS e se diferenciam em relação ao tamanho, estrutura física, profissionais que compõem a equipe mínima e nas atividades terapêuticas. Distinguem-se ainda, quanto à especificidade da demanda, ou seja, crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou transtornos mentais graves em crise. A Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) regulamenta as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece normas de funcionamento e composição de equipe. De acordo com essa portaria, as atividades que devem compor a assistência prestada aos usuários em cada modalidade de CAPS são: atendimento individual, podendo ser medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros; atendimento em grupos de psicoterapia, grupos operativos, atividades de suporte social, atendimento em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades

¹³ “O Programa de volta para casa tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (2 anos ou mais de internação ininterruptos). É parte integrante deste programa um auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário” (BRASIL/MS, 2005).

comunitárias buscando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social.

O CAPS I é destinado a atender pessoas de todas as faixas etárias com transtorno mental grave, até mesmo relativo ao uso de substâncias psicoativas. É recomendado para municípios com população acima de quinze mil habitantes. Sua equipe mínima deve ser composta por: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível superior, entre as categorias psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 04 profissionais de nível médio.

O CAPS II tem o mesmo objetivo do CAPS I, porém é indicado para municípios com população com mais de setenta mil habitantes. Em sua equipe técnica mínima deve ser incluído 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior e 06 profissionais de nível médio. O CAPS III prevê ainda: acolhimento noturno nos feriados e finais de semana, disponibilizando, no máximo, cinco leitos, caso necessário repouso e/ou observação. Cabe ressaltar que o acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana são recursos muito importantes, pois visam oferecer atenção integral aos usuários evitando internações psiquiátricas. Podem ser utilizados nas situações de grave comprometimento psíquico (BRASIL/MS, 2004). É determinado para regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Sua equipe mínima deve contar com 02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível universitário e 08 profissionais de nível médio.

O CAPS AD também atua 24 horas, incluindo acolhimento noturno, feriados e finais de semana, porém oferece assistência às pessoas em crise decorrente do uso de álcool e outras drogas. É orientado para municípios com mais de cento e cinquenta mil habitantes e sua equipe mínima deve ser composta por 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 01 médico clínico, 04 profissionais de nível superior e 06 profissionais de nível médio.

O CAPS AD III é destinado ao atendimento de adultos, crianças e adolescentes. Esse serviço também funciona 24 horas, disponibilizando no máximo 12 leitos para observação e acompanhamento. É também indicado para regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Sua equipe mínima deve abranger 01 médico clínico; 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com experiência na área de saúde mental; 05 profissionais de nível superior, 04 técnicos de

enfermagem; 05 profissionais de nível médio, sendo 01 para a realização de atividades administrativas. Além das mesmas atividades previstas na portaria acima mencionada, a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III), inclui nessa modalidade atividades de Reabilitação Psicossocial, tais como resgate e desenvolvimento da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à cultura, manejo de moeda corrente, autocuidado, manipulação de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outras atividades. Também ressalta que o CAPS AD III deve estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades de participação e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate sobre as Políticas Públicas e a defesa de direitos no território. Em todas as modalidades, os usuários atendidos em um turno de 4 horas deverão receber uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias e os que permanecerem no serviço durante 24 horas receberão quatro refeições diárias.

O município de Porto Alegre dispõe de uma estrutura de doze CAPS, sendo três CAPS AD III, dois CAPS AD II, três CAPS I (infantil) e quatro CAPS II. A partir da análise de documentos e legislação referentes à saúde mental e às políticas relativas aos idosos, constatou-se que não há nenhuma diretriz que preconize a existência de serviços de saúde mental, especificamente, destinados à população idosa. Dessa forma, o atendimento a essa população está incluído na população adulta em geral. Diante desse panorama geral acerca do que prevê a legislação sobre o funcionamento desses serviços buscou-se, a seguir, caracterizar o atendimento aos idosos nos CAPS onde foram realizadas as coletas de dados.

4.2. O ATENDIMENTO NOS CAPS NA VOZ DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para melhor compreender a realidade investigada, considera-se necessário, primeiramente, apresentar as principais características dos participantes desse estudo. Para tanto, explicitam-se, por meio dos quadros abaixo, algumas particularidades consideradas importantes para descrever o perfil tanto dos profissionais, quanto dos usuários idosos, seguida de breves análises.

Quadro 2: Características dos usuários

Sujeito	Gênero	Idade	Estado civil	Escolaridade	Transtorno mental	Tempo em atendimento no CAPS
Usuário 1	Masculino	60	Separado	2º Grau Comp.	Alcoolismo e Depressão	5 anos
Usuário 2	Masculino	66	Viúvo	Não alfabetizado	Alcoolismo e Depressão	1 ano
Usuário 3	Masculino	61	Viúvo	2º Grau Inc.	Transtorno de Humor Bipolar	10 anos
Usuário 4	Feminino	61	Casada	Ginásio Comp.	Depressão e Transtorno de Humor Bipolar	6 anos
Usuário 5	Masculino	61	Separado	Primário Inc.	Alcoolismo e Depressão	1 ano

Fonte: Pesquisa “Qualidade da Atenção aos Idosos com sofrimento Psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial” (ALVES, 2014).

Entre os idosos entrevistados, somente um é do sexo feminino, demonstrando contradições que merecem ser destacadas. Embora o envelhecimento seja permeado por questões de gênero, ou seja, a velhice é composta predominantemente por mulheres, uma vez que possuem maior longevidade em relação aos homens (CAMARANO, 2004), essa constatação não se confirmou na amostra da pesquisa (conforme demonstra o quadro acima). Apesar da maioria das pesquisas apontarem que as mulheres acessam mais os serviços de saúde, esse acesso se dá, principalmente, aos serviços de atenção primária, uma vez que demonstram maior interesse em relação aos cuidados com sua saúde, incluindo-se as demandas associadas à gestação e ao parto.

Por outro lado, os homens só buscam atendimento quando apresentam prejuízos mais sérios que afetam sua capacidade laboral. Segundo Neri (2007), o acesso masculino no sistema de saúde, diferentemente do caso das mulheres, ocorre, sobretudo, por meio da atenção especializada, seja ambulatorial ou hospitalar, quando o sujeito já apresenta algum comprometimento clínico ou doença instaurada. O não acesso dos homens aos serviços de atenção básica de saúde ocorre devido a fatores socioculturais, tendo em vista que muitos têm medo de descobrir doenças ou pensam que nunca irão adoecer e por isso não fazem

prevenção. Além disso, muitos alegam dificuldades no acesso, devido aos horários de funcionamento dos serviços de saúde, pois são concomitantes ao seu horário de trabalho. Apesar dessa preocupação ser verdadeira e, muitas vezes, tornar-se um empecilho, especialmente nos casos em que o homem é o provedor da família, há de se considerar que uma grande parcela de mulheres atualmente integra parte significativa da força produtiva e mesmo assim mantém o acesso aos serviços de saúde periodicamente (BRASIL/MS, 2008).

É necessário esclarecer que os idosos entrevistados foram indicados pela coordenação dos CAPS pesquisados, segundo os critérios de inclusão da amostra. Não se pode afirmar, portanto, que existam mais homens em atendimento nos serviços de saúde mental ou nos CAPS do que mulheres e analisar essas diferenças também não foram intenção na pesquisa. O número maior de homens em atendimento nos CAPS AD, entretanto, pode estar relacionado ao fato de que o principal transtorno mental evidenciado nesses usuários foi o alcoolismo, o qual atinge mais a população masculina. De acordo com o Relatório do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, realizado em 2012, o uso de álcool e a incidência de dependência é mais elevada nos homens, sendo que 10,48% deles são dependentes, enquanto nas mulheres esse índice é de 3,63 % (LENAD, 2014).

No Brasil, segundo mostrou o DATASUS de 2006 (BRASIL/MS, 2008), as internações de homens devido a transtornos mentais ocasionadas pelo uso de álcool são também maiores em relação às mulheres, representando 20% das internações hospitalares, ao passo que o contingente de mulheres hospitalizadas pelo mesmo motivo é de apenas 2%. Além disso, a saúde mental é uma das cinco áreas especializadas em que está concentrada 75% das doenças e agravos da população masculina (BRASIL/MS, 2008). Nesse contexto, os idosos do gênero masculino, muitas vezes acabam buscando assistência em saúde especializada somente quando apresentam uma situação de comprometimento irreversível e dessa forma, são encaminhados aos CAPS por outros serviços de saúde.

Percebe-se também, a partir do quadro acima, que todos os usuários do gênero masculino são separados ou viúvos, sendo que apenas a usuária do gênero feminino é casada. Esses dados também contradizem o que é evidenciado nos estudos sobre o envelhecimento, uma vez que apontam que os homens geralmente são casados e por isso apresentam maiores chances de receberem cuidados. Segundo dados do IBGE (IBGE, 2014), em 2000 a proporção de idosos que

residiam sozinhos era de 17,9 em relação ao total da população. Desse contingente 9,5 % era composto por homens e 31,8% por mulheres idosas. Na realidade investigada, ao contrário, todos os idosos homens vivem sozinhos com pouco ou nenhum apoio familiar para o seu tratamento. Ressalta-se que Porto Alegre está entre as capitais com o maior número de idosos que residem sozinhos, o que representa uma preocupação, pois esses idosos, muitas vezes, não podem contar com o apoio familiar.

Constatou-se que a comorbidade mais comum associada ao álcool é a depressão, uma vez que todos os usuários alcoolistas entrevistados sofrem, também, com a depressão. Esses casos requerem o tratamento da doença paralelamente ao tratamento da dependência química, a fim de que se tenha maior êxito na recuperação do idoso. A prevalência da depressão é significativamente maior entre as pessoas que abusam de álcool. Esse dado é preocupante, uma vez que conforme explicitado na revisão teórica, a depressão em idosos está associada ao suicídio. Desse modo, 24% das tentativas de suicídio na população adulta em geral estão relacionadas ao consumo de álcool (LARANJEIRA, 2014).

Além do transtorno depressivo, de acordo com os profissionais entrevistados, os principais transtornos mentais pelos quais frequentemente são incluídos idosos nos CAPS II são demências, esquizofrenia e transtorno afetivo. Nos CAPS AD a maior incidência refere-se ao uso abusivo de álcool, porém alguns buscam o serviço para tratamento devido ao abuso de outras substâncias psicoativas como maconha, cocaína e crack.

A gente trabalha com idosos que tenham dependência de álcool e outras drogas. A maioria dos nossos idosos vem aqui com problema de alcoolismo, a maioria, não todos, tem outros que fazem uso de outras drogas também, mas é uma característica dessa faixa etária o problema com álcool. A gente tem idoso que usa também cocaína. A gente já teve idoso que usava crack, maconha e outras drogas (PROFISSIONAL 5).

Esses dados também confirmam o que se evidenciou na revisão bibliográfica, tendo em vista que depressão, demência e alcoolismo estão entre os transtornos mentais com maior incidência na população idosa (CLEMENTE; FILHO; FIRMO, 2011; GORDILHO, 2002). De acordo com os depoimentos dos usuários, os diagnósticos ou motivos que os levaram a buscar atendimento no CAPS foram alcoolismo (CAPS ad), depressão e transtorno de humor bipolar (CAPS II). Constatou-se que a busca por atendimento nesses serviços se deu a partir de

impactos negativos em suas relações sociais e familiares, como a perda do emprego, conflitos com os filhos e o rompimento de vínculos afetivos, como pode-se perceber na fala: *“Foi o alcoolismo... depois de perder oito empregos, perdi casamento de quase trinta anos, o alcoolismo derrubou tudo”* (USUÁRIO 5).

Além disso, com exceção de um usuário, todos necessitaram interromper sua vida laboral em razão do tratamento, uma vez que já não se encontravam em condições de trabalhar, devido ao transtorno mental vivenciado. Cabe salientar que o número de pessoas que se afastam do trabalho em decorrência de problemas relacionados a saúde mental tem crescido nos últimos anos. Dados extraídos do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS revelam que a concessão de auxílios-doença em função de transtornos mentais e comportamentais, em 2011 chegou a 12.337 casos. A depressão é responsável por grande parcela da concessão de benefícios e está entre os principais transtornos mentais responsáveis pelo afastamento dos trabalhadores (BRASIL/MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA, 2014). O alcoolismo é a principal justificativa para solicitações de auxílio-doença, devido aos transtornos mentais em decorrência do uso de substância psicoativa. O contingente de trabalhadores que precisaram se afastar do trabalho e pediram o auxílio devido ao uso abusivo do álcool aumentou em 19% entre 2009 e 2013. O número de pessoas com transtornos mentais e comportamentais ocasionados pelo uso de drogas que receberam o benefício passou de 143,4 mil (VILLELA, 2014). A fala a seguir ilustra essa realidade: *“[...] Entrei em benefício por depressão e depois vieram outras comorbidades, já fazia uso de álcool. Atualmente não possuo condições de trabalhar, devido à depressão, bipolaridade e Parkinson”* (USUÁRIO 1).

O quadro abaixo explicita alguns dados de identificação dos profissionais entrevistados.

Quadro 3: características dos profissionais

Sujeito	Gênero	Idade	Área de Formação
Profissional 1	Feminino	53	Enfermagem
Profissional 2	Feminino	61	Serviço Social
Profissional 3	Feminino	53	Serviço Social
Profissional 4	Feminino	33	Psicologia
Profissional 5	Feminino	34	Terapia ocupacional
Profissional 6	Masculino	64	Psiquiatria

Fonte: Pesquisa “Qualidade da atenção aos idosos com sofrimento psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS” (2014).

No que se refere ao perfil dos profissionais entrevistados, destaca-se que, diferentemente dos usuários idosos, esses são em sua maioria mulheres, o que pode estar relacionado ao fato de que as profissões da área da saúde, historicamente são constituídas hegemonicamente por mulheres. Percebe-se que o papel de cuidadora da família e do ambiente doméstico está relacionado também à predominância de mulheres em profissões que atuam na perspectiva do cuidado, reforçando o estereótipo atribuído ao feminino. O trabalho na área da saúde concentra grande atuação feminina, sobretudo no âmbito hospitalar, onde as mulheres representam a maioria, ou seja, em torno de 70% do total de trabalhadores, sendo que na área da enfermagem a porcentagem de mulheres ultrapassa 85% (LOPES, 1996). Em relação ao único profissional do gênero masculino, destaca-se que esse é da área da Medicina, profissão que é majoritariamente ocupada por pessoas do gênero masculino. A presença feminina, entretanto, atualmente é marcante na profissão médica. Embora ainda se percebam

desigualdades entre os gêneros, a força de trabalho feminina vem se ampliando nessa área, tradicionalmente composta por homens.

O número de usuários atendidos mensalmente nos serviços pesquisados varia entre 200 a 500, sendo que o número de idosos atendidos com idade acima de 60 anos é relativamente baixo, variando entre 6 a 27 usuários, uma vez que a faixa etária que prevalece é de 35 a 45 anos. A tabela abaixo explicita o número de usuários e a porcentagem de idosos atendidos em cada serviço pesquisado.

Tabela 1: atendimentos realizados nos CAPS

Serviços	Número de usuários atendidos	Porcentagem de Idosos atendidos
CAPS II	300	Não soube informar
CAPS II	200	Não soube informar
CAPS II	220	5%
CAPS AD II	350	2%
CAPS AD II	250	7%
CAPS AD III	500	5%

Fonte: Pesquisa “Qualidade da Atenção aos Idosos com sofrimento Psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial” (ALVES, 2014).

A maioria dos profissionais entrevistados informou não ter de forma precisa o número de idosos atendidos nos serviços, pois não dispõem de um setor administrativo capaz de fazer esse controle ou registro. Desse modo, percebeu-se que nesses serviços pouco se sabe a respeito de quem são os idosos em atendimento. Por outro lado, compreende-se que as condições de trabalho em que os profissionais de saúde estão inseridos, muitas vezes, não possibilita que algumas ações sejam realizadas.

[...] Olha, a gente não tem administrativo, então a gente não acaba fazendo esse controle, porque a equipe não dá conta de fazer essa parte, eu posso mais ou menos te dizer quantos são porque eu vou contar de cabeça. [...] a gente deve ter em torno de uns 20 pacientes idosos (PROFISSIONAL 5).

Por que poucos idosos acessam os serviços de saúde mental? Esse é um questionamento que se fez presente durante o estudo. De acordo com Clemente; Filho e Firmo (2011), pesquisas revelam uma diminuição na procura por atendimento especializado em serviços de saúde mental com o avançar da idade. Essa constatação pode se dar por diversos motivos, dentre eles, crenças e preconceitos dos idosos em relação aos transtornos mentais. Todavia, idosos com transtornos

mentais apresentam maiores taxas de atendimento em serviços de atenção primária e em hospitais decorrentes de diferentes motivos, sem que o transtorno mental seja identificado e examinado de maneira adequada e tratado. Além disso, os idosos, muitas vezes não são capazes de perceber a presença dos transtornos mentais, e seus sintomas acabam sendo reconhecidos equivocadamente como algo inerente ao processo de envelhecimento. Esses fatores podem acarretar em uma situação de desassistência, que provavelmente será acentuada pela carência de ações de saúde e de formação profissional, destinadas ao atendimento à saúde mental do idoso (CLEMENTE; FILHO; FIRMO, 2011).

Esses dados referentes ao baixo número de idosos em atendimento nos CAPS corroboram com os apresentados na literatura, sobretudo, no que diz respeito aos idosos que fazem uso de substâncias psicoativas. O número de pessoas nessa faixa etária que busca assistência de saúde em serviços especializados para o tratamento tem sido muito baixo. De acordo com Pillon et al. (2010), o uso de álcool entre idosos é um fenômeno complexo, causado por diversos fatores, que apresenta dificuldades de compreensão. Configura-se como uma epidemia invisível, visto que os índices são subestimados e não identificados de maneira adequada. Muitas vezes, a família ou o próprio idoso não consegue identificar o transtorno mental, tal como a depressão, que comumente não é distinguida, sendo confundida com problemas característico do processo de envelhecimento e, portanto, os idosos acabam não buscando tratamento. O alcoolismo é, também, um transtorno que nem sempre é reconhecido pelo usuário, como um problema de saúde, principalmente na faixa etária mais elevada, que normalmente, apresenta um longo histórico de uso/abuso de álcool, conforme o fragmento abaixo:

Eu achava, há tempos atrás, que eu não era doente, que eu bebia porque eu queria, quando me dava saudade de alguma coisa, quando eu tinha algum sentimento de alguma coisa. Eu não admitia que era uma doença, achava que eu podia beber quando queria e parar quando eu queria. Eu achava que eu não era alcólatra, mas depois eu fui ver que eu era alcólatra compulsivo, eu ficava 10 dias sem beber nada, porém quando me dava vontade de beber, eu bebia 4, 5 dias direto. Aí depois veio a perda do meu guri, aí que eu achei que deveria tomar um compromisso. Eu já tive em outros lugares, mas sem tratamento, sem remédios, daí resolvi procurar o CAPS, por intermédio do posto de saúde. Eu pertencia ao grupo dos hipertensos lá, então eles viram minha situação, porque eu andava num estado de nervos muito ruim para mim, eu achei que eu estava mudando de comportamento, estava muito agitado, muito perigoso até, levava tudo para o mal (USUÁRIO 6).

Nessa situação percebeu-se que somente após uma perda significativa na vida desse usuário, foi possível que ele reconhecesse que precisava de auxílio profissional para lidar com os impactos do álcool em sua vida. A rede, representada pelo serviço de saúde da atenção básica teve um importante papel no sentido de perceber sua vulnerabilidade e encaminhá-lo para acompanhamento adequado no CAPS ad. Destaca-se ainda, a necessidade de os profissionais de saúde terem conhecimento acerca dos transtornos mentais comuns na velhice e seus sintomas, a fim de serem feitas avaliações e intervenções adequadas.

De acordo com a avaliação dos profissionais em relação às condições para o desenvolvimento de seu trabalho, constatou-se que a principal dificuldade relatada foi a respeito das limitações do espaço físico. A insuficiência de salas disponíveis para o atendimento dos usuários, resultando em atrasos e revezamentos foi uma queixa recorrente nas falas dos profissionais. Apesar das dificuldades relatadas pelos profissionais, a maioria dos usuários demonstrou estar satisfeita com a infraestrutura dos CAPS. Contudo, alguns fazem ressalvas em relação ao espaço físico, referindo que esse é muito pequeno e sem climatização: *“O nosso problema maior é o espaço físico. A sala de grupos é muito pequena, no verão é uma sauna e no inverno é uma geladeira”* (USUÁRIO1).

Nessa realidade, identificou-se que existem dificuldades em relação à estrutura que prejudicam o conforto e bem-estar do usuário. A insuficiência de recursos materiais e financeiros e as precárias condições de trabalho nesses serviços de saúde, muitas vezes, interferem nas ações desenvolvidas, podendo comprometer a qualidade da assistência prestada e a desmotivação dos profissionais. Assim, foi sugerida por um dos idosos entrevistados, uma maior atenção do poder público em relação ao investimento destinado aos CAPS, a fim de que sejam atendidas as necessidades que se apresentam no cotidiano da instituição.

Aqui para melhorar mais ainda o atendimento tinha que ter atenção dos governantes. Acho que isso depende da Prefeitura, ter mais atenção com o pessoal daqui, porque a gente depende deles. O pessoal daqui faz de tudo, já cansaram de tirar dinheiro até deles para fazer refeição para os usuários. Às vezes é dia de almoço e não tem dinheiro. Eles mexem no bolso deles (USUÁRIO 5).

Tornam-se evidentes os desafios enfrentados pelos trabalhadores diante da necessidade de efetivação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira,

tendo em vista os escassos recursos financeiros para a sua aplicação na prática. É necessário reconhecer que os trabalhadores da saúde mental são agentes fundamentais no processo de superação de práticas conservadoras e na consolidação da própria Reforma Psiquiátrica. Contudo, é essencial uma maior atenção e valorização desses profissionais, para que possam desempenhar seu trabalho com autonomia e qualidade.

O trabalhador em saúde mental atua produzindo um cuidado que é impactado pelas mudanças que sofre em sua relação com o trabalho. As condições institucionais, assim como as normas e protocolos impostos pela gestão padronizam o trabalho em saúde mental, mas ao mesmo tempo interferem na autonomia do trabalhador que é capturado e necessita se adaptar à realidade que lhe é conferida. Desse modo, há uma tensão no trabalho em saúde mental, pois ao mesmo tempo em que os trabalhadores dispõem de liberdade para atuarem junto aos usuários, podendo desenvolver processos de trabalho criativos, por outro lado, podem desenvolvê-los de maneira mais rígida e burocratizada. Assim, a dinâmica dessa realidade torna-se contraditória. Observa-se que o Estado, expresso pela gestão da saúde não tem criado condições favoráveis de trabalho para os profissionais de saúde do SUS, nem priorizado aspectos fundamentais, como remuneração, carreira, educação permanente, para que suas necessidades sejam atendidas e assim realizem seu trabalho com liberdade (FRANCO, s/d).

No que tange à infraestrutura para o atendimento ao idoso, conforme os dados coletados, constatou-se que em todos os CAPS, não é adequada, uma vez que os profissionais entrevistados citaram dificuldades em relação à acessibilidade. Devido à existência de escadas, a locomoção dos idosos que apresentam comprometimento físico é prejudicada, inviabilizando, muitas vezes, sua participação em determinadas atividades. Pela falta de acessibilidade, em alguns casos, há necessidade da realização dos atendimentos dos idosos em espaços destinados a outras atividades. Algumas vezes, entretanto, o atendimento ao idoso acaba sendo inviabilizado devido a uso da sala por outros profissionais no momento do atendimento.

[...] A gente tem idosos que tem dificuldades para caminhar, e a í a gente tenta usar aquelas salas mais próximas da recepção, mas para entrar no CAPS já tem aquela escada. Também já tivemos caso do idoso ter muita dificuldade ou ter se acidentado usando muletas, daí a gente atende lá embaixo na garagem que não precisa subir escada. A gente abre a porta da

garagem e faz o atendimento ali. O que dificulta é que ali é o espaço das oficinas, então se chega um idoso agora, ali está acontecendo uma oficina, daí não tem como usar aquele espaço. Então a gente tem o problema da acessibilidade (PROFISSIONAL 6).

Percebe-se por meio da expressão do profissional acima que ainda há uma lacuna no que se refere efetivação dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde como universalidade, integralidade e equidade. Observa-se, na realidade apresentada, que o princípio da equidade não está sendo atendido, uma vez que as particularidades da população idosa não são contempladas na estrutura dos CAPS, impossibilitando assim um atendimento integral. Esse princípio implica na necessidade de se levar em consideração a heterogeneidade dos sujeitos, tratando de forma diferenciada as necessidades desiguais, a fim de que as pessoas possam obter a igualdade de oportunidades, no caso o direito à saúde. Em relação ao idoso, percebe-se que as oportunidades se tornam restritas, devido as barreiras impostas pela precária estrutura não adaptada para abranger essa população que, em grande parte, apresenta limitações físicas e cognitivas. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de redefinir os espaços de atenção à saúde, com vistas a incluir determinados grupos que apresentam, riscos ou fragilidades. Compreende-se que todo o sujeito deve receber assistência igualitária, sem barreiras, visto vez que o atendimento deve ser oferecido de acordo com suas necessidades (PONTES et al, 2009). A busca da equidade se articula, diretamente ao princípio da integralidade do cuidado à saúde. As instituições que atendem idosos devem assegurar padrões mínimos de estrutura e recursos para garantir o atendimento das necessidades dos idosos, porém evidenciou-se na investigação essa fragilidade em relação aos CAPS.

Todos os CAPS investigados contam com uma equipe técnica multiprofissional composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem. Alguns possuem ainda, no seu quadro funcional, profissionais de artes plásticas, educadores físicos e pedagogos. Entretanto, quando questionados sobre a importância de agregar à equipe outros profissionais para atendimento aos idosos, foram relatadas diferentes necessidades. Alguns demonstraram a importância de ter na equipe um médico clínico, profissionais da área de recreação, neurologistas para realizar diagnósticos diferenciais e cuidadores ou atendentes terapêuticos, a fim de dar suporte ao idoso e sua família. Um dos profissionais informou nunca ter pensado na necessidade de se ter um profissional voltado ao atendimento aos idosos. Outro profissional mencionou

não sentir necessidade de ter na equipe profissionais específicos para o atendimento aos idosos, tendo em vista que o CAPS atua como um serviço temporário, sendo necessário que o usuário mantenha outros vínculos.

Olha, enquanto CAPS, eu acho que, eu não sei se precisaria um profissional específico para idoso, porque a gente realmente trata muito igual. [...] até o atendimento médico aqui em relação ao idoso é muito voltado à questão da dependência química, claro, se avalia o paciente num todo, em seu contexto. Geralmente os pacientes também são acompanhados por médicos fora para outras questões clínicas, quando chegam aqui é porque vieram encaminhados de outro serviço, então a gente acaba reforçando a necessidade de eles manterem esses outros vínculos. Se o médico avalia que tem uma questão em função da idade, que chame mais atenção, tipo questão de memória, geralmente que o idoso venha apresentando, dificuldade de visão daí o médico orienta que procure um especialista. Tem coisas que a gente acaba não tendo condições de fazer aqui, que nem seria papel do CAPS (PROFISSIONAL 5).

Percebeu-se mais uma vez que os princípios da equidade e integralidade não estão sendo atendidos nesses serviços em relação aos idosos, uma vez que o idoso é tratado de forma igual aos demais usuários, não sendo reconhecidas suas especificidades. Na busca pela efetivação de princípios como universalidade, equidade e integralidade, faz-se necessário que os serviços de saúde desempenhem um papel no sentido de contribuir para a superação das desigualdades sociais. Para tanto, torna-se imperativo operar mudanças na oferta de ações e serviços, visando priorizar o atendimento integral a grupos sociais, que apresentem condições de vida e saúde mais vulneráveis, bem como reforçar ações específicas para determinados grupos e pessoas que possuem necessidades e riscos diferenciados nas formas de adoecimento (TEIXEIRA, 2011).

De acordo com Cecílio (2001) os princípios integralidade e equidade são finalidades da atenção à saúde e para que sejam alcançados é necessário mais do que garantir acesso aos serviços, mas que se pense nos micros espaços, onde efetivamente a política se efetiva. É fundamental que se redefinam as formas de organização dos processos de trabalho, da articulação com os demais serviços, de modo a construir novos conhecimentos e adotar novas práticas no cotidiano profissional em saúde. O reconhecimento de que as necessidades são determinadas pelo contexto sócio-histórico em que o sujeito está inserido é essencial para que os profissionais de saúde possam compreender o processo saúde/doença desse sujeito, possibilitando-lhe um atendimento em que todos os seus aspectos sejam contemplados, valorizando-o e respeitando-o em suas diferentes necessidades.

Essa discussão remete a algo fundamental no trabalho em saúde, inclusive na atuação com idosos, que é a educação permanente.

Acredita-se que as dificuldades em relação à concretização dos princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde são também, resultados de falhas nos processos educativos em saúde. Os processos de educação permanente devem ser pautados no trabalho, ou seja, a partir das problematizações de situações que se apresentam no cotidiano das instituições. Assim, as exigências de formação dos profissionais de saúde devem levar em consideração as necessidades de saúde da população atendida. Os processos de educação permanente em saúde buscam a transformação das ações em saúde e do próprio modo de planejamento e organização do trabalho, contribuindo com a qualidade da atenção, por meio de ações que incorporem a dimensão da integralidade e a equidade no cuidado, reconhecendo-se também, os direitos dos usuários (BRASIL/MS, 2009).

Em relação às práticas em saúde desenvolvidas junto aos idosos, destaca-se que os serviços de saúde devem cumprir critérios mínimos para o atendimento às necessidades da população idosa, por meio de treinamento e capacitação dos profissionais, segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Devem ainda, prestar orientações aos cuidadores familiares. Dessa forma, buscou-se identificar junto aos profissionais se a referida determinação a respeito da capacitação estava sendo implementada nos serviços pesquisados.

De acordo com os relatos dos profissionais, identificou-se que nenhum das instituições pesquisadas promove capacitações especificamente para o trabalho junto à população idosa. A maioria mencionou que a instituição desenvolve, eventualmente, cursos e capacitações, mas não destinadas à atuação com idosos. Alguns profissionais informaram que buscam alternativas de qualificação de forma autônoma, uma vez que a instituição onde atuam não as proporciona, ainda assim não são voltadas à temática do envelhecimento. Somente um profissional informou já ter realizado cursos sobre a área, em espaços externos à instituição, porém não sistemáticos.

Específica não e também a instituição não proporciona, todas as capacitações que a gente faz de uma forma geral, a gente busca. A gente até recebe a informação e acaba se inscrevendo no que se interessa ou que tenha a ver com a nossa prática aqui. A gente já fez cursos voltados ao envelhecimento, mas não que seja uma capacitação específica, que tenha uma coisa contínua. Geralmente a gente busca eventos externos (PROFISSIONAL 5).

Além disso, alguns relataram que as reuniões de equipe, muitas vezes, servem como um espaço de capacitação, no qual são realizadas discussões e trocas de conhecimento sobre determinados assuntos, no entanto, não é feito o recorte da população idosa. Com exceção de um profissional entrevistado, todos informaram ter conhecimento a respeito do Estatuto do Idoso de forma não aprofundada, porém a maioria não o utiliza no seu cotidiano de trabalho.

Ressalta-se que apenas um idoso considera importante a presença de outro profissional na equipe técnica que tenha formação voltada para o atendimento dos idosos. Os demais consideram suficiente a equipe disponível nos serviços, nos quais são atendidos. Alguns relataram que utilizam outros serviços de saúde, quando necessário e por isso não sentem necessidade de outros profissionais envolvidos no seu acompanhamento. Percebeu-se que a concepção dos usuários em relação ao tratamento ainda é muito médico-centrada e se reduz ao uso de medicação: *“Acho que o que eu tenho satisfaz, eu tenho a psiquiatra e a enfermeira. A psiquiatra dá as receitas, eu tenho os medicamentos, a gente conversa sobre a doença, sobre o meu cotidiano”* (USUÁRIO 3).

Apesar dos significativos avanços nas formas de cuidado e tratamento da pessoa adoecida psicicamente, constata-se que o modelo médico-hospitalocêntrico ainda é hegemônico na área da saúde mental. Conforme aponta Feuerwerker (2005), permanece a cultura de supervalorização do profissional médico sobre as demais profissões da área da saúde e a prioridade para o hospital como serviço articulador do sistema, pois é onde concentra um conjunto de instrumentais e equipamentos complexos. Assim, torna-se um desafio constante a superação desse modelo para que o princípio da integralidade seja atendido. As concepções e os valores procedentes do modelo médico-centrado ainda são muito presentes na sociedade e conseqüentemente, na forma como os serviços de saúde se constituem. Estas ideias e interesses orientam também, a formação de muitos profissionais de saúde e acabam interferindo na possibilidade de avanço no processo de Reforma Psiquiátrica e na própria consolidação do SUS.

É necessário, por outro lado, se evidenciar as contradições que permeiam a realidade pesquisada. Embora existam resquícios de um modelo conservador que ainda orienta as práticas assistenciais em saúde, também, percebem-se esforços para que essa situação seja alterada gradativamente. Nesse sentido, foi esclarecido

por um dos profissionais, que em situações nas quais o usuário opta somente pelo tratamento medicamentoso, o mesmo é encaminhado para outros serviços da rede, tendo em vista que o CAPS propõe estratégias de atenção e cuidado, por meio do plano terapêutico singular que é composto por diferentes atividades ultrapassando a mera prescrição de remédios.

No que tange às condicionalidades para inclusão/permanência no CAPS, segundo os profissionais, todos os CAPS pesquisados atuam na perspectiva da territorialidade, atendendo usuários que residam na zona de abrangência e que demonstrem interesse em receber tratamento. Foi salientado, ainda, como condicionalidade para a inserção no serviço, o uso de critério de doença mental grave e, no caso dos CAPS AD, ter algum problema relacionado ao uso de substâncias (álcool e/ou outras drogas). Foi destacada, também, a importância da participação da família no acompanhamento do usuário.

Segundo os depoimentos dos profissionais, a participação da família é de fundamental importância para o tratamento do usuário, pois em muitos casos o usuário não tem crítica de sua situação de vulnerabilidade, nem condições de se cuidar sozinho, devido à gravidade do transtorno mental, precisando de um suporte, a fim de que seu tratamento não seja prejudicado. Apesar dos serviços destacarem a importância do protagonismo e autonomia dos sujeitos, a parceria com a família é extremamente significativa para o sucesso da reabilitação do usuário. *“Tão importante quanto o tratamento do dependente químico, é a participação da família aqui no CAPS, então se sabe que o prognóstico é favorável quando a família participa do tratamento”* (PROFISSIONAL 2).

No caso dos idosos, o acompanhamento da família se faz essencial, pois o idoso já apresenta limitações características da idade, que podem dificultar o tratamento, sendo mais necessário ainda um apoio familiar. Em situações de dependência química, o contato com a família acaba sendo uma estratégia utilizada pelo usuário para evitar que faça uso de droga, pois muitos relatam que quando sentem vontade de fazer uso de álcool ou outras drogas, recorrem a algum familiar próximo. Quando não há vínculos familiares as equipes procuram resgatá-los, entretanto, a busca ativa dos familiares, nem sempre é possível, por mais que sejam feitos esforços por parte das equipes. De acordo com um dos profissionais, o processo de abandono é muito grande, tendo em vista que muitos familiares não conseguem suportar lidar com a situação. Dessa forma, muitos acabam repassando

a responsabilidade para com o seu familiar usuário ao serviço de saúde, eximindo-se dos compromissos que envolvem o seu tratamento.

A gente já fez várias formas de grupo de familiares e nenhuma deu muito certo. Do que eu pude perceber ao longo desses anos, todos os nossos pacientes, por serem muito graves, o desgaste do familiar também é muito grande. [...] uma vez a gente foi atrás do familiar, porque o familiar deixou o paciente com mala e tudo aqui. Ele estava indo embora e a gente teve que ir atrás e buscar. “Toma que o filho é teu” (PROFISSIONAL 3).

Em relação à assistência prestada pelos CAPS aos familiares dos idosos, constatou-se que esses serviços oferecem acolhimento, grupos e atendimentos individuais aos familiares, quando necessário. Nesses espaços ocorre a escuta da história de vida e dificuldades que os familiares enfrentam, bem como a troca de experiências e o recebimento de orientações sobre o manejo com o familiar usuário. Nos atendimentos individuais estimula-se que a família participe, também, dos grupos de familiares e que a participação não seja somente de um mesmo familiar, buscando envolver os demais familiares, pois conforme, um dos profissionais, é muito frequente que apenas uma pessoa assuma as responsabilidades com o usuário, ficando assim, sobrecarregado. Conforme os relatos, a família, é, também, envolvida pela situação e acaba se estressando muito, ficando, muitas vezes desorientada, por não saber lidar com o seu familiar, uma vez que os casos são graves. Muitas famílias sofrem devido ao sentimento de impotência e fracasso diante da situação de seu familiar, tornando-se indispensável o apoio a estas famílias. Nesse sentido, um dos CAPS AD pesquisados, dispõe ainda, de uma enfermeira com formação em Terapia de Família, que atende usuários e familiares que são encaminhados pela equipe em situações em que o relacionamento familiar está sendo perturbado, devido ao uso de drogas feito pelo usuário. Esse trabalho, conforme o profissional entrevistado tem facilitado muito na resolução de questões familiares.

Algumas famílias, por não compreenderem as questões que envolvem o adoecimento do usuário, entendem que o serviço não está resolvendo a situação. No caso da dependência química, segundo um dos profissionais do CAPS AD, é preciso, portanto, que a família entenda que é uma doença e que não é fácil para o usuário a adesão ao tratamento, nem para o serviço de saúde. Para tanto, ela necessita participar dos grupos de familiares a fim de adquirir conhecimentos e orientações. Torna-se fundamental também, a presença dos familiares no

acompanhamento dos usuários nas atividades que esses estão inseridos, afim de que possam sanar dúvidas e conhecer de perto o trabalho desenvolvido pelo CAPS, para que desse modo, possam, também, estimular os usuários a participarem das atividades. Apesar da importância do suporte dado pela família, muitos pacientes não possuem familiares. Muitos foram encaminhados ao CAPS por encontrarem-se em situação de rua, com vínculos rompidos, dificultando mais ainda as chances de adesão ao tratamento.

Constatou-se que as equipes dos CAPS têm realizado significativos esforços para promover a participação da família no tratamento e reabilitação do usuário. Nesse sentido, os familiares são convidados a participarem das festas, atividades em datas comemorativas, palestras, assembleias, passeios e atividades esportivas promovidas pelo CAPS. A valorização e o reconhecimento da família como agente fundamental no cuidado e reabilitação da pessoa com transtorno mental representam um desafio para os profissionais da saúde que devem dirigir ações às famílias dos usuários, que visem favorecer e potencializar a relação entre o familiar, o profissional e o serviço. Os usuários, de forma unânime avaliaram o atendimento da equipe para consigo e sua família como sendo ótimo, principalmente em relação ao cuidado dispensado pelos profissionais para com eles, até mesmo quando não comparecem em alguma atividade programada. *“[O atendimento] é ótimo, quando a gente não vem eles ligam para a casa da gente ou para o familiar que está acompanhando. Isso é bom demais, se tu não apareces em uma reunião ou oficina eles vão em cima, ligam”* (USUÁRIO 5).

Nesse sentido, percebe-se que o CAPS representa para muitos, um espaço que promove trocas afetivas, favorecendo vínculos e interação. Segundo uma das profissionais entrevistadas, a vinculação afetiva é uma característica da população idosa e para muitos, o CAPS acaba sendo uma extensão da própria casa. Os vínculos construídos nos sistemas de saúde favorecem relações de longa duração entre os usuários e os profissionais de saúde, o que é imprescindível para estabelecer relações de confiança que possibilitam a humanização dos atendimentos. Dessa forma, os usuários passam a ser compreendidos em suas singularidades e subjetividades, deixando de serem tratados como meros consumidores casuais dos serviços. Contudo, é indicado que os usuários também possuam vínculos com os serviços de atenção primária, a fim de que esses possam exercer o cuidado nas questões clínicas e a responsabilidade pela inserção dos

usuários nos serviços da rede, segundo suas necessidades e demandas. Observa-se, entretanto, que essa vinculação, tem acontecido de maneira inadequada, uma vez que muitos usuários acabam vinculando-se apenas aos serviços de urgência, hospitais e unidades de especialidades, o que vai de encontro com a noção de vinculação/responsabilização (SILVA; JUNIOR, 2008).

Em relação às atividades disponibilizadas nos CAPS aos usuários, identificou-se que nenhum dos serviços investigados desenvolve atividades direcionadas especificamente aos idosos, que acabam participando das atividades disponibilizadas pelo serviço para o público em geral. A partir das falas dos usuários confirmou-se que esses participam dos grupos e oficinas disponibilizadas pelos serviços para a população atendida em geral. Contudo, é necessário destacar que, embora os idosos entrevistados não tenham feito críticas a respeito das atividades oferecidas pelo serviço, percebeu-se que as oficinas propostas talvez não motivem sua participação. A maioria envolve trabalhos manuais como artesanato, sabonete, culinária, cuidados com a horta, entre outras, que talvez não sejam de interesse dos idosos do gênero masculino ou requerem certas habilidades que nem todos possuem devido às limitações próprias da velhice. *“Especificamente para os idosos não. Tem para o geral. Participam idosos e juventude, quem quiser. Eu não participo porque não me adapto com trabalhos manuais. Não é culpa deles, é culpa minha”* (USUÁRIO 2).

Um dos profissionais relatou que apesar do CAPS não oferecer atividades voltadas aos idosos, procura-se sempre socializar com os usuários idosos recursos da rede para que eles possam acessá-los, sendo que o profissional responsável por esses encaminhamentos geralmente é o assistente social da equipe.

Não [há atividades específicas para o idoso], porque a gente desenvolve o Plano Terapêutico para cada paciente. Então não deixamos de fazer uma coisa específica. Não é para idosos, mas é considerando a necessidade daquele usuário, é um trabalho mais individualizado (PROFISSIONAL 3).

Embora não existam atividades que contemplem as necessidades específicas dos idosos, segundo os profissionais, cada usuário possui um Projeto Terapêutico Singular. Esse projeto é traçado juntamente com o profissional ou terapeuta de referência, assunto que será aprofundado quando for tratada a questão da Reabilitação Psicossocial.

4.3 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DESENVOLVIDA NOS CAPS

Apesar de não ter sido encontrado um conceito bem definido ou consensual acerca do que é a Reabilitação Psicossocial, durante a revisão bibliográfica, compreende-se aqui como um processo que visa à inserção do usuário com transtornos mentais na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. De acordo com Pitta (1996), a Reabilitação Psicossocial constitui-se de um processo que promove ao usuário com limitações, a reestruturar a autonomia e participação na comunidade. Para Saraceno (1999) a Reabilitação Psicossocial deve abranger três aspectos principais da vida do sujeito, são eles: moradia, trabalho e lazer. Tais aspectos estão descritos no conceito ampliado de saúde, garantido na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Dessa forma, a Reabilitação Psicossocial constitui-se de um tema amplo, e pode ser realizada através de várias práticas metodológicas como, por exemplo, a realização de oficinas de geração de trabalho e renda, orientações referentes aos riscos de acidentes domésticos e realização de tarefas cotidianas, entre outras ações.

Para a promoção da Reabilitação Psicossocial é necessária a constituição de uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais. Para tanto, é preciso a articulação entre todos os recursos existentes na comunidade, sejam eles, afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer (BRASIL/MS, 2004). Estão incluídos nesses recursos as relações familiares, de amizade, os serviços de saúde, moradia, trabalho e escola, igreja, previdência, entre outros, que articulados podem viabilizar a esta parcela da população o acesso a bens e serviços, proporcionando-lhes os meios e condições de vida digna, favorecendo assim o exercício de sua cidadania e inclusão social. Dessa forma, a Reabilitação Psicossocial pressupõe o desenvolvimento de atividades que podem ocorrer fora do serviço de saúde mental, como parte de um plano terapêutico, se realizando na comunidade, no trabalho e na vida social. Visa promover e estimular o desenvolvimento da autonomia a estes usuários, bem como possibilitar os vínculos familiares e sociais, entre outras coisas.

Os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida [...] muitas coisas podem ser feitas num CAPS, desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de

trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (BRASIL/MS, 2004).

Na busca pela Reabilitação Psicossocial é de grande relevância a articulação intersetorial do serviço de saúde mental com os demais dispositivos da rede, como os conselhos tutelares, as associações, os grupos de autoajuda, as oficinas, etc. Além disso, o próprio usuário é convocado a participar ativamente de seu tratamento e do processo de construção de seus laços sociais. As oficinas terapêuticas desenvolvidas pelos CAPS são realizadas em grupo, sob a orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Estas atividades são definidas a partir do interesse dos usuários, de suas necessidades e das possibilidades dos profissionais do serviço, objetivando a interação social e familiar, o desenvolvimento de habilidades corporais e o exercício coletivo da cidadania. Estão inseridas nas oficinas terapêuticas: Oficinas expressivas; Oficinas geradoras de renda e Oficinas de alfabetização (BRASIL/MS, 2004). Destaca-se a importância da Reabilitação Psicossocial na vida das pessoas com transtornos mentais, compreendendo-se que esta relaciona-se também com o atendimento das necessidades básicas dos mesmos para que, assim, tenham condições de igualdade e liberdade.

No caso dos idosos, conforme assinala Figueiredo (2002, p. 810), percebem-se vários fatores que podem implicar na sua estabilidade mental. Dentre estes fatores, destacam-se: a aposentadoria, em virtude da necessidade de adaptação a essa nova etapa da vida, principalmente em relação às dificuldades financeiras; os problemas familiares, como o desemprego dos filhos, a gravidez de netas, a dependência financeira dos filhos para suas necessidades, e o seu comprometimento clínico ou de motricidade, fazendo com que o idoso dependa de outros, entre várias outras limitações e particularidades da velhice. Dessa forma, considera-se necessário que a Reabilitação Psicossocial realizada com os idosos se utilize de diferentes abordagens e intervenções, que levem em conta as especificidades dessa população e todos os aspectos que a envolve.

Nesse sentido, a intervenção multiprofissional e de forma interdisciplinar possibilita uma compreensão mais ampla acerca dos transtornos psíquicos apresentados pelos idosos, tendo em vista o caráter multifacetado do envelhecimento. Diante desta realidade a presente investigação pretendeu também analisar os processos de Reabilitação Psicossocial, desenvolvidos junto aos idosos com transtornos mentais.

Constatou-se que a Reabilitação Psicossocial realizada nos serviços pesquisados ocorre por meio do Projeto Terapêutico Singular. O Projeto Terapêutico Singular trata-se de um conjunto de atendimentos realizados, levando-se em conta as particularidades de cada usuário, propondo atividades internas e externas ao serviço, de acordo com suas necessidades (BRASIL/MS, 2004). Segundo os relatos dos profissionais entrevistados, durante a construção do plano terapêutico são avaliados os riscos e as condições possíveis para que o idoso possa participar das atividades propostas. Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular é desenvolvido considerando as necessidades específicas de cada usuário e, de acordo com a maioria dos profissionais, as necessidades dos idosos acabam sendo contempladas de forma satisfatória.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. [...] Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação [...] (BRASIL/MS, 2008, p. 40).

O PTS possui quatro etapas. Na primeira é realizado o diagnóstico, o qual é composto por uma avaliação dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais. Nessa etapa busca-se identificar riscos e vulnerabilidades do usuário, bem como compreender como a pessoa em sua singularidade se produz frente o adoecimento, seus desejos e interesses, trabalho, cultura, família e sua rede de apoio. Na segunda etapa são definidas as metas a serem trabalhadas, por um profissional da equipe que tenha um bom vínculo com o usuário. No terceiro momento são estabelecidas as tarefas e atribuições de cada um, ou seja, é a etapa onde as responsabilidades são divididas. Por fim, no quarto momento são discutidos aspectos sobre o desenvolvimento do Projeto e sobre as necessidades de alterações, é o momento de reexaminar. É indicado que os profissionais com maiores vínculos com o usuário assumam a responsabilidade de coordenar PTS. Nas reuniões para discussão acerca dos PTS é importante que cada profissional da equipe, a partir dos vínculos que desenvolveu com o usuário e sua família, leve os

diferentes aspectos que envolvem a vida do sujeito e informações importantes, podendo, também, assumir outras atribuições, dependendo da intensidade e qualidade de sua vinculação com o usuário. Algumas equipes estabelecem um horário fixo durante a semana ou quinzenalmente, destinado às reuniões do PTS, porém, não há uma regra fixa. É extremamente relevante que os profissionais da equipe tenham em mente as possibilidades de mudança do usuário e de sua construção permanente em sua relação com o mundo e com sua doença ou sofrimento. Essas crenças devem ser incorporadas ao PTS e assim possibilitar que em situações consideradas impossíveis de se fazer alguma mudança, seja encontrada alguma potencialidade e muito trabalho. O usuário é o protagonista do caminho proposto pelo PTS e é quem irá aceitar ou rejeitar aquilo que lhe é oferecido pelas equipes (BRASIL/MS, 2008).

Destaca-se a importância da interdisciplinaridade incorporada no PTS, por meio da contribuição dos profissionais de diferentes áreas, cada qual com seu saber. Essa equipe multiprofissional é denominada equipe de referência. O profissional de Referência assume a responsabilidade de monitorar juntamente com o usuário o seu plano terapêutico, definindo e alterando caso necessário, as atividades e a frequência de participação do usuário no serviço. É também o responsável por fazer contato com os familiares e por avaliar periodicamente as metas traçadas no plano terapêutico, dialogando com o usuário e a equipe técnica dos CAPS (BRASIL/MS, 2004).

Em síntese, a proposta terapêutica do CAPS abrange a realização de atividades diversificadas e dinâmicas que devem ser debatidas e elaboradas em conjunto com a participação de todos os atores envolvidos no serviço, como a equipe técnica, os usuários, gestores e familiares. Dessa forma, o PTS é um instrumento importantíssimo para a Reabilitação Psicossocial da pessoa com transtorno mental, uma vez que é construído e pensado a partir das necessidades e dos aspectos que envolvem o seu processo saúde/doença.

Conforme os depoimentos, primeiramente é realizado um acolhimento do usuário por um profissional de referência, que pode ser qualquer profissional da equipe que tenha nível superior. Nesse acolhimento o usuário faz um relato de sua história de vida e das dificuldades que está enfrentando, devido ao transtorno mental e o plano é traçado junto com o paciente. Avaliam-se os interesses do usuário para participar das atividades que o CAPS oferece. Além disso, alguns profissionais

relataram que os casos são levados para as reuniões de equipe, a fim de serem discutidos e decididos em conjunto sobre os grupos e atividades indicadas para cada usuário participar. Quando necessário, os usuários são encaminhados para recursos da rede.

A representação abaixo sintetiza como ocorre a Reabilitação Psicossocial em cada serviço pesquisado.

Quadro 4: Reabilitação Psicossocial

Reabilitação Psicossocial	
Profissional 1	[...] O paciente ingressa aqui para um primeiro atendimento, que a gente chama de triagem, que é feita por um dos profissionais. O paciente faz um relato de sua história de vida, dos problemas e situações que está vivendo. [...] Depois desse atendimento é feita uma avaliação com uma das psiquiatras e depois a gente vai discutir em reunião de equipe e ver a situação da pessoa e quais seriam os grupos no CAPS indicados para essa pessoa participar, decidir seu plano terapêutico.
Profissional 2	O Plano terapêutico singular envolve a família e/ou rede de apoio que ele tiver. [...] É elaborado com o seu terapeuta de referência no dia do acolhimento. Isso já inclui a Reabilitação Psicossocial.
Profissional 3	Tentamos tratar, acolher, inserir em atividade que eles se sintam motivados. Realizamos um acolhimento inicial, independente da formação do profissional. Isso gera uma avaliação inicial. Isso é discutido em reuniões de equipe ou se for mais grave agendamos antes da reunião, conversamos com o colega. Trabalhando de forma interdisciplinar. Sempre estamos reavaliando.
Profissional 4	A Reabilitação ocorre por meio dos grupos, contato com a rede, busca do território e demais atividades de cultura, lazer e outros.
Profissional 5	[...] O plano terapêutico é construído junto com o paciente, conforme a motivação do paciente para participar das atividades. A gente disponibiliza o que tem e o que ele se interessar a gente encaminha e agenda. O paciente que tem dificuldade em encaminhar sua aposentadoria, a gente orienta, a gente faz contato com a assistente social. A gente tenta organizar isso minimamente com eles, aí a gente tenta dar esse suporte. A gente também já viu para alguns idosos cursos externos. Estou me lembrando de um idoso que tinha muita vontade de aprender informática. A gente foi atrás de um curso de informática fora e ele se inscreveu no curso. Então a gente também tenta dar esse suporte na rede.
Profissional 6	Os idosos, como os pacientes em geral do CAPS são acolhidos por uma equipe interdisciplinar. Então se faz um plano em conjunto, não só com a visão médica, mas também de outros profissionais que estão presentes. Posteriormente se discute esse plano na equipe maior, onde pode haver muitas contribuições para traçar um plano terapêutico. Em geral, está incluído um atendimento médico psicológico, o assistente social para dar um apoio familiar e dependendo das condições do paciente a participação em alguma oficina.

Fonte: Pesquisa “Qualidade da Atenção aos Idosos com sofrimento Psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial” (ALVES, 2014).

Percebeu-se através dos relatos, que a Reabilitação Psicossocial desenvolvida nos serviços investigados ocorre em sua maioria somente dentro do serviço, não havendo uma articulação mais ampla com a rede no território. Essa se resume aos atendimentos realizados pelos profissionais que compõem a equipe, seja individual ou em grupos e oficinas. Por outro lado, dois profissionais mencionaram que realizam contato com a rede, em busca de recursos no território e demais atividades de cultura, lazer, entre outras, a fim de possibilitar o acesso aos usuários. Foi citado, também, que são dadas orientações e realizados encaminhamentos aos usuários que apresentam dificuldades relativas a aposentadoria.

Destaca-se que, existem várias dimensões da integralidade que devem ser trabalhadas para que ela seja atingida da maneira mais completa possível. A dimensão horizontal se refere à ação de saúde em todos os campos e níveis e pode ser compreendida como a articulação entre promoção, prevenção e recuperação da saúde, para a realização do cuidado por meio de ações desenvolvidas em um mesmo espaço singular, que congregam diferentes saberes de uma equipe multiprofissional. Essa integralidade foi evidenciada na maioria dos CAPS pesquisados. A integralidade vertical, entretanto, é aquela em que se busca o atendimento integral a todas as necessidades do sujeito em sua plenitude, ou seja, esse é visto como um todo. Apesar do espaço singular, no caso, o CAPS, ser muito importante para o atendimento das necessidades do sujeito com transtorno mental e proporcionar a ele a integralidade horizontal, a integralidade plena não pode ser atingida em apenas um único serviço ou contato, por melhor que seja a equipe e o atendimento. A integralidade em sua dimensão mais ampla requer a articulação com outros pontos de atenção, isto é, com uma rede composta por outros serviços, que em conjunto atuam em busca do cuidado integral, não necessariamente só de saúde. Desse modo, a integralidade deve ser pensada de maneira ampliada, uma vez que os instrumentos, saberes e tecnologias que possibilitam a melhoria das condições de vida e saúde estão espalhados nos diferentes serviços da rede, sendo um trabalho intersetorial. As redes adquirem sentido na medida em que buscam alcançar o cuidado integral (SILVA; JÚNIOR, 2008).

O CAPS pode oferecer cuidado clínico e atividades de Reabilitação Psicossocial. Contudo, as atividades que envolvem a Reabilitação Psicossocial devem ser desenvolvidas, também, fora do CAPS, na comunidade, no trabalho e na

vida social (BRASIL/MS, 2004). É necessário que se tenha um cuidado em não institucionalizar o usuário, mantendo-o somente dentro do serviço, sob pena de estar reproduzindo a mesma forma de cuidado promovido por tanto tempo pelo hospital psiquiátrico. A Reabilitação Psicossocial, em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica visa, justamente, a ruptura com o modelo manicomial. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de promoção da autonomia e de participação do sujeito na comunidade. Para tanto, os serviços devem, no cotidiano, de forma coletiva, ampliar o leque de oportunidades para que o usuário possa escolher entre as alternativas oferecidas, de acordo com seus interesses.

Assim, os Projetos Terapêuticos devem propiciar a (re) inserção social, levando em consideração as possibilidades particulares de cada sujeito, visando a cidadania e o protagonismo de cada usuário em relação à sua vida. Destaca-se que para alguns usuários, seu Projeto Terapêutico Singular se resume a sua participação em grupos sobre medicação ou atendimentos individuais. Segundo o depoimento de um dos profissionais, a Reabilitação Psicossocial e reinserção social, geralmente são realizadas com pessoas mais jovens e envolvem trabalho e inserção escolar. Apesar dos profissionais relatarem que o Projeto Terapêutico Singular é traçado juntamente com os usuários, a maioria desses informou que não teve participação na elaboração de seu plano, demonstrando assim contradições nas informações. Contudo, todos os usuários referiram que esse está de acordo com seus interesses e limitações: “[...] *A equipe que fez o plano. Não sei como funciona essa parte. Pelo o que entendo o plano está de acordo, pois me sinto bem e se tu estás se sentindo bem para que mexer?* ” (USUÁRIO 1).

Por outro lado, também foram relatadas experiências positivas de Reabilitação Psicossocial, uma vez que alguns idosos passaram a adquirir bastante autonomia a partir do tratamento, tornando-se participativos nos grupos desenvolvidos pelos CAPS e nas assembleias que são realizadas semanalmente, contribuindo, inclusive com novas ideias. Alguns relataram que depois que passaram a frequentar o CAPS resgataram sua autoestima e o respeito por parte dos seus familiares: “*Voltei a ser gente*” (USUÁRIO 1). “*Eu cheguei a ficar seis dias sem banho quando estava bebendo. Às vezes não tinha dinheiro para comprar bebida e tomava vinagre para poder me acalmar, para ver o tamanho do alcoolismo que eu já estava*” (Usuário 5).

Dentre às dificuldades encontradas pelos profissionais para trabalhar com a população idosa com transtornos mentais, constataram-se a dificuldade de adesão ao tratamento, falta de familiares que possam dar um suporte ao idoso, a dificuldade de locomoção, devido a problemas clínicos ou pelo uso de cadeira de rodas e a falta de transporte para a realização de visitas domiciliares a esses. A maioria dos idosos também apresenta outras comorbidades, tornando-os, muitas vezes, dependentes, dificultando o tratamento. Também foram relatados prejuízos na memória, característicos da idade, que acabam muitas vezes, atrapalhando os agendamentos, uma vez que muitos esquecem as datas de comparecimento no serviço.

Eu acho que a principal dificuldade é quando tem um déficit de memória por parte deles que já tenha alguma sequela clínica associado ou não ao uso de drogas, às vezes mais em função da idade. Isso dificulta porque a gente trabalha muito com orientação, com agendamento, então vira e mexe eles esquecem do horário, daí a gente tem que reagendar, esquecem da data, se perdem nos dias das oficinas. A outra dificuldade é a gente não ter transporte para fazer a visita domiciliar que eu acho que para o idoso vem a calhar muito, até para uma orientação em casa, de prevenção, principalmente aquele que faz uso de álcool, prevenção de quedas, de pensar como é essa casa junto, se ele segue usando, de evitar que aconteça algo mais grave (PROFISSIONAL 5).

No caso dos CAPS ad, uma das principais dificuldades é o idoso compreender que a dependência química é uma doença e precisa de tratamento, tendo em vista que a maioria faz uso por muitos anos e não considera o álcool tão prejudicial pelo fato de ser uma droga lícita. Conforme os depoimentos, os profissionais realizam esforços para superar essas dificuldades, por meio de busca ativa e estratégias de enfrentamento, no caso da dificuldade de adesão ao tratamento. Também são realizados grupos motivacionais e de acolhimento para os familiares, no intuito de mantê-los em vínculo com o serviço. São realizados ainda, tensionamentos com a gestão para melhorias na infraestrutura, a fim de melhorar a qualidade dos atendimentos prestados aos usuários e a questão do transporte tem sido cobrada do gestor constantemente. O apoio da família dos usuários tem sido essencial para a garantia do tratamento dos usuários, principalmente no que se refere ao auxílio fornecido para a lembrança dos agendamentos das atividades e consultas, bem como nos cuidados com os horários das medicações.

Os resultados da Reabilitação Psicossocial desenvolvida nos CAPS, segundo os depoimentos dos usuários, envolvem melhora no comportamento (agressividade, impulsividade, iniciativa, autoestima) e melhora na qualidade das relações, na

realização de atividades cotidianas (organização, higiene, etc). Alguns relataram ainda, a retomada ou inserção em atividades de lazer, bem como a reelaboração no projeto de vida (novos planos). Foi relatada por um dos profissionais entrevistados, a situação de um idoso que recebeu alta do serviço, porém foi convidado para ser monitor, uma vez que se vinculou muito com a equipe. O idoso referido, atualmente, está participando como monitor, auxiliando na organização dos eventos promovidos pelo CAPS e nas atividades externas. Nesse sentido, esse idoso está desenvolvendo outro papel, a partir da construção de novas possibilidades de vida propiciadas pela Reabilitação Psicossocial. Percebeu-se, que o CAPS tem um papel fundamental na promoção de melhores oportunidades e na construção de vínculos afetivos, permitindo ao sujeito maior qualidade de vida.

4.4 REDE AMPLIADA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E OS CAPS

No processo de Reabilitação Psicossocial a estruturação da rede de atenção à saúde mental é essencial para que seus objetivos de resgate da cidadania e inclusão social do sujeito com transtorno mental sejam atingidos. No modelo de atenção à saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica, que difere da lógica do isolamento e do hospital psiquiátrico, torna-se fundamental a constituição de uma rede de serviços que busque promover autonomia aos usuários e a reconstrução dos laços comunitários, a partir da articulação entre usuários e profissionais de saúde com os territórios. Faz-se necessário, esclarecer que as redes possuem fundamental importância na garantia de uma assistência contínua e integral e o acesso aos direitos dos idosos com transtornos mentais. Para entender a importância da rede de atenção à saúde mental, é necessário refletir sobre alguns conceitos de rede, pois dentro de uma rede, podem existir outras redes que podem ser acessadas na busca da garantia de direitos.

A rede de serviços são espaços que merecem nossa profunda análise e atenção, pois [...] expressam o movimento de exclusão/inclusão desse sujeito para garantia de acesso a direitos, ou a sua violação, pelo não acesso. [...] o sentido da rede social se pauta na construção do sentimento de pertencimento social; o entendimento da passagem da exclusão para um processo de restabelecimento de direitos, acessos, com a perspectiva de promoção da inclusão social. Assim, uma rede social de apoio existe quando as instâncias sociais estão articuladas e se disponibilizam para que o humano possa usufruir de seus serviços (KERN, 2006, p. 63, 67).

De acordo com Baptista (2000) existem alguns tipos de redes que podem ser classificados como: redes sociais espontâneas, redes de serviços sócio comunitárias, redes setoriais públicas e redes setoriais privadas. As redes sociais espontâneas são aquelas estabelecidas com a família, amigos, vizinhos, trabalho, comunidade. Não são formais, ou seja, não ocorrem a partir de uma vinculação institucional ou profissional. As redes de serviços sócio comunitárias são compostas por organizações da comunidade como igrejas, associações de bairro, serviços filantrópicos, clube de mães e cooperativas, que buscam à melhoria da qualidade de vida e a cooperação. As redes setoriais públicas se referem às que prestam serviços e programas no âmbito público por meio das políticas públicas como Educação, Saúde, Assistência Social, Previdência Social, entre outras. Nas redes setoriais privadas também são incluídos serviços especializados, como saúde, assistência e educação, no entanto, não estão disponíveis a todas as pessoas, uma vez que são destinados ao público que tem condições de pagar por eles. É possível a existência de várias redes em um território, pois uma não exclui a outra. Além disso, é importante salientar que a rede não é somente junção de serviços ou organizações, é necessário haver uma articulação de ações em busca de um mesmo objetivo.

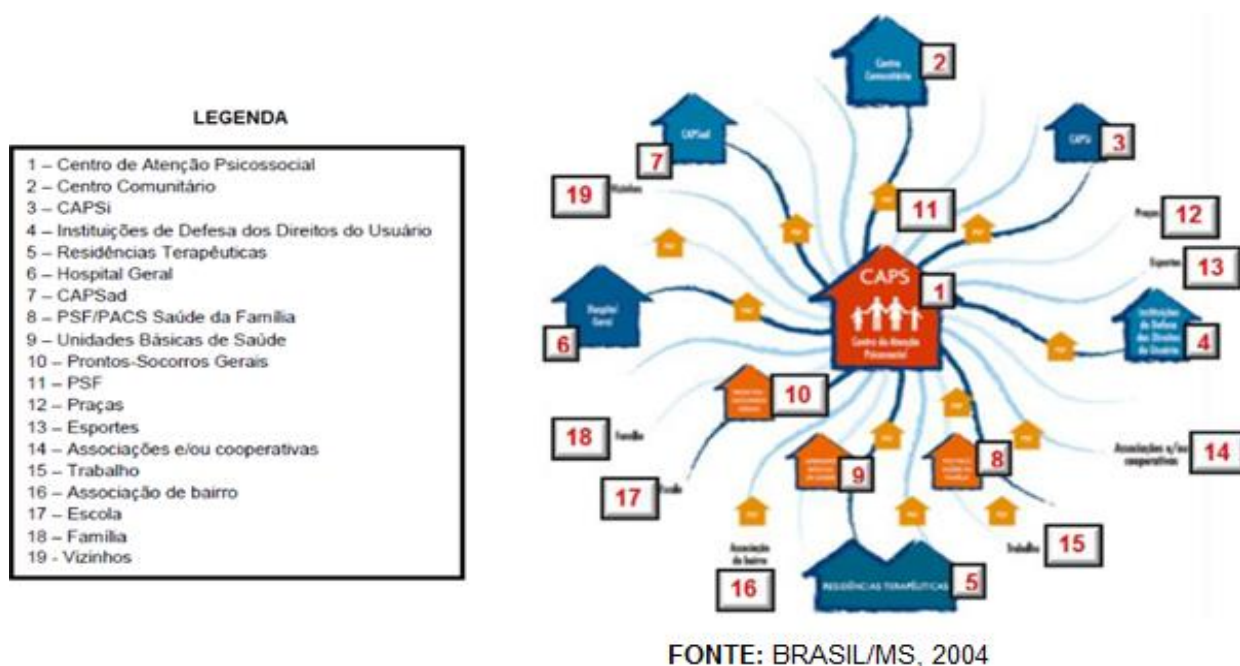
No que tange ao conceito de rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde, Santos e Andrade (2008) esclarecem que essa rede se refere à interconexão dos serviços, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, de um território. Atua de maneira a permitir a articulação entre todos os conhecimentos, tecnologias, profissionais e organizações disponíveis no território, para que o sujeito possa acessá-los, de acordo com suas demandas de saúde. De modo racional, efetivo, sistemático, normatizado e conforme uma lógica técnico-sanitária, a interlocução deve buscar a melhoria da resolutividade e a garantia do direito à saúde de forma integral. O diálogo com outras áreas do saber é de grande importância para a intervenção nas diversas situações de saúde que permeiam o cotidiano dos serviços.

Nesse contexto, os CAPS, em suas diferentes modalidades, dentro da atual Política de Saúde Mental, conforme explicitado anteriormente, são apontados como serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental. Devem estar inseridos no espaço de convívio social dos usuários, ou seja, no território, uma vez que devem trabalhar com as potencialidades existentes nos

recursos da comunidade, a fim de que sejam introduzidas na assistência prestada aos usuários.

Embora sejam centrais na atenção à saúde mental, os CAPS não devem ser os únicos, pois na busca pela integralidade, faz-se necessário que a assistência à saúde mental seja realizada dentro de uma rede ampliada de cuidados. Essa rede deve ser composta por diversos serviços e instituições presentes no território, como: as unidades básicas de saúde, centros de convivência, praças, associações de moradores, ambulatórios, igrejas, espaços de lazer, culturais, entre outros, que possam contribuir com as equipes de saúde para a Reabilitação Psicossocial e o cuidado (BRASIL/MS, 2004). Frente às complexas demandas que se apresentam no cotidiano, os CAPS precisam contar com o apoio de outras redes e setores. A figura 1 demonstra os elementos que compõem a Rede de Atenção à Saúde Mental.

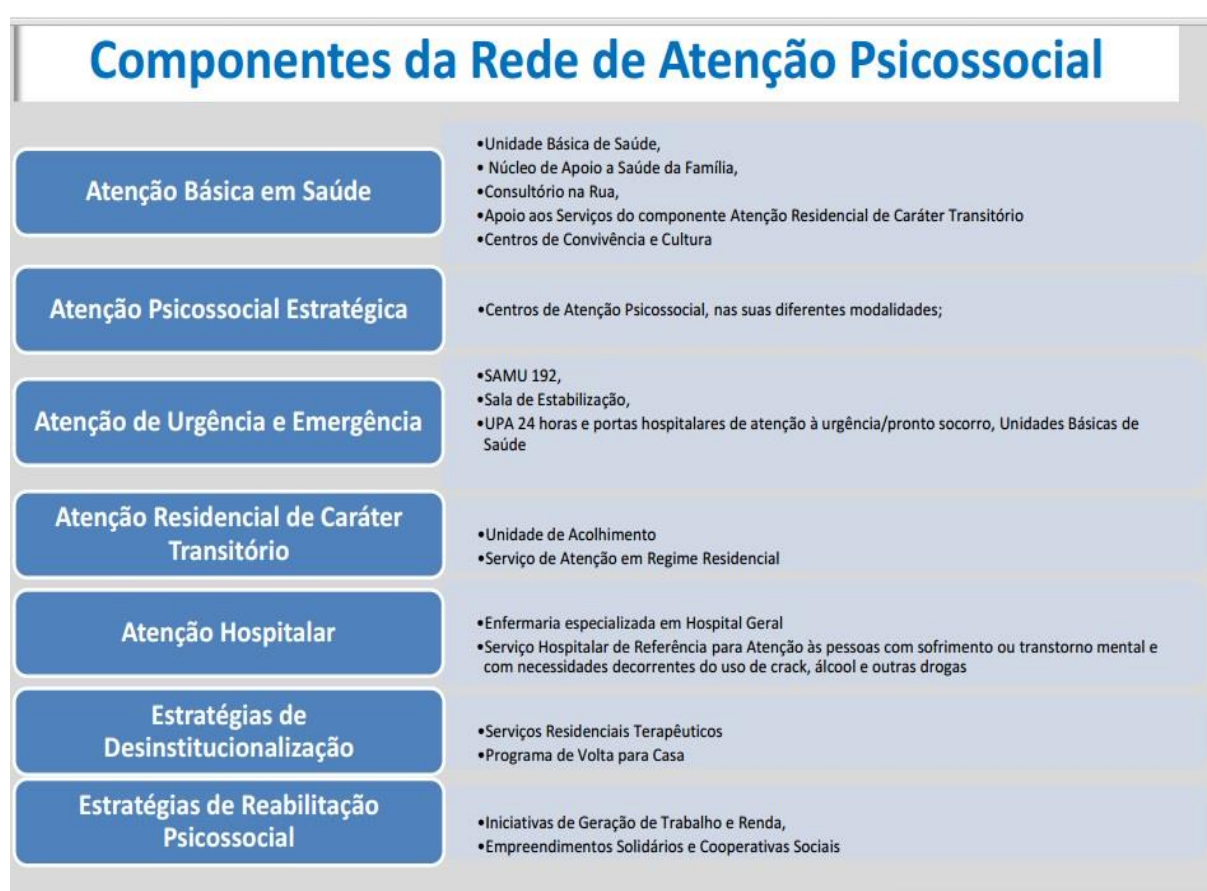
Figura 1: Rede de Atenção à Saúde Mental



A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, pautada nas diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que tem o CAPS como ponto estratégico na assistência à saúde mental. Dessa forma, é necessário que se articule com outros serviços assistenciais que também

são elencados como eixos complementares para a garantia do cuidado em saúde mental. Fazem parte desses dispositivos, preconizados na referida portaria, os serviços da atenção básica, de atenção especializada, de atenção a urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. A figura abaixo ilustra de forma mais específica os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

Figura 2: Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: BRASIL/MS, 2013.

Além da Rede de Atenção Psicossocial, a Portaria SAS/MS n. 854/2012 (BRASIL, 2012), também prevê que os CAPS realizem ações de articulação de redes intra e intersetoriais, ou seja, articulação com outros serviços da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos, entre outros, a fim de compor os Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários (BRASIL/MS, 2013). A complexidade das distintas demandas que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde, e aqui situa-se especificamente os CAPS, implica a abrangência de

distintos saberes, bem como o conhecimento dos serviços da rede e do papel que possui cada um, para que seja assegurado aos usuários o atendimento de suas múltiplas necessidades. Dessa forma, não se pode falar em rede sem relacioná-la com a intersetorialidade, tendo em vista que a intersetorialidade busca a integração entre setores e instituições, a fim de enfrentar situações complexas, superando assim a fragmentação das políticas sociais, tendo em vista a totalidade dos sujeitos (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997).

Destaca-se que a Política de Saúde, no Brasil, busca se organizar intersetorialmente, visando intervir nos determinantes que envolvem o processo saúde/doença, através de ações integradas com outras políticas públicas. De acordo com Burlandy (2004) a intersetorialidade é composta por diferentes áreas, que conjuntamente elaboram um projeto integrado visando alcançar objetivos mais amplos. Nesse planejamento inclui-se a identificação de determinantes, envolvendo sujeitos implicados no processo e na construção de intervenções estratégicas que ultrapassem as ações setoriais. Dessa forma, os serviços precisam desenvolver processos de trabalho, mantendo-se as especificidades de cada política, objetivando sua interação a fim de garantir a resolutividade das intervenções e a integralidade dos usuários com justiça e igualdade.

A integralidade tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas sociais. A importância da interconexão dessas políticas se faz necessária para atender, respeitar e efetivar os direitos de cidadania de cada brasileiro. A intersetorialidade vinculada primordialmente à interdisciplinaridade, a fim de efetivar a integralidade, tem na sua base os fundamentos de um projeto de sociedade justa e igualitária, na medida em que prioriza as pessoas, as comunidades e suas necessidades e não as necessidades do mercado (BELLINI et al., 2014, p. 21-22).

Em relação aos dados da pesquisa, constatou-se que todos os CAPS investigados se articulam com os serviços da Política de Saúde, Ministério Público e Assistência Social. A maioria também realiza articulações com a Defensoria pública, com a Política de Educação e com o Conselho Tutelar, tendo em vista que os CAPS atendem usuários a partir de 16 anos de idade. Somente três serviços realizam interface com o Conselho do idoso, de acordo com os relatos dos profissionais entrevistados. Dois serviços informaram ainda, que se articulam com a Segurança Pública e apenas um já realizou articulações com o Ministério do trabalho.

Essas articulações ocorrem segundo as necessidades que se apresentam no cotidiano e se dão das seguintes maneiras: por consultoria, via e-mail e telefone,

reuniões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), interconsultas¹⁴ nos abrigos e equipes da Fase e através de ações de matriciamento¹⁵. A articulação com a Saúde se dá, principalmente, com as Unidades Básicas de Saúde que referenciam os usuários com transtornos mentais ao CAPS, ou quando os médicos fornecem receitas para que os usuários retirem os medicamentos nas UBS. Além disso, os profissionais mencionaram que realizam discussões dos casos nas reuniões de equipe. Em umas das instituições, o profissional entrevistado informou que os contatos com a rede, em geral, são realizados pela assistente social da equipe, demonstrando certo distanciamento entre os demais profissionais da equipe e a rede. Com o Ministério Público, normalmente, as articulações decorrem de encaminhamentos de usuários para atendimento nos CAPS.

No que se refere à rede de proteção ao idoso, a maioria dos profissionais entrevistados demonstrou desconhecimento acerca dos serviços destinados a população idosa, previstos pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Essa rede é composta por Centros de Convivência, Centro de Cuidados diurno, Hospitais-dia, Casas-lares, Oficinas abrigadas de trabalho, Atendimento domiciliares, Residência temporária para idosos vítimas de violência, Promotoria do Idoso, Vara do Idoso, Defensoria do idoso, Conselho de Direitos do Idoso, entre outros serviços. Nesse sentido, observa-se que faltam estratégias que possibilitem a estruturação e o fortalecimento da rede de atenção e defesa dos direitos das pessoas idosas, que busca assegurar o seu bem-estar. Ressalta-se que, os serviços destinados à população idosa pelo Ministério do Desenvolvimento Social – MDS deixam lacunas. Dessa forma, se faz necessário que as Instituições de Longa Permanência assegurem o bem-estar dos idosos acolhidos; que os centros de convivência sejam revigorados; que os serviços ofertados pelos Centros Dia e pela atenção domiciliar

¹⁴ As reuniões de interconsulta são encontros entre os profissionais dos serviços especializados em saúde mental e os profissionais que atuam na atenção básica do território. A interconsulta “permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que tem do caso [...]” (CHIAVERINI, 2011, p.27).

¹⁵ “O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados [...] O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial” (CAMPOS; DOMITT, 2007, p. 399).

sejam ampliados e que os profissionais que atuam nesses espaços recebam capacitação (MENDONÇA; PEREIRA, 2013). Observa-se que há um descompasso entre o que preconiza a legislação que garante os direitos relativos aos idosos e o que é evidenciado na realidade concreta.

A partir das expressões dos participantes da pesquisa, percebeu-se que além do desconhecimento em relação à rede de proteção ao idoso, a maioria dos profissionais avalia que a rede ampliada de atenção à saúde mental, no Município é insuficiente para o atendimento das necessidades da população e com escassos recursos. Apesar disso, constatou-se que há uma mobilização, ainda que de forma lenta e gradual, em relação a abrangência da rede no que se refere às demandas dos idosos, uma vez que, conforme o relato de um profissional entrevistado, esta questão tem feito parte das discussões realizadas nas reuniões que participa entre os gestores dos serviços de saúde.

Eu acho sempre cobertura parcial. Nunca acho suficiente, não só para o idoso, como em geral. Mas eu vejo que, com o tempo, as coisas têm melhorado [...]. Eu participo das reuniões de colegiado e, às vezes, a pauta é a questão do idoso. Então está se pensando e se discutindo mais o assunto e tentando capacitar os profissionais a terem um olhar a mais para essa população. Pelo menos, eu tenho notado o assunto mais frequente (PROFISSIONAL 5).

No que se refere às percepções dos idosos em relação à rede, constatou-se que seu conhecimento acerca dessa se resume a Unidade Básica de Saúde, onde o acesso se dá, principalmente, para a retirada de medicação gratuita e para a realização de procedimentos como: verificação da pressão arterial, nebulização e aplicação de injeção. Nenhum dos idosos conhece a rede de proteção ao idoso. Além disso, todos já passaram em algum momento por internação, seja psiquiátrica ou para tratar alguma questão clínica de saúde e a maioria já utilizou serviços de emergência. Somente um idoso participa de grupo de alcoólicos anônimos. Nenhum dos idosos entrevistados acessa espaços de convivência ou de lazer, por motivos de dificuldades físicas de locomoção ou por não terem interesse de socialização com outras pessoas. A representação, abaixo, demonstra a relação dos usuários entrevistados com a rede de serviços disponíveis no território.

Quadro 5: Serviços da Rede ampliada de Atenção à Saúde Mental, acessados pelos idosos.

Serviços acessados	Expressão do usuário
Unidade Básica de Saúde	<p>“Seguidamente eu vou lá no posto, fazer uma nebulização, tomar uma injeção. Estou sempre ocupando eles lá” (USUÁRIO 2).</p> <p>“Recebo toda a medicação totalmente gratuita. Retiro na farmácia do Postão” (USUÁRIO 3).</p> <p>“Eu acesso o posto de saúde lá na minha rua. Eu tenho que ir lá para poder pegar os remédios para pressão” (USUÁRIO 5).</p>
Hospital	<p>“Fui internado uma vez, devido a um surto psicótico” (USUÁRIO 1).</p> <p>“Fui internado duas vezes” (USUÁRIO 5).</p>
Serviços de emergência	<p>“No serviço de emergência fui só uma vez em que me deu convulsão por causa do álcool. Caí e quando me acordei meu pessoal estava todo comigo. Chamaram a SAMU (USUÁRIO 5).</p>
Grupos de Alcoólicos Anônimos	<p>“[...] vou ao AA todas as quintas-feiras” (USUÁRIO 5).</p>
Não acesso a espaços de convivência ou de lazer	<p>“Não. Sou muito arredo. Tenho problema de fobia social e evito ambientes com muita gente” (USUÁRIO 1).</p> <p>“Ultimamente não, por causa do uso de muletas”. (USUÁRIO 2).</p>

Fonte: Pesquisa “Qualidade da atenção aos idosos com sofrimento psíquico nos CAPS” (ALVES, 2014).

Durante as entrevistas, os profissionais apontaram algumas sugestões para o aprimoramento do atendimento ao idoso e à população em geral, em relação à rede do Município. Dentre essas, destacam-se a necessidade de um serviço de transporte domiciliar, para facilitar o deslocamento dos idosos até o CAPS e aos outros serviços da rede. Foi ressaltada, também, a necessidade de ampliação dos centros de convivência para o atendimento de pessoas em situação de saúde estável, independentemente de sua faixa etária, a fim de garantir sua convivência e sociabilização com outras pessoas. Foi considerada, ainda, a possibilidade de o CAPS desenvolver ações territoriais, visando à aproximação da equipe aos locais em que comumente os idosos acessam, a fim de sensibilizá-los e motivá-los a

realizarem um tratamento e Reabilitação Psicossocial no CAPS, conforme a expressão a seguir.

Eu penso que talvez enquanto CAPS, a gente pudesse se aproximar mais do território. Acho que tem muito idoso que não acessa o serviço, por desconhecimento ou por não ter motivação em se tratar. Talvez, acessar esses bares que, geralmente, a gente vê que tem bastante idoso frequentando. Tentar fazer uma ação territorial, na tentativa de motivar, é uma forma de tentar trazer eles mais ao serviço. Seria uma ação territorial (PROFISSIONAL 6).

Embora os CAPS sejam serviços regionalizados, sua distribuição no Município ainda não é abrangente, ou seja, o número de CAPS existentes ainda não é suficiente para uma cobertura completa de toda a demanda. Nesse sentido, observa-se a existência de pessoas com quadros graves de saúde mental que ainda não acessam os CAPS, gerando um número elevado de reinternações hospitalares. De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, embora os indicadores do Ministério da Saúde apontem que o número de CAPS em Porto Alegre está de acordo com a população descrita, o Município tem realizado esforços no sentido de implantar um CAPS de cada modalidade (AD, I e II) em cada Gerência Distrital. (PMPA/SMS, 2013). Percebe-se que, mesmo diante de inúmeros desafios e contradições que se apresentam nos CAPS, existem profissionais comprometidos em ampliar as possibilidades de atuação desses serviços nos territórios, se adequando aos diferentes contextos.

Diante da extrema importância da articulação entre os CAPS e os serviços da rede ampliada de atenção à saúde mental para o cuidado integral dos usuários, torna-se fundamental que esses serviços não se tornem dispositivos isolados de atenção à saúde. É necessário que se articulem, também, intersetorialmente e que ofereçam suporte às ações desenvolvidas no território, na busca da autonomia e da Reabilitação Psicossocial dos sujeitos. Segundo Barros (2003), a rede de saúde ainda se revela como uma série de pontos fragilmente articulados e burocratizados, evidenciados em todo o País. Na saúde mental, essa situação é mais preocupante ainda, pois, a fragmentação dos serviços carrega raízes históricas de um modelo hospitalocêntrico, em que o hospital exercia um papel central na assistência à saúde mental. Essa situação ocasionou a não inserção do sujeito com transtorno mental na rede de saúde e da comunidade, acarretando, ainda, na dificuldade dos serviços em desenvolverem ações para além de sua estrutura física e de oportunizar novas relações nos territórios para os usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração teórica construída, a partir do processo de aprendizado possibilitado pela investigação, realizada durante o Mestrado, a qual deu origem a presente Dissertação, representa o encerramento de uma etapa da formação que emergiu a partir de experiências e inquietações da pesquisadora. Assim, torna-se relevante explicitar algumas considerações que permeiam a temática estudada, bem como os resultados encontrados na realidade a qual se buscou desvendar. Não se pretende com essas reflexões esgotar as possibilidades de estudo, nem torná-las conclusivas de forma definitiva, tendo em vista o caráter dinâmico, flexível e contraditório da realidade. Pelo contrário, compreende-se que é necessário ampliar o debate acerca dos processos que perpassam a atenção aos idosos no contexto da saúde mental. Desse modo, considera-se que esse trabalho é apenas uma pequena contribuição para a produção do conhecimento, diante de toda dimensão que envolve o tema abordado.

A partir dessa pesquisa, constatou-se que o envelhecimento populacional no Brasil e no mundo, nos últimos anos, colocou a velhice em evidência como objeto de estudos e de respostas político-institucionais, ora para garantir seus direitos, por meio de políticas públicas, ora porque é vista como um problema de ordem econômica que precisa ser superado, tendo em vista que as aposentadorias e os custos com a saúde da população idosa são considerados onerosos para o Estado. Apesar dos significativos avanços construídos nas últimas décadas e dos esforços em busca do reconhecimento e da valorização dos idosos, essa parcela da população ainda carece de medidas que garantam sua proteção social e qualidade de vida. A criação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) representou uma grande conquista, garantindo legalmente a atenção especial aos idosos, no que se refere à saúde, assistência, transporte, lazer, dignidade e demais direitos, entretanto, o que se evidencia na realidade é que essas melhorias precisam, ainda, serem efetivadas de maneira plena.

Essa realidade tão controversa merece aprofundamento, pois na sociedade vigente, em que a estrutura social é voltada para a produção, o consumo e o acúmulo financeiro, as concepções do envelhecer carregam valores negativos, tendo em vista que o idoso tende a ser desqualificado e discriminado por não mais

participar do processo produtivo, sendo assim invalidado economicamente. Dessa forma, esse estudo pretendeu agregar-se a outras pesquisas que objetivam dar visibilidade às demandas dos idosos, a fim de que seus direitos conquistados em lei, a partir de lutas históricas, sejam concretizados na prática.

O envelhecimento da população trouxe em seu bojo o aumento de enfermidades próprias da velhice e do contingente de pessoas com algum transtorno mental. Os transtornos mentais estão hoje, entre os principais problemas de saúde na velhice. Tal situação tem merecido atenção, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Portanto, avaliar como a Política de Saúde tem buscado materializar os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, etc.) na assistência a essa população é de extrema importância. Assim, para a realização da referida investigação, buscou-se responder ao problema de pesquisa formulado, pelo qual pretendeu-se identificar como os Centros de Atenção Psicossocial atuam na atenção aos idosos com transtornos mentais, na perspectiva de contribuir para a qualificação da atenção a essa parcela tão expressiva da população. A intenção foi compreender como ocorre o processo de inclusão dos idosos nesses serviços que fazem parte de uma rede criada para substituir os manicômios a partir da Reforma Psiquiátrica.

A partir da análise dos dados coletados, constatou-se que existem muitos desafios a serem superados para que as ações propostas pela referida Reforma, que representa uma mudança de pressupostos em relação à Saúde Mental, sejam efetivadas. Dessa forma, percebeu-se que muitas dessas dificuldades impactam no cotidiano profissional das pessoas envolvidas no estudo, interferindo em sua autonomia, nas práticas realizadas nos CAPS e na qualidade da atenção oferecida aos usuários, destacando-se os idosos que possuem necessidades específicas. Tais dificuldades se referem à escassez de recursos humanos, materiais e financeiros e, conseqüentemente, se expressam nas precárias condições de trabalho.

Identificou-se que a estrutura física dos CAPS investigados não está preparada para acolher os idosos com suas particularidades e limitações. A falta de acessibilidade foi mencionada pela maioria dos profissionais entrevistados, como um fator que prejudica e até mesmo inviabiliza algumas ações ou atendimentos realizados com essa população. O estudo revelou dificuldades em relação à efetivação de princípios como a equidade e integralidade no atendimento aos idosos nos CAPS, uma vez que essas pessoas são tratadas de maneira igual aos demais

usuários. Nenhum dos serviços investigados desenvolve atividades direcionadas especificamente aos idosos, que acabam participando das atividades que os serviços oferecem para a população em geral. A revisão teórica mostrou, no entanto, que os idosos possuem necessidades específicas e que requerem tratamento diferenciado. Dessa forma, considera-se que os serviços de saúde devem promover adequações na oferta de serviços e ações, priorizando o atendimento integral de grupos com maior vulnerabilidades e riscos como a população idosa, visando a concretização dos princípios fundamentais do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

Em relação às características dos profissionais entrevistados, há a predominância de mulheres, sendo que somente um é do gênero masculino, o que confirma a maior incidência de mulheres em profissões da área da saúde. Esses profissionais atuam nas seguintes áreas: Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Psiquiatria, sendo que a maioria possui pós-graduação. A faixa etária desses profissionais varia de 33 a 61 anos e a maioria está vinculado à instituição há mais de 5 anos. Quanto às características dos idosos entrevistados, a maioria é do gênero masculino, sendo que somente uma é mulher. Suas idades variam de 60 a 66 anos. A maior parte desses idosos são viúvos ou separados e somente um é casado. Esses idosos estão em atendimento nos CAPS entre 1 a 10 anos e o motivo da procura pelos serviços foram os seguintes transtornos mentais: depressão, alcoolismo e transtorno de humor bipolar. Todos os usuários alcoolistas entrevistados sofrem, também, com a depressão, que é a comorbidade mais comum associada ao álcool.

No que se refere às principais demandas de atendimento apresentadas pelos idosos nos CAPS, constatou-se que na modalidade CAPS II, essas são relacionadas aos transtornos depressivos, demências, esquizofrenia e transtornos afetivos. Nos CAPS AD as demandas dos idosos são em sua maioria relativas ao alcoolismo. A população idosa atendida nesses serviços é relativamente baixa, variando em torno de 2% a 7% do total de usuários atendidos. O motivo pelo qual a procura dos idosos nos CAPS é baixa foi uma interrogação que se fez durante o estudo, porém não se pretendeu adentrar nessa questão com profundidade. Contudo, a partir de outras pesquisas, constatou-se que os idosos com transtornos mentais costumam procurar atendimento em serviços de atenção básica e em hospitais por outros motivos não relacionados à saúde mental. Isso ocorre porque, na maioria das vezes, o transtorno

mental não é identificado, pelos profissionais de saúde, nem pelo próprio idoso, que o compreendem como algo intrínseco ao processo de envelhecimento. O alcoolismo também, nem sempre é reconhecido pelo usuário como uma doença ou transtorno e por isso não se busca a atenção especializada. Percebeu-se a necessidade de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimentos na área do envelhecimento e saúde da pessoa idosa nos serviços de saúde, a fim de serem feitas avaliações e intervenções adequadas.

Constatou-se a necessidade de qualificação das equipes da atenção especializada para o trabalho com a população idosa, uma vez que o estudo revelou que nenhum dos CAPS pesquisados proporciona capacitações aos trabalhadores, específicas para o desenvolvimento do trabalho com os idosos. A maioria das instituições promovem, não sistematicamente, cursos e capacitações, porém não voltadas ao envelhecimento. Em relação ao atendimento aos idosos, é necessário também, que os profissionais adquiram conhecimentos acerca do Estatuto do Idoso (BRASIL, 1993) e dos direitos pertinentes aos idosos, buscando assim, assegurar a integralidade e resolutividade nas intervenções, proporcionando condições favoráveis ao exercício da cidadania dessas pessoas. Na realidade investigada, entretanto, observou-se que o conhecimento a respeito do Estatuto do Idoso por parte das equipes é superficial. Evidencia-se, também, a necessidade de qualificar a formação dos profissionais que atuam na Política de Saúde Mental, de um modo geral, no sentido de viabilizar ações baseadas na integralidade e intersectorialidade.

A participação da família foi apontada como fundamental para o sucesso do tratamento e Reabilitação Psicossocial do usuário, principalmente no caso do idoso, que comumente apresenta limitações ocasionadas pela idade. Muitos usuários não possuem condições de cuidarem-se sozinhos, devido ao transtorno mental, agravado por questões relacionadas à idade avançada, como dificuldades de memória, necessitando de um suporte familiar. Nesse sentido, as equipes dos CAPS têm buscado, de várias maneiras, promover e estimular a participação da família no tratamento e reabilitação do usuário. Apesar da família exercer um papel de extrema importância, os idosos entrevistados residem, em sua maioria, sozinhos, com pouco ou nenhum apoio familiar para os cuidados cotidianos, o que representa uma preocupação. Além disso, percebe-se que, diante das novas configurações familiares a partir das transformações societárias, a família, muitas vezes não possui condições de ser a principal responsável pelo cuidado de seus idosos. Nesse

contexto, o Estado deve prover serviços e recursos que possam dar suporte ao idoso e sua família.

Apesar de algumas fragilidades e contradições apontadas pelo estudo, no que se refere ao atendimento aos idosos, a percepção desses sobre o atendimento demonstrou que os CAPS e as equipes têm um papel fundamental em suas vidas, pois é um espaço que promove oportunidades, trocas e vínculos afetivos. Todos os usuários avaliaram o atendimento e o cuidado promovido pelos profissionais como sendo ótimo.

No que tange os processos de Reabilitação Psicossocial desenvolvidos pelos CAPS, evidenciou-se que esses ocorrem por meio do Projeto Terapêutico Singular, que é desenvolvido de acordo com as necessidades singulares de cada usuário. Desse modo, segundo a maioria dos profissionais, as especificidades dos idosos acabam sendo consideradas e atendidas. Embora o Projeto Terapêutico Singular seja de grande relevância para a Reabilitação Psicossocial e esteja em acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, percebeu-se que, no caso dos idosos, esse não tem sido voltado para a reinserção social.

A pesquisa revelou que esses projetos são compostos, em sua maioria, por atividades realizadas pelo CAPS, não havendo maiores articulações com os serviços existentes no território. Apesar de todo esforço das equipes técnicas, por meio do trabalho interdisciplinar realizado nos CAPS, na busca pela integralidade, percebeu-se que sem uma articulação com outros serviços da rede esse princípio só pode ser alcançado na sua dimensão focalizada. Torna-se, assim, impossível atingir a integralidade em sua dimensão plena em apenas um único serviço, tendo em vista que esse não dispõe de todos os recursos e equipamentos necessários para o atendimento integral dos usuários (SILVA; JÚNIOR, 2008). Além disso, atenta-se para que os CAPS tenham o cuidado em não atuar somente dentro de seus muros com a mesma lógica dos manicômios. Reconhece-se que a promoção da autonomia e da participação do sujeito em sua comunidade é essencial.

Constatou-se que os processos de Reabilitação Psicossocial realizados pelos CAPS têm gerado resultados positivos na vida dos idosos. Dentre as melhorias em suas condições de vida, destacam-se o resgate da autoestima, autonomia e melhora na qualidade das relações sociais e familiares.

Ressalta-se o desconhecimento dos profissionais em relação à rede de proteção ao idoso, o que pode ocorrer devido a insuficiência ou até mesmo pela

fragmentação dessa rede no município. Dentre as sugestões feitas pelos profissionais para a melhoria da atenção aos idosos na rede de serviços do município, destacam-se a necessidade de um serviço de transporte domiciliar, a fim de possibilitar o deslocamento dos idosos até o CAPS e aos outros serviços da rede; a expansão dos centros de convivência para o atendimento de pessoas em situação de saúde estável e o desenvolvimento de ações nos territórios, buscando a aproximação das equipes dos CAPS com os idosos que não estão acessando esses serviços.

Finaliza-se essa sistematização ainda com o sentimento de incompletude, reconhecendo-se que essa realidade é muito mais complexa e que requer maiores aprofundamentos para o desvendamento do real, o que motiva a autora a continuar trilhando o caminho da pesquisa, em busca de novas descobertas, agora no curso de doutorado. Por outro lado, perdura o sentimento de gratidão em poder de alguma forma contribuir com a transformação dessa realidade, tendo em vista o depoimento de uma das profissionais entrevistadas, mencionando que a pesquisa possibilitou à equipe parar para pensar sobre quem são os idosos atendidos no serviço. Segundo ela, embora o trabalho com os idosos no cotidiano seja desenvolvido do mesmo modo que é realizado com os demais usuários, os profissionais envolvidos sabem que com o idoso precisam ter uma atenção diferenciada, com mais paciência, porque eles falam mais devagar ou exigem mais atenção. A partir de então, a equipe começou a se dar conta de que tem coisas que são específicas dessa faixa etária. Através desse relato ficou evidente que a pesquisa de alguma forma desencadeou um processo de reflexão desses profissionais, que poderá possibilitar mudanças futuras.

Por fim, destaca-se o compromisso ético-político do pesquisador, pois enquanto profissional do Serviço Social deve estar comprometido com a busca da efetivação de princípios fundamentais, inscritos no Código de Ética profissional, como a equidade, justiça social e a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais (CFESS, 1993). Nesse sentido, essa Dissertação assume relevância, na medida em que se propõe a revelar desafios e contradições encontradas na realidade investigada, que interferem na materialização desses princípios que estão em consonância com os princípios do SUS “universalidade, equidade e integralidade” (BRASIL, 1990). Espera-se que esse material contribua para dar visibilidade às demandas dos idosos na saúde mental,

bem como às necessidades das equipes que atuam junto a essa população, visando, também, melhorias nas condições institucionais desses serviços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44461999000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2>. Acesso em 02 out. 2013.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e neodesenvolvimentismo**: Choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil. São Paulo: Praxis, 2014.

ALVES, Vanessa Castro. **O Serviço Social na Saúde Mental**: Desafios para a efetivação do direito à Autonomia. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2011.

ALVES, Vanessa Castro. **Qualidade da Atenção aos Idosos com Sofrimento Psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS** (Projeto de Pesquisa), Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

AMARAL, O. L. **Transtornos mentais** [online]. [Citado em 20 de fev 2009]. Disponível em: <<http://www.inef.com.br/transtorno.htm>>. Acesso em 02 out. 2014.

AMARANTE, P. D. C. (org.). **Saúde Mental, formação e crítica**. Organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

AMARANTE, P. D. C. (org.) Saúde Mental: desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ANDER-EGG, Ezequiel. **Introducción a las técnicas de investigación social**: Para trabajadores sociales. 7 ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978.

ANDREATTA, Ana Paula Fabbris. **Implicações do processo de hospitalização no cotidiano e nas relações familiares do idoso**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre: PUCRS, 2011.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, **Mental Health: A Call for Action** by World Health Ministers. Genebra, WHO:57-70, 2001.

AREOSA, S. V. C (org.); COUTO. Analie. N., [et al.]. **Envelhecimento humano**: realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentalização**. São Paulo: Veras Editora, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, Manoel de. **Retrato Do Artista Quando Coisa**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1998.

BARROS, R. B. (2003). Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), **Loucura, ética e política: escritos militantes** (pp. 196-206). São Paulo: Casa do Psicólogo.

BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, Dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Jan. 2015.

BASAGLIA, F. Apresentação a Che cos'è la psichiatria? In: BASAGLIA, F. & AMARANTE, P. (Orgs.) **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BELLINI, M. I. B. A. Pesquisa sobre Intersetorialidade no Contexto Brasileiro: Notas sobre o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade. In: **Intersetorialidade e Políticas Sociais: Interfaces e diálogos** (orgs.). Maria Isabel Barros Bellini e Camília Susana Faler. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BEZERRA JR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007.

BISNETO, J.A. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2009.

BOARETTO, R. C; HEIMANN, L. S. Conselhos de Representações de Idosos e Estratégias de Participação. In: SIMSON, O. R. M. V (Org.). **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil**. Campinas: Editora Alínea, 2003.

BRASIL, DATAPREV. Decreto nº 4.682 de 24 de Janeiro de 1923 – **Lei Eloy Chaves**. Diário Oficial da União de 28/01/1923. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 10.741 de 1 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 2003. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>

Acesso em: nov. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990: **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 20 jan. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990: **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.** Brasília. Diário Oficial da União. 1990 b

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994: **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.** Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 12 nov. 2014.

BRASIL. Lei número 10.216, de 6 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 03 nov. 2012.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social (1993). In: **Coletânea de Leis. Revista e Ampliada.** Porto Alegre: CRESS 10a Região, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.** Diário Oficial da União. 2002; 20 fev.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 20 abr. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em: 01 de mar 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>, Acesso em 20 abr. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília, 2009.

BRASIL. **Política Nacional da Assistência Social (2004)**. Brasília: Cortez, 2004.

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**. Documento da internet. s/d. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Benefícios emitidos, segundo os grupos de espécie**. Bol. Estat. Previd. Soc. [periódico na Internet]. 2004. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/1.xls>>. Acesso em: 5 Jan. 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Transtornos mentais**: Trabalho em escala, condições insalubres e recompensa insatisfatória podem ser causas. 2012. Documento da internet. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/noticias/transtornos-mentais-trabalho-em-escala-condicoes-insalubres-e-recompensa-insatisfatoria-podem-ser-causas/>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – **Política Nacional de Atenção Integral à**

Saúde do Homem: Princípios e diretrizes, Brasília, 2008.

BRASIL; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.
Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. 2001. Brasília.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês; et al (Org.).
Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez,
2009. Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br>>. Acesso em jun. 2012.

BRITO, F.C E LITVOC, C. J. Conceitos básicos. In F.C. Brito e C. Litvoc (Ed.),
Envelhecimento: prevenção e promoção de saúde. São Paulo: Atheneu, p.1-16,
2004.

BULLA, L. C.; KIST, R. B. B. O envelhecimento da população e a constituição das
políticas sociais para o idoso no Brasil. In: **Política Social:** temas em debate.
Pelotas: EDUCAT, 2009. p. 179-196.

BULLA, L. C.; KAEFER, C. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na
vida do idoso aposentado. **Revista Virtual Textos & Contextos** [online] n.2. Porto
Alegre: PUCRS. 2003.

BULLA, L.C. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço
social brasileiro. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 2, dez. 2003.

BULLA, L.C. **Serviços Ofertados pelas Políticas de Saúde e Assistência Social
disponíveis para Idosos que fazem uso de Substâncias Psicoativas na Região
Metropolitana de Porto Alegre.** Projeto de Pesquisa, 2012.

BURLANDY, Luciene. **Segurança alimentar e nutricional:** intersectorialidade e as
ações de nutrição. 2004. Disponível em:
<<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude13art01.pdf>>. Acesso em 07
jan. 2012.

CADERNOS LBA. **Série Terceira Idade.** [S.1: s.n.], [19--].

CAMARANO, A. A. (org.) **Os novos idosos brasileiros.** Muito além dos 60? Rio de
Janeiro: IPEA, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. 2.ed. São Paulo:
Hucitec, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe
de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.
Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407. ISSN 0102-311X.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela
integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.
de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de
Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução nº 273 de 13 de março de 1993.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana de [et. al.] (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.106-130, 2006.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.). Et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CLEMENTE, A.S; FILHO, A.I.L; FIRMO, J.O.A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 (3):555-564, mar, 2011.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DOS IDOSOS; CENTRO INTERDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA E PESQUISA EM ENVELHECIMENTO – CIAPE. **KIT de Criação do Conselho Municipal do Idoso**. Belo Horizonte, 2005. Disponível em:

<http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/12/14_51_26_714_Kit_Cria%C3%A7%C3%A3o_do_Conselho_Municipal_do_Idoso.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2013.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, M. T. G. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Porto Alegre: PUCRS, 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

FEUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para consolidação do SUS. In: **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez, 2005.

FIGUEIREDO, A. C; BONARDI, G; CARVALHO, D; SCHWANKE, C. H. A; CRUZ, I. B. M. Da. Depressão no idoso. In: **Envelhecimento bem sucedido**. TERRA, N.L; DORNELLES, B. (orgs.). Programa Geron, PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002 a.

FIGUEIREDO, S.C.S. **O abuso na velhice a partir do olhar do próprio idoso**. Ribeirão Preto, 2000. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Departamento de Psicologia e educação, Universidade de São Paulo, 2000.

FIGUEIREDO, S.C.S; WAGNER, E.A.M; CANÇADO, F.A.X. Saúde Mental e

Envelhecimento. In. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002 b.

FINGER, G; DIETRICH, G, V; SANTOS, G. T; SCHMIDT, O. F; SILVA, R; SILVA, S. As demências. In. **Tópicos em geriatria II**. TERRA; N.L; SILVA, R; SCHIMIDT, F (orgs.): Instituto de Geriatria e Gerontologia/PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia**. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. A busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, Túlio Batista. **Gestão do Trabalho em Saúde Mental**. Documento da internet. Rio de Janeiro – Universidade Federal Fluminense, s/d. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2013

FRANGE, Paulo. **O Estatuto do Idoso comentado por Paulo Frange**. 2004. Disponível em: <<http://www.paulofrange.com.br/Livroidosofinal.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2014.

FROEMMING, M.B; ROOS, N. P. Necessidade de Intervenção – o Idoso no contexto familiar e social: em busca de suporte e apoio. In: **Envelhecimento humano: realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha)**. AREOSA, S. V. C (org.); COUTO. Analie. N, et al. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012

GAMBOA, Sílvio. S. A dialética na pesquisa em educação: elementos de contexto. In: FAZENDA, Ivani. **Metodologia da pesquisa educacional**. 8. Ed. São Paulo: Cortez, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, Sueli. Política social para o idoso. In: **Envelhecimento e suas implicações para a área da saúde**. (Org.) PEREIRA; E. M; BONINI, J. S. Guarapuava: UNICENTRO, 2014.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOMES, S. **Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios / Sandra Gomes, Maria Elisa Munhol, Eduardo Dias; [coordenação geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. -- São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.**

GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In.

Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.

GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 58-74.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de saúde do Idoso. **Política estadual da saúde da pessoa idosa.** Porto Alegre, 8 de fevereiro de 2010. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br/upload/1336758215_1280759556286Atualizacao_da_Politica_Estadual_do_Idoso.doc>. Acesso em: 02 fev. 2014.

HARDWOD D, HAWTON K, HOPE T, JACOBY R. **Psychiatric disorders and personality actors associated with suicide in older people:** a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatr.* 2001;16(2):155-65. DOI:10.1002/10991166(200102)16:2<155:AIDGPS289>3.0.CO;2-0

IAMAMOTO, Marilda. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Síntese dos Indicadores 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009>> Disponível em: ><http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=1&idnoticia=1866&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas>> Acesso em: 05 set 2011.

Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.]. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)** – 2012., São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados sobre População do Brasil,** PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010.** Rio de Janeiro, 2011b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Diretoria de Pesquisas; Departamento de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 9. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000,** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

JUNQUEIRA, L.A.P. & INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade:** a cidade solidária. São Paulo, FUNDAP, 1997.

KERN, Francisco. A rede como estratégia metodológica de operacionalização do SUAS. In: MENDES, Jussara Maria Rosa; PRATES, Jane Cruz; AGUINSKY, Beatriz (orgs). **Capacitação sobre PNAS e SUAS: no caminho da implantação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

KIST, R. B. B. **O Processo de Trabalho do assistente Social e garantia de direitos do idoso a partir da abordagem grupal**. 2008. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, 2008.

KIST, R. B. B. **Os grupos de convivência em Porto Alegre e sua contribuição à garantia de direitos e à autonomia de homens e mulheres idosos: uma aproximação com os centros de idosos em Barcelona**. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. 25ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1981.

KOSIK. Karel. **Dialética do Concreto**. São Paulo: Paz e Terra, 1976.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal, lógica dialética**. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LOPES, M. J.M. et all (org.) **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOTUFO NETO F. Aspectos Culturais da Depressão. In: Fortaleza OV & Caramelli P (eds). **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo, Atheneu, 2000.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.

MAJEWSKI, C. C. Políticas públicas de promoção e garantia dos direitos dos idosos. In: **Temas sobre envelhecimento ativo**. (orgs.) TERRA; L.N; BÓS, A.J.G; CASTILHOS, N. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

MARAGNO. L; GOLDBAUM, M; GIANINI, R. J; NOVAES, H. M. D; CÉSAR, C. L. G. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (8):1639-1648, ago., 2006.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINS, J. de S. **Exclusão Social e a Nova Desigualdade**. São Paulo. Paulus, 1997.

MARX, K. **O capital – crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MARX, K. Posfácio à 2ª Edição de “O capital”, in. **O Capital**. São Paulo, Abril Cultural, 1983.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDIONDO, M. S. Z.; BULLA, L. C. Idoso, vida cotidiana e participação social. In: **Envelhecimento Bem-Sucedido**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 2. ed.

MENDONÇA, J.M.B; PEREIRA, P.A.P. Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático no capitalismo recente. In: **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 142-151, jan./jun. 2013.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. de S; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MONTAÑES. M. C.M. et al. Qualidade de vida no Envelhecimento. In: **Envelhecimento humano: realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha)**. AREOSA, S. V. C (org.); COUTO. Analie. N. et al. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

MONTAÑO, C. **A Natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. 2009.

NERI, A. L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: SESC São Paulo, 2007.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

NERI, A. L. Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias Atuais. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J; GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 58-74

NERI, A.(org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 1995.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembleia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125**. Viena, 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembleia mundial sobre**

envelhecimento: resolução 39/125. Viena, 1982.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no Séc. XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al.(Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kroogan, 2002. p. 2-12.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. L. de. **Velhice ou Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PEREIRA, A. A. [et al.]. **Saúde mental** – 2 ed. – Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

PEREIRA, E. M. O processo de envelhecer na dimensão cultural. In: PEREIRA, E. M; BONINI, J. S. (Org.). **Envelhecimento e suas implicações para a área da saúde**. Guarapuava: UNICENTRO, 2014.

PILLON, S. C; CARDOSO, L; PEREIRA, G. A M; MELLO, E. **Perfil dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas**. Esc. Anna Nery (impr.) 2010 out-dez; 14 (4): 742-748. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a13.pdf>> Acesso em: out. 2014.

PINTO, Diego Muniz et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - Enferm.** Florianópolis , v. 20, n. 3, set. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2015.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.19-30.

PONTES, Ana Paula Munhen de. CESSO, Rachel Garcia Dantas. OLIVEIRA, Denize Cristina de. GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? Esc. Anna Nery. **Rev Enferm.**, V. 13, n. 3, p. 500-07, jul – set, 2009.

PRATES, J. C. O planejamento da pesquisa social. **Revista Temporalis**, n. 7, Porto Alegre: ABEPSS, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE – PMPA; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS. **Plano Municipal De Saúde 2014 – 2017**. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2014.

QUINTANA, Mario. **Poesia completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2005.

RODRIGUES, N. C; RAUTH, J. TERRA, N. L. **Gerontologia social**: para leigos. 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

SANTA ROSA, A. L. C. **Aprendendo a caminhar na cidade**: idosos em residências terapêuticas, 2008. 179f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, G. A; BULLA, L. C; ANGELOS, I. S; DUTRA, A. O. A velhice estressada. In. **Envelhecimento bem sucedido**. TERRA, N.L; DORNELLES, B. (orgs.). Programa Geron, PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

SANTOS, Simone Agadir et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, Setembro. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2009000900020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2014.

SANTOS; L. ANDRADE. L.O.M. Rede Interfederativa de Saúde. In: **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde/ Gilson Carvalho... [et al.]; (org.) Silvio Fernandes da Silva. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SARACENO, B. A concepção de Reabilitação Psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v.9, n.1, p.26-31, 1998.

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. In: **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999. cap. 5, p.111-142.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA, Alrenilda Aparecida da. Alcoolismo em idosos. In. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia** – ISSN: 1806-0625. Ano VI – Número 10. Periódicos Semestral. Garça, 2008.

SILVA, Giselle Souza. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

SILVA, S. F; JÚNIOR, H. M. M. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde/ Gilson Carvalho [et al.]; (org.) Silvio Fernandes da Silva. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SOUZA, Vinícius Rauber. **Contrarreforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas Políticas Públicas em Saúde Mental no Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan/abr. 2002, p. 25-59.

TERRA; N. L; WALDMAN, B. F; LUZARDO, A. R. Doença de Alzheimer- sugestões para cuidadores. In. **Envelhecimento bem sucedido**. TERRA, N.L; DORNELLES, B. (orgs.). Programa Geron, PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

TRINDADE, J.L.A.; BÉRIA. J.U. Epidemiologia e envelhecimento. In: **Tópicos em Geriatria II**. TERRA, N.L; SILVA, R; SCHIMIDT, O. F (Orgs.). Instituto de Geriatria e Gerontologia. PUCRS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VARGAS, H. S. A. **Depressão no idoso: Fundamentos**. São Paulo, Fundo Editorial Byk, 1992.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VERAS, R. Epidemiologia do Envelhecimento na América Latina. In: Forlenza OV & Caramelli P (eds). **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo, Atheneu, 2000.

VILLELA, Flávia. **Alcoolismo é a principal causa de afastamento do trabalho por uso de drogas**. Agência Brasil. Rio de Janeiro, 20 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/02/alcoolismo-e-a-principal-causa-de-afastamento-do-trabalho-por-transtorno>>. Acesso em: 22 jul. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **First WHO report on suicide prevention**. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>> Acesso em: 03 set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo**. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope**. Suíça, 2002. Disponível em: <

<http://www.who.int/whr/2001/en/>>. Acesso em: 03 set. 2014.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 2000.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Profissional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar dessa pesquisa que será desenvolvida pela Mestranda Vanessa Castro Alves como parte de sua Dissertação de Mestrado do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, sob a orientação da Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla. A pesquisa tem como objetivo analisar de que forma a atenção à população idosa com sofrimento psíquico é desenvolvida pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, do município de Porto Alegre, a fim de contribuir para a qualificação da atenção a este segmento.

Sua participação consiste em responder uma entrevista semiestruturada, que tem a duração de aproximadamente 45 minutos e será gravada se assim você permitir.

Foi-me assegurado:

- Rigoroso sigilo de minha identidade na publicação desta pesquisa;
- Possíveis esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
- Poderei solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento.

Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza. Posteriormente poderão ser fornecidos novos esclarecidos, através dos seguintes contatos: Pro^a. Dra. Leonia Capaverde Bulla (orientadora da pesquisa), telefone: (51) 3353-4114 e Vanessa Castro Alves (mestranda e pesquisadora), telefone (51) 8481-9703. Se você considerar que seus direitos como participante da pesquisa não estão sendo respeitados, é possível contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, através do telefone (51) 3320-3345.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa **“Qualidade da Atenção aos Idosos com Sofrimento Psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS”** e declaro que fui informada (o) sobre seu objetivo de maneira clara e detalhada, esclarecendo minhas dúvidas e tendo recebido cópia do presente Termo de Consentimento.

Data: ____/____/____.

Assinatura do participante na pesquisa

Vanessa Castro Alves
Mestranda Pesquisadora

Leonia Capaverde Bulla
Prof^a. Dra. Assistente Social – Orientadora

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do usuário

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIO)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar dessa pesquisa que será desenvolvida pela Mestranda Vanessa Castro Alves como parte de sua Dissertação de Mestrado do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, sob a orientação da Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla. A pesquisa tem como objetivo analisar de que forma a atenção à população idosa com sofrimento psíquico é desenvolvida pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, do município de Porto Alegre, a fim de contribuir para a qualificação da atenção a este segmento.

Sua participação consiste em responder uma entrevista semiestruturada, que tem a duração de aproximadamente 45 minutos e será gravada se assim você permitir.

Foi-me assegurado:

- Rigoroso sigilo de minha identidade na publicação desta pesquisa;
- Possíveis esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
- Poderei solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento.

Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza. Posteriormente poderão ser fornecidos novos esclarecidos, através dos seguintes contatos: Pro^a. Dra. Leonia Capaverde Bulla (orientadora da pesquisa), telefone: (51) 3353-4114 e Vanessa Castro Alves (mestranda e pesquisadora), telefone (51) 8481-9703. Se você considerar que seus direitos como participante da pesquisa não estão sendo respeitados, é possível contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, através do telefone (51) 3320-3345.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa **“Qualidade da Atenção aos Idosos com Sofrimento Psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS”** e declaro que fui informada (o) sobre seu objetivo de maneira clara e detalhada, esclarecendo minhas dúvidas e tendo recebido cópia do presente Termo de Consentimento.

Data: ____/____/____.

Assinatura do participante na pesquisa

Vanessa Castro Alves
Mestranda Pesquisadora

Leonia Capaverde Bulla
Prof^a. Dra. Assistente Social – Orientadora

APÊNDICE C – Formulário de entrevista do profissional

QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS IDOSOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS
Nº da Instituição: _____ Data da entrevista: ____/____/____
INSTRUMENTO 3 – FORMULÁRIO DO PROFISSIONAL
BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL
<p>1. Idade:</p> <p>2. Sexo:</p> <p>3. Nível de Formação:</p> <p>4. Área de Formação:</p> <p>5. Função/Cargo na instituição:</p> <p>6. Tempo que trabalha na instituição:</p> <p>7. Tipo de vínculo formal com a instituição:</p>
BLOCO B – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO
<p>8. São atendidos usuários com mais de 60 anos (idosos)?</p> <p style="padding-left: 40px;">8.1. Se sim, quantos idosos são atendidos mensalmente?</p> <p>9. Em média quantos usuários no geral são atendidos mensalmente neste serviço?</p> <p>10. São realizadas atividades direcionadas especificamente aos idosos? Quais?</p> <p>11. Por quais transtornos mentais frequentemente são incluídos idosos neste atendimento?</p> <p>12. A instituição oferece alguma assistência/orientação aos cuidadores e familiares dos idosos com sofrimento psíquico? De que tipo? Frequência?</p> <p>13. Você conhece o Estatuto do idoso? Caso sim, o utiliza no dia-a-dia da instituição? De que maneira?</p>

14. A unidade possui infraestrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento aos idosos?

15. A instituição proporciona educação continuada para capacitar seus funcionários a trabalharem com a população idosa com sofrimento psíquico? Caso sim, especificar (cursos e áreas):

16. Que outros profissionais considera importante agregar a equipe técnica para o atendimento a idosos?

17. Há uma estrutura adequada (Ex.: salas, equipamentos) para que os profissionais possam exercer o seu trabalho?

BLOCO C – DADOS DO SERVIÇO

18. Formas de acesso ao serviço:

- (01) Busca espontânea (familiar ou usuário)
- (02) Busca ativa (profissionais do serviço)
- (03) Por encaminhamento de profissionais da saúde
- (04) Por encaminhamento Judicial
- (05) Por encaminhamento da rede (saúde, assistência social, educação, etc.)
- (06) Outras formas de informação/acesso (especificar): _____

19. Como se dá a adesão (média) de idosos ao tratamento? Quais os critérios utilizados para mensurar?

20. Quais as condicionalidades para a inclusão/permanência do idoso na instituição?

21. Você considera a participação da família importante no tratamento e na reabilitação psicossocial do idoso com sofrimento psíquico? Justifique:

22. O que tem sido feito para promover a participação da família?

23. Quais as principais dificuldades encontradas para trabalhar com a população idosa com sofrimento psíquico?

24. O que tem sido feito para superar as dificuldades encontradas no trabalho desenvolvido?

25. Como é traçado o plano terapêutico e como é promovida a reabilitação psicossocial junto ao idoso?

26. Com quais serviços da rede esta instituição se articula?

- (01) Saúde
- (02) Assistência Social
- (03) Segurança Pública
- (04) Educação

(5) Conselho Tutelar

(06) Conselho do idoso

(07) Ministério Público

(08) Defensoria Pública

(09) Outros (especificar): _____

27. Como se dá essa articulação?

28. Como avalia a conformação da rede de serviços ofertada à idosos com sofrimento psíquico em seu município?

(01) Suficiente para o volume da demanda

(02) Cobertura parcial

(03) Insuficiente

(04) Inexistente

(05) Desconhece

29. Sugestões para aprimoramento no atendimento ao idoso usuário (em relação ao serviço ofertado pela instituição/ em relação à rede no município):

30. Poderia indicar experiências bem sucedidas de reabilitação psicossocial na terceira idade? (Instituição, município, outras)

31. Você gostaria de acrescentar outras informações que considera relevante?

APÊNDICE D – Formulário de entrevista do usuário

QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS IDOSOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Número da Instituição: _____

Data da entrevista: ____/____/____

INSTRUMENTO 4 – FORMULÁRIO DO USUÁRIO

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

3. Escolaridade:

4. Estado civil:

5. Possui filhos? Quantos?

6. Com quem vive?

7. Trabalha ou exerce alguma função atualmente?

8. Possui alguma fonte de renda? Qual?

9. O Senhor (a) relaciona a interrupção do trabalho em razão do tratamento? Justifique:

10. O senhor (a) saberia citar algum direito que possui por ser idoso? Caso sim, usufrui deste (s) direito (s)?

11. O senhor(a) conhece o Estatuto do Idoso e os direitos nele presentes? O senhor(a) possui ou já o leu alguma vez?

BLOCO B – INFORMAÇÕES SOBRE O QUADRO CLÍNICO

12. Qual motivo/diagnóstico o levou ao tratamento?

13. Há quanto tempo apresenta transtorno mental/sofrimento psíquico?

14. Você possui outro diagnóstico/doença além do transtorno mental? Qual?

15. Faz uso de alguma medicação decorrente deste diagnóstico?

BLOCO C – INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO/APOIO

16. Há quanto tempo está recebendo atendimento neste serviço?

17. Quais profissionais estão envolvidos no seu atendimento e reabilitação psicossocial?

18. O senhor(a) teve prioridade no acesso ao atendimento por ser idoso?

19. Tempo aproximado de espera para inserção no serviço/apoio: _____

20. Formas de acesso ao serviço:

(01) Busca espontânea (familiar ou usuário)

(02) Busca ativa (profissionais do serviço)

(03) Por encaminhamento de profissionais da saúde

(04) Por encaminhamento judicial

(05) Por encaminhamento da rede (saúde, assistência social, educação, etc.)

(06) Outras formas de informação/acesso (especificar): _____

19. 1. Caso por encaminhamento da rede, qual serviço/política?

() saúde () assistência social

() educação () Outro. Especificar _____

20.1. 1. Por qual profissional foi realizado esse encaminhamento?

21. O senhor (a) está utilizando outros serviços da rede (assistência, saúde, educação, habitação, previdência...), além deste? Quais?

21.1. Caso sim, o encaminhamento foi feito pelo CAPS? Por qual profissional?

22. Quais condicionalidades para a sua inclusão/permanência no CAPS?

23. O senhor (a) indicaria esse serviço para alguém que necessitasse desse atendimento?

24. O senhor (a) já recebeu atendimento para o seu tratamento em outros serviços?**24.1 Caso sim, de que tipo:**

- | | |
|---|------------------------|
| (01) Ambulatório | Número de vezes: _____ |
| (02) Internação | Número de vezes: _____ |
| (03) Fazendas ou comunidades terapêuticas | Número de vezes: _____ |
| (04) Serviços de emergência | Número de vezes: _____ |
| (05) AA ou NA | Número de vezes: _____ |
| (06) Consultório particular | Número de vezes: _____ |
| (07) Outros _____ | Número de vezes: _____ |

25. Caso tenha encerrado o tratamento no serviço, qual o motivo? (Questão de múltipla escolha):

- | | |
|---|--|
| (01) Alta | (02) A pedido |
| (03) Fuga | (04) Crise abstinência |
| (05) Recaída | (06) Desmotivação com o tratamento |
| (07) Questões financeiras | (08) Questões religiosas |
| (09) Retirado por familiar | (10) Dificuldades na abordagem terapêutica |
| (11) Abuso, negligência ou violência na instituição | |
| (12) Optou por outro tratamento/serviço (transferência) | |
| (13) Outros (especificar): _____ | |

26. Há demais pessoas envolvidas no seu acompanhamento/reabilitação psicossocial? Caso sim, qual/quais:**27. O Senhor acessa espaços de convivência ou de lazer? Caso sim, qual/quais?****28. Recebe medicação gratuita relativa ao tratamento e reabilitação?****29. O CAPS proporciona atividades e/ou oficinas direcionadas especificamente aos idosos? Caso sim, quais?****30. Você participa de alguma oficina? Qual?****31. Você teve participação na elaboração de seu plano terapêutico? Considera que este está de acordo com seus interesses e limitações?****BLOCO E – AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO****32. Avaliação das condições estruturais (salas, equipamentos, tamanho e condições da equipe, oferta de serviços):**

- | | | | |
|------------|----------|--------------|---------------------|
| (01) Ótimo | (02) Bom | (03) Regular | (04) Insatisfatório |
|------------|----------|--------------|---------------------|

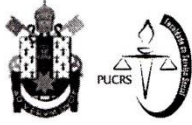
33. Avaliação do atendimento da equipe ao idoso usuário:

- | | | | |
|------------|----------|--------------|---------------------|
| (01) Ótimo | (02) Bom | (03) Regular | (04) Insatisfatório |
|------------|----------|--------------|---------------------|

34. Avaliação do atendimento/suporte ao familiar

- | | | | | |
|------------|----------|--------------|---------------------|------------------|
| (01) Ótimo | (02) Bom | (03) Regular | (04) Insatisfatório | (05) Não procede |
|------------|----------|--------------|---------------------|------------------|

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Porto Alegre, 18 de novembro de 2013

Encaminho o projeto de pesquisa sob o nº 37/2013 "**QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS IDOSOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS**" da aluna Vanessa Castro Alves que foi revisado quanto ao cumprimento das solicitações realizadas em parecer anterior.

As solicitações foram atendidas:

- Sim
() Não

Com base nas alterações executadas e de acordo com a avaliação o projeto enquadra-se na seguinte categoria:

- Aprovado
() Com pendências – anexar parecer
() Não aprovado – anexar parecer

Profª. Drª. Maria Isabel Barros Bellini
Coordenadora da Comissão Científica
do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - FSS/PUCRS

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681 - P. 15 - sala 330 - CEP 90619-900
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3539 - Fax (51) 3320-3606
E-mail: servico-social-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/fss/pos

ANEXO B- Folha de rosto para pesquisas envolvendo seres humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS IDOSOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS		2. Número de Participantes da Pesquisa: 27	
3. Área Temática: <i>Saúde Mental e Envelhecimento</i>			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: LEONIA CAPIVERDE BULLA			
6. CPF: 055.299.640-87		7. Endereço (Rua, n.º): LIBERDADE, 532 RIO BRANCO APTO 501 PORTO ALEGRE RIO GRANDE DO SUL 90420090	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (51) 3353-4114	11. Email: lbulla@pucrs.br
12. Cargo: <i>Professora do Programa de Pós-graduação em Serviço Social</i>			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>22</u> / <u>04</u> / <u>2014</u>		<i>Leonia Capaverde Bulla</i> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA		14. CNPJ: 88.630.413/0002-81	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (51) 3320-3345		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: _____		CPF: _____	
Cargo/Função: _____			
Data: ____ / ____ / ____		_____ Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO C- Carta de aprovação do comitê de ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC)



HOSPITAL DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco de Sá, 808
CEP 91220-001 - Porto Alegre - RS
FONE: (51) 3032
CNPJ 10.191.124/0123

HOSPITAL DA CONCEIÇÃO S.A.
Unidade FARMACIA CONCEIÇÃO
Sofres de Carvalho, 80 S.A.J.
CEP 91220-001 - Porto Alegre - RS

HOSPITAL ERISTO NEDEKOR S.A.
Rua Desengal, 1040, 12
CEP 91300-000 - Porto Alegre - RS
FONE: (51) 3032
CNPJ 00.077.126/0115

HOSPITAL HEMAS S.A.
Rua Mauá, 17
CEP 91220-001 - Porto Alegre - RS
FONE: (51) 3032
CNPJ 02.057.124/000-00



Vinculadas ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/96

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 17 de setembro de 2014, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 14160

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

VANESSA CASTRO ALVES
LEONIA CAFAVERDE BULLA

Título: Qualidade da atenção aos idosos com sofrimento psíquico nos centros de atenção psicossocial - CAPS.

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Adequados
Aspectos Éticos: Adequados

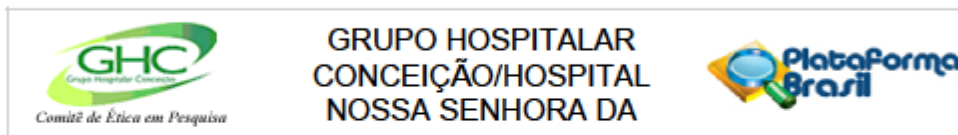
Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.

Porto Alegre, 17 de setembro de 2014.

Daniela Montano Wilhelms
Vice-coordenadora do CEP-GHC

ANEXO D- Parecer consubstanciado do CEP (GHC)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS IDOSOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Pesquisador: LEONIA CAPIVERDE BULLA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30817214.8.3001.5530

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 797.848

Data da Relatoria: 10/09/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto para desenvolvimento de Dissertação de Mestrado em Serviço Social da PUCRS.

A pesquisa será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, do município de Porto Alegre. O mapeamento destes serviços será feito através da página eletrônica da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e por contatos, via telefone e e-mail, com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. A pesquisa será de natureza qualitativa, orientada pelo o método dialético-crítico. O universo da pesquisa será constituído pelos 18 serviços de saúde mental existentes em Porto Alegre, que atendem a população adulta e a amostra, composta por 3 participantes dos 9 CAPS que atendem adultos. Dentre esses, 2 são CAPS Álcool e Drogas (ad) II , 3 são CAPS Álcool e Drogas (ad) III e 4 são CAPS II . Em cada um desses serviços pretende-se entrevistar 1 profissional, 1 gestor e 1 idoso, totalizando 27sujeitos. Será utilizada amostragem não probabilística intencional, podendo variar este número.

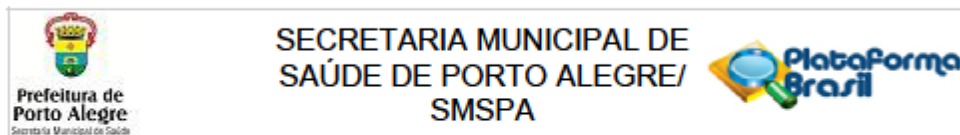
Crêterios de inclusão:

Idoso: pessoa com mais de 60 anos, de ambos os sexos, em atendimento nos CAPS, com capacidade cognitiva suficiente para responder as questões, de acordo com indicação de profissional responsável por seu acompanhamento.

Profissional: atuar na equipe técnica do CAPS e possuir nível superior de formação.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

ANEXO E- Parecer consubstanciado do CEP (SMSPA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS IDOSOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Pesquisador: LEONIA CAPIVERDE BULLA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30817214.8.3004.5338

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 840.233

Data da Relatoria: 12/08/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa que pretende investigar como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atuam na atenção aos idosos com sofrimento psíquico, tendo em vista as especificidades desse segmento populacional. A pesquisa será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Porto Alegre. A técnica utilizada para a coleta de dados será a entrevista semiestruturada, com a predominância de questões abertas, porém o entrevistador poderá acrescentar perguntas de esclarecimento. A entrevista será gravada. No que se refere ao tratamento dos dados, será utilizada a técnica de análise de conteúdo. O universo da pesquisa será constituído pelos 18 serviços de saúde mental existentes em Porto Alegre, que atendem a população adulta. Desse universo será extraída a amostra, composta pelos 9 CAPS que atendem adultos. Dentre esses, 2 são CAPS Álcool e Drogas (ad) II, 3 são CAPS Álcool e Drogas (ad) III e 4 são CAPS II. Em cada um desses serviços pretende-se entrevistar 1 profissional, 1 gestor e 1 idoso, totalizando 27 sujeitos. O número de sujeitos poderá variar de acordo com as necessidades apresentadas no trabalho de campo.

A intenção desta pesquisa é de provocar questionamentos e produzir conhecimento, disponibilizando dados e informações a respeito do trabalho desenvolvido por esses serviços junto à população idosa com sofrimento psíquico. Pretende-se, também, contribuir com a formulação de

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

ANEXO F- Parecer consubstanciado do CEP (PUCRS)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS IDOSOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Pesquisador: LEONIA CAPIVERDE BULLA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30817214.8.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 735.413

Data da Relatoria: 11/08/2014

Apresentação do Projeto:

Informação desnecessária nesse estágio de revisão de pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Informação desnecessária nesse estágio de revisão de pendências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informação desnecessária nesse estágio de revisão de pendências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informação desnecessária nesse estágio de revisão de pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Informação desnecessária nesse estágio de revisão de pendências.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Informação desnecessária nesse estágio de revisão de pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO G- Parecer consubstanciado do CEP (HOSPITAL MÃE DE DEUS)

HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS IDOSOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Pesquisador: LEONIA CAPIVERDE BULLA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30817214.8.3002.5328

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 873.847

Data da Relatoria: 12/11/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto visa a atenção a idosos com sofrimento psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, existentes no município de Porto Alegre/RS. A intenção desta pesquisa é de provocar questionamentos e produzir conhecimento, disponibilizando dados e informações a respeito do trabalho desenvolvido por esses serviços junto a população idosa com sofrimento psíquico. Como também contribuir com a formulação de alternativas para a qualificação destes serviços bem como subsidiar tomadas de decisões no que se refere às políticas públicas voltadas ao idoso com sofrimento psíquico.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar de que forma a atenção à população idosa com sofrimento psíquico é desenvolvida pelos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, do município de Porto Alegre, a fim de contribuir para a qualificação da atenção a este segmento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se verifica nenhum risco, somente o desconforto em responder o questionário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa de relevância para a sociedade uma vez que a população idosa do país tende a

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286
Bairro: MENINO DEUS **CEP:** 90.880-480
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-6087 **Fax:** (51)3230-2032 **E-mail:** cep.ucmd@maededeus.com.br