



REFLEXÕES ACERCA DOS PROCESSOS DE EXCLUSÃO/INCLUSÃO PRECÁRIA DE IDOSOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Vanessa Castro Alves*
Jaqueline Jacinto Duarte**

Resumo: Com o crescimento da população idosa, tendência mundial, evidencia-se o aumento de enfermidades características da velhice. Nesse contexto, é relevante o aprofundamento de temas que perpassam a pessoa idosa com sofrimento psíquico, ressaltando-se os processos de privação de direitos e do acesso a bens e serviços que vivenciam. Dessa forma, o artigo se propõe a apontar reflexões acerca dos processos de exclusão/inclusão que permeiam o cotidiano dos idosos. Apresenta ainda, algumas concepções relativas ao tema exclusão social, tendo em vista suas múltiplas compreensões. Apesar das conquistas que envolvem a atenção aos idosos, evidencia-se que muitos direitos preconizados legalmente, na realidade não são efetivados. No campo da saúde mental, observa-se a inclusão precária dos idosos com sofrimento psíquico, pois além da insuficiência de serviços direcionados à essa população, constata-se a necessidade de qualificação da formação dos profissionais que atuam junto a Política de Saúde Mental, visando ações voltadas à integralidade e intersetorialidade. É necessária uma nova visão por parte da sociedade em relação ao idoso com sofrimento psíquico, de modo que sejam reconhecidos como sujeitos de direitos e que tenham oportunidades de atenção integral a sua saúde.

Palavras-chave: Idoso; Saúde Mental; Inclusão Precária.

1. Introdução

Constata-se um significativo aumento da população idosa, no Brasil, assim como em vários países, exigindo mudanças e iniciativas que visem à proteção deste segmento populacional. Verifica-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.

De acordo com Almeida (1999) a demência afeta cerca de 5% dos idosos na faixa dos 65 anos de idade e esse índice se eleva para 20% entre os idosos com 80 anos ou mais. Destaca-se também, a depressão como um transtorno mental presente entre

* Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

2

muitos idosos, variando-se a taxa de frequência entre 5% e 35% conforme o grau de gravidade. Além disso, 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.

O alcoolismo também é um fator de risco que se apresenta entre uma parcela significativa desta população, sobretudo entre os idosos do sexo masculino. O abuso de álcool por idosos pode estar ligado a problemas financeiros, tabagismo, e maior ocorrência de episódios estressantes na vida desses sujeitos, como perdas de familiares e amigos (ALMEIDA, 1999). Dessa forma, considera-se necessário a discussão sobre a temática de idosos com sofrimento psíquico e os processos de exclusão ou inclusão precária (MARTINS, 1997) que essa população vivencia em seu cotidiano. É necessário ainda, além da qualificação da atenção já existente destinada a esse segmento populacional, a formulação de estudos e pesquisas que objetivem dar visibilidade às demandas e necessidades dessa população, a fim de subsidiar tomadas de decisões, no que se refere a elaboração de políticas e programas voltados a esses sujeitos.

Nessa perspectiva, o presente artigo pretende apontar algumas considerações que perpassam o sujeito idoso com sofrimento psíquico, destacando-se os processos de privação de direitos e do acesso a bens e serviços pelos quais esses idosos de forma direta, ou indireta sofrem. Apesar de avanços no que se refere a assistência em saúde direcionada a estas pessoas, constata-se que há ainda um longo caminho a ser percorrido na busca pela melhoria da qualidade de vida desses sujeitos.

O artigo está estruturado em dois itens. O primeiro trata do processo de envelhecimento e de como o crescimento acelerado da população idosa impacta na necessidade de garantia de melhores condições de vida a esses sujeitos. Ressalta-se nesse contexto os idosos com sofrimento psíquico, tendo em vista que estes representam uma parcela significativa da população e que, com o aumento da longevidade a tendência é aumentar esse contingente, demandando intervenções específicas que busquem a reinserção social desses sujeitos e a sua qualidade de vida.

No segundo item pretende-se apontar a complexidade existente em relação ao conceito de exclusão social, buscando-se uma maior clareza a respeito do uso do termo, associando-o à realidade do sujeito idoso com sofrimento psíquico, apresentando elementos que marcaram a trajetória de exclusão/inclusão precária que permeou a vida dessas pessoas ao longo da história. Este item também objetiva problematizar alguns



aspectos que comprometem a possibilidade de efetivação e consolidação da Reforma Psiquiátrica, que propõe uma nova visão acerca das pessoas com sofrimento psíquico. Por fim, apresentam-se algumas considerações finais.

2. Processo de envelhecimento

Observa-se nas últimas décadas, um aumento significativo da população idosa, e, de acordo com estudos o número de idosos aumentará ainda mais nos próximos anos. Segundo dados do Censo realizado em 2010, o número de idosos representava 4,8% da população brasileira em 1991, aumentando para 5,9% em 2000 e chegando em 2010 no percentual de 7,4%. Estima-se que em 2025 o Brasil será o 6º país com maior número de pessoas com mais de 60 anos (IBGE, 2010). Cabe esclarecer que 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). Dessa maneira, a forma como a questão do envelhecimento é tratada é diferente em cada país, de acordo com o nível de desenvolvimento. Dependendo da conjuntura econômica, política e social, a inserção do idoso nos meios necessários para o exercício de sua cidadania pode se dar de forma favorável ou não.

Tendo em vista que o processo de envelhecimento é um fenômeno multifacetado e multidimensional (FIGUEIREDO, 2000), este tem sido objeto de estudos de diversas áreas do saber que visam oferecer sua contribuição. Esse fenômeno repercute nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade. “[...] na medida em que cresce a população idosa no país, aumentam os impactos sociais no que se refere a sua problemática, configurando-se na esfera de políticas para esse segmento” (MILLER, 2001, p. 24). Portanto, considera-se necessária a formulação de políticas sociais voltadas a essa parcela da população cada vez mais expressiva, pois compreende-se que a população idosa possui demandas específicas que devem ser consideradas para que tenha suas necessidades atendidas.

Com o reconhecimento desses idosos como sujeitos de direitos, compreende-se a velhice 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. Os idosos apresentam diferentes estilos de vida, com diferentes tipos de educação e situações econômicas,



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

entre outros aspectos diversificados. 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. Além disso, o idoso passa por vários processos de exclusão, que muitas vezes são invisíveis para a sociedade, tais como: exclusões econômicas, privação do direito a autonomia, do poder de tomar decisões, da liberdade de escolha, de alimentação adequada e do acesso a bens e serviços necessários para a sua qualidade de vida. Muitos são excluídos até mesmo do convívio familiar, ao serem institucionalizados.

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

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 pode limitar sua renda. Portanto, essa conjuntura exige medidas de políticas sociais que atendam às necessidades dos idosos para que esses tenham melhores condições de vida.

Muitos desses idosos com sofrimento psíquico 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 sofrimento psíquico, que requerem uma atenção diferenciada. O idoso



muitas vezes é ignorado e considerado inútil por não participar mais do processo produtivo, sendo assim invalidado economicamente.

Muitos desses sujeitos perderam totalmente os vínculos familiares, e necessitam de serviços que garantam suas necessidades de reinserção na comunidade. Nessa perspectiva, compreende-se que a questão central a ser discutida deve ser em relação às formas de inclusão dessa população na sociedade, compartilhando do mesmo 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 sofrimento psíquico, que visem garantir os direitos que lhes são pertinentes, proporcionando-lhes espaços de participação na vida em sociedade.

3. O processo de exclusão/inclusão social do idoso com sofrimento psíquico

Tendo em vista que o presente trabalho busca discutir sobre o processo de inclusão/exclusão da população idosa com sofrimento psíquico, torna-se indispensável explicitar as diferentes concepções acerca do termo exclusão social, uma vez que esse é complexo e compreendido a partir de diferentes significados, em distintos contextos. Cabe salientar que o termo exclusão tem sido utilizado de forma indiscriminada para determinar diversas situações, ou seja, não há uma única definição para este, devido a diversidade de compreensões em relação ao seu significado nos mais diversos locais e culturas.

A pobreza, a indigência, a mendicância e a velhice, são expressões costumeiramente associadas à exclusão social, no entanto, ao classificar estas minorias sociais dessa forma, tem-se uma visão reducionista a respeito do significado desse conceito que é tão amplo e multidimensional, tendo em vista que o que define essas categorias é unicamente a dimensão econômica, isto é, a ausência de renda (REIS, 2007).

Na tentativa de melhor definir o processo de exclusão social, Paugam (2003) elabora o conceito de desqualificação social que se refere ao descrédito daqueles que não mais participam plenamente da sociedade. Esse conceito permite compreender como cidadãos em estado de privação estão relacionados aos serviços de assistência pública. A partir de seus estudos, Paugam cria categorias analíticas, agrupando pessoas



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

com características em comum. Dessa forma, os sujeitos são classificados em: 1) assistidos, ou seja, demonstram dependência dos serviços, sofrendo intervenções regulares; 2) fragilizados, pois mantêm distância dos serviços, sofrendo intervenções pontuais; 3) marginalizados, com vínculos sociais rompidos, que não passam por intervenções.

Nesse sentido, Castel (1998), afirma que a “nova questão social¹” é decorrente do “enfraquecimento da condição salarial”. Nesse contexto, é que ocorre a “desfiliação”, isto é, o sistema de proteção social é fragilizado pelas desigualdades sociais, ocasionando assim um contingente de pessoas denominadas por ele de supranumerárias. Para o autor, os desempregados por longo tempo são tão excluídos, quanto jovens a procura de um emprego, ou até mesmo jovens da periferia. O autor, entretanto, ressalta que essas pessoas procedem de situações individuais e que não possuem as mesmas trajetórias e experiências de vida. Segundo ele, a noção de exclusão é perigosa, pois focaliza nas margens um problema que se gera em outros espaços. Dessa forma, a atenção que é dispensada as margens acaba minimizando a reflexão sobre o que se passa no centro.

Para Martins (1997), aquilo que é denominado de exclusão se refere a uma inclusão precária, instável e marginal e portanto, o que devem ser discutidas são as formas de inclusão consideradas insuficientes no âmbito econômico, social e moral. Além disso, as políticas econômicas atuais, no Brasil e em outros países, que seguem as orientações neoliberais se efetivam favorecendo as classes dominantes.

Não são, propriamente, políticas de exclusão. São políticas de inclusão das pessoas nos processos econômicos, na produção e na circulação de bens e serviços, estritamente em termos daquilo que é racionalmente conveniente e necessário á mais eficiente (e barata) reprodução do capital. E, também, ao funcionamento da ordem política, em favor dos que dominam (MARTINS, 1997, p. 20).

O autor faz uma crítica à concepção de exclusão, destacando a importância de se fazer uma reflexão sobre aquilo que realmente constitui o verdadeiro problema, que seria o modo como se dá a inclusão numa sociedade que fez da exclusão um modo de vida. Nesse sentido, o tempo que o trabalhador passa em busca de trabalho agora é extremamente longo, ou seja, esse período que deveria ser passageiro da exclusão para a inclusão já está se tornando mais do que um período de transição. Para ele, as vítimas

¹ De acordo com Iamamoto não há uma nova Questão Social, mas a “velha questão social metamorfoseia-se, assumindo novas roupagens”(2004, p.20).



dos processos excludentes são privadas dos meios de participação no mercado de trabalho e consumo, de bem-estar, de direitos, de liberdade e de esperança.

O autor destaca que o termo exclusão invisibiliza o conflito pelo qual essas vítimas demonstram sua indignação, reivindicando seus direitos. Além disso, suas reações não se dão fora dos sistemas econômicos e dos sistemas de poder, mas elas fazem parte deles, ocorrem dentro dessa realidade, mesmo que os negando. Para Martins (1997) a exclusão deixa de ser entendida como uma expressão de contradição no desenvolvimento da sociedade capitalista e passa a ser vista como um estado, como algo fixo, irremediável e fatal, como se esse mesmo processo não gerasse a interpretação crítica e a reação da vítima no sentido de transformação da realidade dentro da sociedade que exclui. Nessa direção negam-se os processos de resistência.

Esse autor aponta que o problema da exclusão surge com a sociedade capitalista, que tem como lógica própria desenraizar e excluir a todos porque tudo deve ser lançado no mercado. Segundo essa visão, todos nós em algum momento da vida já fomos desenraizados e excluídos. “É próprio dessa lógica de exclusão a inclusão” (MARTINS, 1997, p. 32). Essa sociedade exclui, para incluir, de acordo com suas próprias normas, sendo assim é essa inclusão que deve ser pensada.

Dessa forma, faz-se necessário compreender o processo histórico que perpassou a “loucura”, atrelada ao fenômeno da exclusão vivenciado pelas pessoas com sofrimento psíquico. A exclusão dessas pessoas, ocorre de forma incisiva, no início da modernidade, quando a razão se constitui como uma de suas principais bases. Assim, os denominados “loucos” foram identificados como desarrazoados e privados dos direitos de cidadania.

Ao longo da história, as pessoas com sofrimento psíquico foram tratadas de várias formas: como um erro da natureza, castigo ou dádiva dos deuses e até mesmo como possuídas por demônios (BISNETO, 2009). A incapacidade para o trabalho levava as pessoas com sofrimento psíquico, denominadas de loucas, juntamente com criminosos e demais excluídos da sociedade, a ficarem isolados em manicômios. Os padrões culturais enraizados na sociedade estabelecem uma normalização, em que a impossibilidade do pleno convívio social está para além das capacidades físicas e mentais dos sujeitos, mas perpassa também as condições proporcionadas para o exercício da cidadania dos mesmos. Assim, a construção desses espaços para os sujeitos com sofrimento psíquico, foi uma forma de controle, uma vez que não possuíam capacidade produtiva para os interesses do capital. A forma de assistência em saúde



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

mental contribuía para o aumento do sofrimento psíquico, dificultando a participação do sujeito na sociedade e afastando-o do convívio familiar.

A assistência às pessoas com transtornos mentais, no Brasil, iniciou em 1852, a partir da fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, chamado Hospício Dom Pedro II, sendo, uma instituição caritativa e não de natureza médica. O Hospício deu início ao processo de criação de muitas outras instituições semelhantes no país.

A partir da criação das primeiras colônias de alienados, no Rio de Janeiro, no século XX iniciou-se o denominado período do Modelo das Colônias, perdurando até o início da década de 1940. Após, a psiquiatria brasileira ampliou a assistência à saúde mental, criando colônias agrícolas de tratamento, onde buscava-se a cura dos internados, por meio do trabalho agropecuário (SOUZA, 2012). Com o surgimento destas colônias, o modelo asilar passou a dominar hegemonicamente nas práticas psiquiátricas até a década de 1950.

Na década de 1960, enquanto a situação mundial era de discussão de propostas alternativas ao modelo asilar, no Brasil ao contrário, a internação psiquiátrica se desenvolvia cada vez mais. Os hospitais eram vistos como os lugares ideais para atenção à saúde mental.

O saber psiquiátrico instituído e o hospital psiquiátrico começaram a ser questionados, após a Segunda Guerra Mundial, quando médicos e enfermeiros foram aprisionados nos campos de concentração nazistas. Através da participação desses profissionais em hospitais psiquiátricos, que atuavam de forma discriminatória e desumana, como a que haviam vivenciado, iniciou-se a crítica (DIAS, 2007).

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciado na década de 1970, 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 sofrimento psíquico. A Lei Federal 10.216 (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, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, materializando 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



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

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 como política oficial do governo federal, embora fragilizada, devido ao reduzido orçamento que lhe é destinado. A própria consolidação da Reforma, no entanto, impõe a necessidade de incorporação dos inúmeros desafios à agenda da saúde.

É necessário 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 ambulatorios 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.

Além disso, evidenciam-se aspectos preocupantes, tidos como 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. Além disso, a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), preconiza, no entanto, o tratamento em meio aberto, com convívio comunitário.

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. Embora evidencie-se um grande avanço, principalmente no que se refere aos princípios inscritos na Lei Orgânica da Saúde promulgada no início dos anos 1990, observam-se contradições existentes entre a proposta inicial defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária e a efetivação do SUS ao longo das duas últimas décadas, devido as 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). Com isso, os serviços existentes ainda são insuficientes para atender toda a população com sofrimento psíquico, dentre esta, a população idosa. Observa-se que existe uma lacuna entre o que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica preconizam e o que é evidenciado concretamente.

No que se refere à prática dos profissionais, percebe-se que nem sempre estes tem demonstrado contribuir para a reinserção social e para a não reprodução de estigmas aos usuários dos serviços de saúde mental, o que pode estar associado à falta de capacitação profissional adequada para tratar com a população com sofrimento psíquico em geral. Muitos não possuem uma compreensão mais ampla acerca dos objetivos e pressupostos deste modelo que se busca estabelecer, e, portanto, não os colocam em prática, como também não realizam a autocrítica sobre o impacto de suas ações na possibilidade de reabilitação e reinserção social dos usuários.

Faz-se necessário que sejam trabalhados na formação desses profissionais que atuam na Política de Saúde Mental, temas relativos à interdisciplinaridade, à intersetorialidade, estratégias de cuidado e de responsabilização dos sujeitos, bem como aspectos clínicos e políticos que envolvem a atenção em saúde mental. 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.

Os desafios são muitos e de âmbitos diferentes, portanto, é preciso que se criem dinâmicas diferenciadas, que contribuam para o seu enfrentamento, tendo em vista que não existem soluções estáticas e acabadas, pois a realidade está em constante movimento.



4. Considerações finais

Este artigo objetivou desenvolver, de forma não aprofundada, reflexões a respeito da temática do idoso com sofrimento psíquico, no que se refere aos processos de exclusão/inclusão que permeiam seu cotidiano. Para tanto, foi fundamental problematizar alguns conceitos e as diferentes concepções, significados e expressões que cercam o termo exclusão social, a fim de adensar a compreensão sobre o tema.

A atual conjuntura sinaliza que ainda se precisa avançar em vários aspectos para que os idosos com sofrimento psíquico sejam incluídos de forma plena na sociedade. A precarização dos serviços públicos, bem como o despreparo dos profissionais para atuarem junto a essa população limitam o seu acesso aos recursos, e, conseqüentemente dificultam o rompimento com as formas exclusão e privações. Percebe-se que as políticas sociais tem sido subordinadas ao capital financeiro, diminuindo assim os direitos sociais ao passo que os espaços de mercado se ampliam.

Apesar de conquistas como a criação do Estatuto do Idoso, que garante legalmente a atenção especial aos idosos, no que se refere à saúde, assistência, transporte, lazer, dignidade e demais direitos, o que se evidencia na realidade é que pouco ainda vêm sendo feito para a sua efetivação.

No campo da saúde mental, constata-se que apesar das conquistas trazidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, percebe-se que há muito no que se avançar, para que suas ações e serviços propostos sejam implementados e ampliados efetivamente. A complexidade para a efetivação das propostas da referida Reforma envolvem condições econômicas, históricas, políticas e culturais.

Evidencia-se, além da insuficiência de serviços para atender toda a população com sofrimento psíquico, a necessidade de qualificar a formação dos profissionais que atuam na Política de Saúde Mental viabilizando a prática de ações baseadas na integralidade e intersetorialidade. É necessário ainda, transformar a relação entre a sociedade e a “loucura”, pois esta relação ainda é de exclusão, ou melhor, de uma inclusão marginal.

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 out. 2014.

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.

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 [da] República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em nov. 2012.

BRASIL. **Lei 10.741 de 1 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] 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.

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

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

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

CASTEL, Robert. **Metamorfoses da questão social.** Petrópolis, Editora Vozes, 1998.
DIAS, Míriam Thais Guterres. **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, 2007. 292 f.

FIGUEIREDO, S.C.S. **O abuso na velhice a partir do olhar do próprio idoso.** Ribeirão Preto, 2000. 131 f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Departamento de Psicologia e educação, Universidade de São Paulo, 2000.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. Trajetória e desafios. Texto base da conferência inaugural do XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. San José, Costa Rica, 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/> Acesso em set. 2014.

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



II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas
Intersetorialidade e Família:
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

MILLER, A. F. Os Conselhos de Direitos e a construção de uma Política voltada aos idosos. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Porto Alegre, 2001.

PAUGAM, S. **A Desqualificação social:** ensaio sobre a nova pobreza. Tradução Camila Giorgetti e Teresa Lourenço. São Paulo: EDUC/Cortez, 2003.

REIS, C. N. (Org.) Exclusão social e políticas sociais: uma proposta de integração articulada de políticas sociais públicas para inclusão social. In: **O Sopro do minuano:** transformações societárias e políticas sociais – um debate acadêmico, 2007.

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.

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.

SOUZA, Vinícius Rauber. **Contrarreforma psiquiátrica:** o modelo hospitalocêntrico nas Políticas Públicas em Saúde Mental no Rio Grande do Sul. Dissertação de mestrado, 2012.

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

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