



Universidade Federal do Rio do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NA VELHICE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Hávilla Monalisa Silva de Oliveira

Natal

2021

Hávilla Monalisa Silva de Oliveira

ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NA VELHICE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

Natal

2021

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes -
CCHLA

Oliveira, Hávilla Monalisa Silva de.

Atenção a saúde mental na velhice: uma revisão integrativa /
Hávilla Monalisa Silva de Oliveira. - 2021.
128f.: il.

Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências Humanas, Letras e
Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade
Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2021.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Karenina de Melo Arraes Amorim.

1. Saúde mental - Dissertação. 2. Velhice - Dissertação. 3.
Saúde do idoso - Dissertação. 4. Serviços de saúde mental -
Dissertação. 5. Revisão integrativa - Dissertação. I. Amorim,
Ana Karenina de Melo Arraes. II. Título.

RN/UF/BS-CCHLA

CDU 159.9-053.9

Hávilla Monalisa Silva de Oliveira

ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NA VELHICE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

A dissertação de mestrado elaborada por Hávilla Monalisa Silva de Oliveira ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, como requisito parcial à obtenção de título de mestre em Psicologia.

Natal, RN, 14 de dezembro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pablo Vicente Mendes de Oliveira Queiroz

(Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - FACISA/UFRN)

Profa. Dra. Flávia Helena Freire

(Universidade Federal Fluminense - UFF)

Profa. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Sumário

Lista de abreviaturas	vi
Resumo	vii
Abstract	viii
1. Introdução	9
2. Fundamentação teórica	13
2.1 Concepções sobre a velhice e envelhecimento: aspectos históricos, conceituais e demográficos	12
2.2 Saúde dos velhos e as políticas de saúde do idoso	32
2.2.1 Conceção ampliada de saúde	32
2.2.2 OPAS/OMS sobre saúde do idoso	45
2.2.3 As políticas de saúde do idoso no Brasil	51
2.2.4 Saúde mental de velhos e velhas	58
3. Objetivos	67
4. Metodologia	68
4.1 Análise dos dados	72
4.2 Apresentação e discussão dos resultados	73
4.2.1 Representações de velhice, envelhecimento e estigmas relativos aos velhos e velhas como problemas relacionados à saúde mental	73
4.2.2 Perfil de usuários e usuárias, demandas de saúde mental e serviços de saúde mental na atenção às pessoas velhas	75
4.2.3 Uso de medicamentos e medicalização na velhice	88
4.2.4 Suicídio, luto e agravamentos à saúde mental	94
4.2.5 Saúde mental, aspectos socioculturais e fatores associados (gênero, incapacidades, riscos e vulnerabilidades)	104
4.2.6 Práticas e abordagens na atenção à saúde mental de velhos e velhas	108
5. Considerações finais	113
6. Referências bibliográficas	117
Apêndice	126

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CRAS – Centro de Referências de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

ILPI – Instituição de Longa Permanência

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI – Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa

PSS – Plano de Saúde Suplementar

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SESC – Serviço Social do Comércio

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtorno Mental Comum

UBS – Unidade Básica de Saúde

Resumo

A velhice é um fenômeno que acarreta importantes mudanças a nível biológico, psicológico, social, econômico e cultural, além de que não se vive em seu estado natural devido um estatuto imposto pela sociedade à qual pertencemos. Dentre o processo de reforma psiquiátrica e o campo da atenção em saúde mental, apesar dos avanços adquiridos ao longo do tempo, há fragilidades e omissões relativas às questões de saúde mental de velhos e velhas. De certo modo, observa-se que estes não se beneficiaram enquanto sujeitos desse processo, além de que, há uma insuficiência de estudos no campo da saúde mental na velhice, sinalizando a necessidade de fundamentos e conhecimentos específico voltados para à atenção à saúde mental na velhice em suas crescentes demandas. Diante disso, esta pesquisa objetivou analisar as principais questões relativas à saúde mental na velhice colocada pela literatura no contexto latino-americano, a partir de uma revisão integrativa da literatura, nas bases de dados SciELO, Redalyc e LILACS, entre os anos de 2011 e 2021, totalizando 23 artigos científicos para análise, os quais foram categorizados nas seguintes temáticas: Representações de velhice, envelhecimento e estigmas relativos aos velhos e velhas como problemas relacionados à saúde mental; Perfil de usuários e usuárias, demandas de saúde mental e serviços de saúde mental; Uso de medicamentos e Medicalização da velhice; Suicídio, luto e os agravamentos à saúde mental; Saúde mental, aspectos socioculturais e fatores associados (gênero, incapacidades, riscos e vulnerabilidades); e Práticas e abordagens na atenção à saúde mental. Concluiu-se que o predomínio da perspectiva biomédica quanto aos processos do envelhecimento e da velhice e de concepções e experiências em saúde do idoso, fundamentados nos aspectos biológicos, mecânico-funcionais do corpo e no aparato curativo, representativos da visão da nossa sociedade quanto às capacidades de produção e de consumo, o que parece contribuir para estigmatização, exclusão e medicalização de pessoas velhas, exigindo novos saberes e práticas relativos à atenção em saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial.

Palavras-chaves: saúde mental; velhice; saúde do idoso; serviços de saúde mental; revisão integrativa

Abstract

Old age is a phenomenon that entails important changes at a biological, psychological, social, economic and cultural level, in addition to the fact that one does not live in its natural state due to a status imposed by the society to which we belong. Among the psychiatric reform process and the field of mental health care, despite the advances acquired over time, there are weaknesses and omissions related to mental health issues for the elderly. In a way, it is observed that they did not benefit as subjects of this process, in addition to the fact that there is a lack of studies in the field of mental health in old age, signaling the need for specific foundations and knowledge aimed at mental health care in old age in its growing demands. Therefore, this research aimed to analyze the main issues related to mental health in old age posed by the literature in the latin american context, from an integrative literature review, in the SciELO, Redalyc and LILACS databases, between 2011 and 2021, totaling 23 scientific articles for analysis, which were categorized into the following themes: Representations of old age, aging and stigmas related to the elderly as problems related to mental health; Profile of users and users, mental health demands and mental health services; Use of medicines and medicalization of old age; Suicide, bereavement and the worsening of mental health; Mental health, sociocultural aspects and associated factors (gender, disabilities, risks and vulnerabilities); and Practices and approaches in mental health care. It was concluded that the predominance of the biomedical perspective regarding the processes of aging and old age and on the health concepts and experiences of the elderly, based on the biological, mechanical-functional aspects of the body and the curative apparatus, representative of our society's view of the capacities production and consumption, which seems to contribute to stigmatization, exclusion and medicalization of elderly people, demanding new knowledge and practices related to mental health care and coping with these phenomena from the perspective of psychosocial care.

Keywords: mental health; old age; Health of the elderly; mental health services; integrative review

1. Introdução

As práticas em saúde mental sofreram muitas modificações ao longo dos anos no contexto nacional e internacional. No entanto, apesar do tempo, muitas delas ainda permanecem contraditórias em relação às políticas públicas de saúde mental e às chamadas “leis de reforma psiquiátrica” e em relação às políticas sanitárias dos sistemas universais de saúde e de proteção social à pessoa com diagnóstico psiquiátrico.

As pessoas com diagnósticos psiquiátricos, até hoje, convivem com preconceitos e estigmas que trazem importantes limites a sua sociabilidade. Com a promulgação da lei 10.216/01, conhecida como “lei da reforma psiquiátrica” no Brasil, percebem-se mudanças nas formas de cuidado, as quais permitiram importantes avanços no modelo de atenção à saúde ao incorporar práticas que visam à valorização da experiência do sujeito.

São notórios os avanços nas últimas décadas. Houve a ampliação do acesso ao tratamento; a diversificação nas estratégias de cuidado na rede de atenção em saúde mental (Rede de Atenção Psicossocial – RAPS); o desenvolvimento de iniciativas de inclusão social; um campo de reflexões e de produção de conhecimentos amplo. No entanto, apesar dos avanços adquiridos ao longo do tempo, é importante considerar que algumas fragilidades e omissões existem no processo de reforma psiquiátrica e no campo da atenção em saúde mental.

Dentre elas, estão às questões relativas à saúde mental dos velhos em suas especificidades. Estes apresentam certas singularidades em virtude de que na velhice se vive um fenômeno que acarreta importantes consequências a nível biológico, psicológico, social, econômico, além de que, não se vive em seu estado natural devido um estatuto imposto pela sociedade à qual pertence. De certo modo, este grupo social também não se beneficiou enquanto sujeito desse processo, além disso a própria política de saúde mental não cita a especificidade

da velhice, segmento esse que mais cresce mundialmente e é tão estigmatizado, sinalizando que são falhas as alternativas para responder às suas demandas no campo da atenção à saúde mental.

No geral, verifica-se, também, a necessidade de conhecer sobre os aspectos da atenção à saúde mental na velhice, principalmente no que diz respeito ao que velhos e velhas pensam sobre esse aspecto, já que inúmeros fatores podem contribuir no processo de envelhecimento e na construção de políticas públicas como suas histórias, experiências, condições de vida, entre outros que acentuam mudanças significativas ao longo da vida. Nesse contexto, portanto, conhecer os desafios pertinentes à atenção à saúde mental na velhice pode permitir nortear intervenções de modo mais específico, bem como garantir especificações voltadas à velhice nas práticas e políticas de saúde mental. Assim, pode ser assegurada uma diversificação de estratégias com uma prática que leve em consideração suas necessidades específicas e suas expectativas para melhores caminhos às suas demandas e sofrimentos. Essas são justificativas de que se faz necessário levantar informações para que contribuam na construção de práticas de cuidado em saúde mental voltada para esse público.

Consideramos a velhice e, antes de tudo, o velho e a velha como pessoas, tomando como princípio básico o artigo 6º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada e publicada em 1948 onde declara que “toda pessoa tem todo o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei”. Nessa perspectiva, preferimos por utilizar o termo “velho/velha” no decorrer da pesquisa, afirmando, assim, o olhar sobre os mesmos, respeitando suas trajetórias de vida, suas histórias e a sua subjetividade, no entendimento de que a constituição de categorias outras como “terceira idade”, “melhor idade” entre outras nega as experiências da velhice, contribui com preconceitos e, em certo sentido, deslegitima o velho, a velha e as velhices.

Desse modo, partimos de uma perspectiva que o considera como sujeito nesse cenário para a construção de uma rede de cuidados. Conforme Baltes e Smith (2006, p. 9) “a velhice tem muito potencial latente à espera de ativação através de uma melhor cultura material, médica, social e psicológica da velhice”, sendo, certamente, primordial ouvi-los e incluí-los como atores desse processo, conferindo seu devido destaque, para promover melhorias no campo da saúde mental e dos direitos humanos. Logo, é preciso levar em conta tudo o que diz respeito à existência da pessoa, uma vez que essa condição abarca desde questões mais “objetivas” como trabalho, renda, moradia; à dimensão mais “subjetiva” de suas experiências, possibilitando pensar como é produzido o cuidado em rede, ao qual demanda mover-se em diversos âmbitos simultaneamente.

Ao pensar na atenção da saúde mental na velhice, essa pesquisa apresentou, inicialmente, o intuito de investigar as experiências de cuidado de pessoas velhas usuárias dos serviços de saúde mental que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na cidade de Natal/RN e a memória dos mesmos relativos ao processo de reforma psiquiátrica local. Visto que essas pessoas envelheceram e puderam vivenciar o processo de reforma psiquiátrica e, especialmente, conheceram diferentes modelos de cuidado. Conhecer suas “histórias de vida”, igualmente denominadas por narrativas de vida (Minayo, 2010), possibilitaria aprofundar sobre os aspectos do cuidado na velhice.

No entanto, fomos surpreendidos pela pandemia COVID-19 enfrentada nos anos de 2020 e 2021 – ou seja, durante a fase de realização da pesquisa de campo – e tivemos de modificar os rumos da pesquisa. Assim, sem perder de vista as preocupações iniciais que nos motivavam, resolvemos realizar um estudo de revisão integrativa do tema de modo a contribuir para o processo de Reforma Psiquiátrica e para a atenção à saúde mental especificamente de velhos e velhas, que nos garantisse um terreno de pensamento fértil para pesquisas empíricas

posteriores, considerando-se, sobretudo, o contexto latino-americano em virtude das proximidades da língua, da realidade socioeconômica e das possibilidades que são mais acessíveis ao nosso contexto quanto às reformas psiquiátricas e às políticas de saúde mental.

Dessa forma, de maneira a dar continuidade, suscitou-se o questionamento em relação à atenção à saúde mental voltada para pessoas velhas a partir de uma investigação da produção científica a respeito do tema, apresentando-se a revisão integrativa como importante contribuição no campo da saúde mental. A pesquisa apresentou como objetivo analisar as principais questões à saúde mental na velhice colocada pela literatura científica no contexto latino americano e, assim, analisar as representações da velhice e envelhecimento em produção científica em saúde mental; identificar os principais problemas e demandas de saúde mental na velhice apontados na literatura e identificar os pontos críticos relativos ao cuidado em saúde mental na velhice, no que se refere às práticas e abordagens de cuidado.

Assim, apresentamos uma fundamentação teórica inicial que nos permitiu uma delimitação inicial dos temas relacionados a este objeto, o que nos auxiliou na posterior realização da revisão integrativa em literatura científica relacionada a saúde mental e ao cuidado em saúde mental de velhos e velhas.

2. Fundamentação teórica

2.1 Concepções sobre a velhice e envelhecimento: aspectos históricos, conceituais e demográficos

Antes de qualquer coisa, é importante distinguir os termos envelhecimento, velhice e velho que vamos considerar inicialmente, sem ignorar outras acepções que vão surgir ao longo do estudo. Na definição de Papaléo Netto (2002) em seu artigo o Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição de Campo e Termos Básicos, no *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, tem-se: o envelhecimento como um processo, a velhice como uma fase da vida, e velho ou idoso como resultado, sujeito que é efeito do processo de envelhecimento e que se constitui por um conjunto complexo de características e componentes que estão intimamente relacionados, tanto do ponto de vista individual, como social e coletivo.

Do ponto de vista social e coletivo, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que resulta do crescimento mais elevado do segmento populacional dos chamados idosos/idosas em relação aos demais grupos etários (Camarano, 2002). As estatísticas dizem: o mundo está cada vez mais velho e estará mais velho no futuro (Paula, 2016).

No passado, envelhecer era visto como privilégio de poucos, mas passou a ser uma experiência de um número crescente de pessoas (Kalache, Veras & Ramos, 1987). Desde a Antiguidade a expectativa de vida não parou de crescer. Era de 18 anos entre os romanos; de 25 no século XVII, no qual uma dezena destes atingia os 60 anos. No século XVIII, a expectativa da França era de 30 anos, onde se inicia o envelhecimento da população no fim deste século, produzindo-se, um pouco mais tarde, o mesmo fenômeno em outros países, tornando-se a proporção de pessoas velhas muito mais considerável (Beauvoir, 1990).

Concomitantemente é herdado, também, diversos clichês dos séculos precedentes. De acordo com Beauvoir, do antigo Egito ao Renascimento, a velhice quase sempre foi tratada de modo estereotipado; mesmas comparações, mesmos adjetivos. A Idade Média a desprezava e a repugnava; a Renascença exalta a beleza do corpo; e a feiura, sendo um dos retratos, parece ainda mais detestável (Beauvoir, 1990).

“A velhice é o inverno da vida. A brancura dos cabelos e da barba evoca a neve, o gelo: há uma frieza do branco à qual se opõem o vermelho – o fogo, o ardor – e o verde, cor das plantas, da primavera, da juventude. Os clichês se perpetuam, em parte porque o velho sofre um imutável destino biológico. Mas também, não sendo agente da História, o velho não interessa, não nos damos ao trabalho de estudá-lo em sua verdade. E, além disso, há na sociedade uma determinação que é a de silenciar sobre ele” (Beauvoir, 1990, p. 83).

A autora cita uma passagem que corresponde ao primeiro texto dedicado à velhice no Ocidente escrito por Ptah-hotep, filósofo e poeta, em 2.500 a.C.:

“Como é penoso o fim de um velho! Ele se enfraquece a cada dia; sua vista cansa, seus ouvidos tornam-se surdos; sua força declina; seu coração não tem repouso; sua boca torna-se silenciosa e não fala mais. Suas faculdades intelectuais diminuem, e lhe é impossível lembrar-se hoje do que aconteceu ontem. Todos os seus ossos doem. As ocupações que até recentemente causavam prazer só se realizam com dificuldade, e o sentido do paladar desaparece. A velhice é o pior dos infortúnios que pode afligir um homem. O nariz entope, e não se pode mais sentir nenhum odor.”

A imagem da velhice sofre diversas caracterizações ao longo tempo. Muitos desses clichês perpetuam-se, sendo marcante em todas as épocas retratá-la como uma etapa de decadência, impotência, declinação e antecessora da morte.

No final do século XVII e início do século XVIII, a velhice não inspirava nenhuma consideração, e diversas instituições de caridade tentaram abrandar essa situação; asilos e hospitais foram fundados. Até que se vislumbra uma compreensão mais avançada desse fenômeno demográfico e diversas mudanças ocorrem, inicialmente, pela Europa, produzindo uma influência na condição de velhos e na ideia que se faz do mesmo, substituindo os mitos por um saber, em virtude do progresso da ciência (Beauvoir, 1990).

Mas não só de pessimismo e melancolia se construía a imagem de uma velhice. Esta também esteve associada à sabedoria. Ser mais velho era ser mais sábio. Eram aqueles capazes e responsáveis por adquirir e transmitir certo conhecimento. No chinês antigo, inclusive, uma mesma palavra era utilizada para designar o sábio e o velho. E o que quer que seja a sabedoria, há pelo menos uma característica comum: é a busca da melhor maneira de viver; melhor para si e para o outro (Paula, 2016).

“Sabedoria é sempre sabedoria de vida. Ensinar a viver melhor, e o colorário disso é sem dúvida um certo gosto pela vida neste mundo. O mundo sempre teve problemas, mas aqueles que no passado buscavam sabedoria – e os idosos eram os mais aptos a isso – esforçavam-se justamente para encontrar uma forma de viver melhor, não obstante todos os problemas da existência e do contexto em que se encontravam” (Paula, 2016, p. 277).

No entanto, a longevidade conquistada não garantiu, em sua maioria, meios de viver e desejar dias melhores. Não há mais o laço que unia velhice e sabedoria. A sabedoria era um

valor maior inseparável ao conhecimento: “quanto mais sábio, mais apto ao conhecimento; quanto mais conhecedor, mais perto da sabedoria” (Paula, 2016, p. 269). A modernidade veio para fragmentar, de um lado a sabedoria quase impossibilitada de espaço, de outro a sua ocupação pelo desenvolvimento tecnológico e científico.

Nas sociedades primitivas, onde não existe a concepção cronológica presente no pensamento ocidental, o que orientava a ação dos seus membros era a concepção de maturidade e não datações (Bernardo, 2010). Em algumas sociedades africanas, como os Bambara do Mali, a velhice representa uma conquista e o envelhecimento, por sua vez, um processo que ensina, enriquece e empobrece o ser humano, onde se organizam a partir do princípio da senioridade e os mais velhos estão mais próximos dos ancestrais e, por esta razão, detêm autoridade (Uchôa, 2003).

Entre os Cuiva, população indígena da Colômbia, a fim de evitar tudo que possa provocar uma ruptura social, e seguindo os ideais de igualdade e homogeneidade, é negada todas as formas de envelhecimento. Já os comportamentos e atitudes dos *inuit* (esquimós) – membros da nação indígena que habitam as regiões árticas do Canadá, do Alasca e da Groelândia – há um paradoxo para com os velhos. Por um lado, eles demonstram carinho e afeição, mas por outro podem abandoná-los no meio de uma estrada ou ajudá-los a cometer suicídio. Segundo Uchôa (2003, p. 851) “esta aparente crueldade enraíza-se em uma concepção particular de vida, de morte e da própria essência do ser humano, podendo coexistir sem contradição, com atitudes de interesse e suporte aos mais velhos na comunidade”.

No Brasil, os saberes tradicionais – desde a medicina, com as curas através do conhecimento das ervas, os rituais, os cantos e as danças – englobam, em grande parte, a figura do ancião como um arquivo vivo. Na cultura tradicional Bawina, que vivem na região do Alto do Rio Negro na Amazônia, os velhos são responsáveis por passar a história da criação do

mundo como um mapa guardado na memória, e tem a função de ensinar para os mais novos o conhecimento dos antepassados. Já entre os Xavante, que habitam o estado do Mato Grosso do Sul, a cultura é marcada pela coletividade e o homem mais velho é responsável por ensinar os cantos, as danças, os artesanatos, contar a mitologia do povo e as técnicas da construção das casas para os mais jovens. No caso dos Kadiwéu, habitantes de Porto Murtinho, na fronteira com o Paraguai, a principal habilidade é a arte da pintura corporal e da cerâmica feita pelas mulheres mais velhas (Pascoal, 2002).

Na maior parte das sociedades indígenas os mais velhos ocupam uma posição social em que é valorizado e respeitado em virtude da sabedoria conquistada por meio das experiências, contribuindo para a transmissão do conhecimento, a sobrevivência dos povos e dos símbolos de tradição.

Diante disso, de acordo com Beauvoir (1990), o envelhecimento da população trouxe consigo uma nova questão. Para ilustrar, a autora cita a seguinte frase de um ministro inglês da saúde que o referencia como: “monte Everest dos problemas sociais atuais”. A velhice não se tornou apenas um grupo populacional mais numeroso, mas passou a ser vista pelos governos de diferentes países como um problema social, econômico e político, sendo objeto de políticas públicas porque “não se integram mais espontaneamente à sociedade; esta vê-se obrigada a decidir sobre o estatuto delas, e a decisão só pode ser tomada em nível governamental” (Beauvoir, 1990, p. 114).

E neste lugar onde o espaço é ocupado pelos interesses da economia, e não os das pessoas, por fim do século XIX, o velho trabalhador se vê frente ao abandono. Estes passam a constituir “uma carga que as sociedades baseadas no lucro assumem mesquinamente. Quando retiram dos indivíduos a possibilidade de trabalhar, condenam a maioria à miséria. Para

aumentar o lucro, o capitalismo procura a todo custo aumentar a produtividade” (Beauvoir, 1990, p. 115), configurando-se, assim, uma realidade das sociedades capitalistas.

Sendo o velho, então, parte significativa desta parcela que já não pode operacionalizar como a sociedade exige é destinado a um sistema de vida que não lhe foi concedido um lugar. Não sendo possível ignorar o crescimento substancial de velhos, a sociedade passa a desvalorizá-lo (Beauvoir, 1990).

É nesse sentido que o conhecimento científico adquire valor em detrimento da sabedoria, devido sua potente contribuição para o desenvolvimento do capital e, assim, se abate uma realidade cruel sobre os mais velhos. Estes já não acompanham mais o ritmo imposto pelas cidades, sofre pelo desvalor de uma vida que já não é mais importante e pelo descrédito da noção de sabedoria e experiência. “A idade acarreta uma desqualificação. São os valores associados à juventude que são apreciados” (Beauvoir, 1990, p. 105). Os velhos de hoje, portanto, vivem o pior e são, conseqüentemente, atingidos por um meio que os impedem de vislumbrar, transmitir e proporcionar qualquer forma de sabedoria (Paula, 2016, p. 263).

Como resultado desse conflito que é subjacente ao viver numa sociedade capitalista, exprimem-se outras questões que diz respeito à questão social como desigualdade, desemprego, fome, violência, pobreza e as várias formas de dominação de classe (Paula, 2016) acentuadas a própria velhice que, diante tais questões, a sociedade parece não se preocupar. Beauvoir faz esse questionamento quanto ao conjunto da população que se faz cúmplice e, dentre esse contexto, fala a respeito da relação de reciprocidade.

Para Beauvoir os membros estão separados, mas unidos por relações de reciprocidade. Isto é, essencialmente, apreender o outro. O contrário acontece na velhice: “o velho – salvo exceções – não faz mais nada. O tempo o conduz a um fim – a morte – que não é o seu fim, que

não foi estabelecida por um projeto” (Beauvoir, 1990, p. 111). Dessa forma, não há relação de reciprocidade, eles não se reconhecem; o outro se inclina até certo ponto, mas também tenta convencê-lo da imagem que a sociedade o faz. Percebem-se, portanto, descrições do velho enquanto objeto da ciência, da história, da sociedade em sua exterioridade.

Por isso, não se pode falar nos aspectos da velhice sem considerar os processos históricos e o sistema de produção que rege as sociedades ocidentais e ocidentalizadas, como a brasileira. O velho, especificamente, tem sofrido em maior grau em seu modo de viver e relacionar-se nessa estrutura social complexa, onde os valores básicos que fortalece o sistema capitalista como rapidez, precisão e obediência são fundamentais. Por conseguinte, os mesmos são vistos como pessoas inúteis, improdutivas e sem valor perante a sociedade, logo, descartáveis e substituíveis (Andrade & Calazans, 2014).

No nosso país, a preocupação com os aspectos demográficos é relativamente recente e tem se expressado, principalmente, em relação aos impactos do envelhecimento nas questões econômicas relativas à previdência social; à utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, seus custos; às condições de vida dessa população; o modo pelo qual a velhice é transformada em um problema social; o surgimento de campos de saber especializados encarregados de definir suas necessidades; a questão da feminização da velhice, visto que maioria das pessoas mais velhas são mulheres, vive só, não tem experiência no mercado de trabalho etc., com implicações em termos de políticas públicas numa perspectiva estritamente contábil e politicamente “neutra” (Camarano, 2002).

Em meio a uma realidade demográfica que se assemelha mundialmente, no caso brasileiro, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2025, seremos o sexto país do mundo em número de velhos. Uma população que correspondia no ano de 2000, a 8,6% da população total (cerca de 14 milhões); em 2025, poderá ultrapassar a marca dos 30 milhões

(Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE). A expectativa de vida do brasileiro, no início do século XX, não passava dos 33,5 anos, chegando aos 50 na metade desse século e atingindo 73,5 em 2010; ao passo que hoje atinge 76 anos para o total da população.

O envelhecimento da população também está provocando outro fato que é o aumento significativo da população “muito mais envelhecida”, isto é, aqueles com idade superior aos 80 anos (Camarano, 2002). Entretanto, para considerar uma pessoa como velha em nossa sociedade, um fator determinante a ser discutido diz respeito à mensuração das idades biológica e cronológica. A idade cronológica se refere ao adotado pelas instituições ao determinar o momento de ingressar na vida escolar, retirar a carteira de motorista, o título de eleitor e, assim, sucessivamente, até a idade da aposentadoria. Isso decorre da própria dificuldade de avaliação da idade biológica que faz com que este tempo seja determinante no decorrer da vida (Moreira, 2005).

Para exemplificar essa dificuldade, segundo Pontarolo e Oliveira (2008), sob o ponto de vista econômico, a velhice, comumente chamada de “Terceira Idade”, inicia aos 60 anos. Sob o ponto de vista biológico, divide-se: Primeira idade – de 0 a 20 anos; Segunda idade – de 21 a 49 anos; Terceira idade – de 50 a 77 anos; Quarta idade – de 78 a 105 anos. Há classificações que dividem em ramos como: idoso jovem; idoso velho etc¹; ou até mesmo numa variedade de outras definições como “melhor idade” ou “terceira idade” de acordo a visão de cada área.

¹ “O estudo sobre o envelhecimento começou em 1903 com Metchnikoff, que criou o termo gerontologia, utilizando o para designar a especialidade que estuda o processo fisiológico do envelhecimento. A palavra gerontologia origina-se do grego: gero (velho) e logia (estudo, conhecimento). Por um longo período a velhice foi pesquisada apenas sob o ângulo da saúde; contudo, a partir da melhoria da qualidade de vida dos idosos, se fez necessário abrir o leque de estudos sobre o tema, pois além de uma vida longa, esta se viu mais participativa; daí que os pedagogos, sociólogos e psicólogos começaram a contribuir nas pesquisas. Surgiu o termo Gerontologia, que pretende traduzir a construção do ser humano a partir de suas necessidades, potenciais e ações que derivam da longevidade” (Pontarolo e Oliveira, 2008, p. 117).

Essa noção de “terceira idade” surgiu a partir da década de 1960 em que tal categoria de, então, aposentado o convocaria a integrar mais uma camada da população economicamente ativa. Entretanto, criou-se juntamente com essas definições uma visão um tanto romanceada de que este seria o momento de desfrute dos prazeres da vida, ignorando as diferentes velhices e sofrimentos constituídos por questões estruturais de classe, raça, gênero, etc e de tal maneira a calar o que é ser velho em uma sociedade capitalista que, muitas vezes, sob a constante ameaça do desemprego, da precarização, do fim da proteção social, após uma vida de trabalho não vê razões significativas de viver (Paula, 2016).

De acordo com Matos (2012):

“A nova realidade demográfica do Brasil leva à criação de um grupo denominado Terceira Idade, caracterizado por produzir uma imagem positiva do envelhecimento. Pesquisas sobre idosos mostram, também, que espaços estão sendo criados e ocupados rapidamente pela população de meia idade para que novas experiências de envelhecimento possam ser vividas coletivamente. Exemplos disto é a criação de instituições como Universidades da Terceira Idade, spas, grupos de dança de salão, viagens turísticas, grupos recreativos, academias de educação física, de pilates e de hidroginásticas, lojas de roupas e de cosméticos, espaços de saúde e beleza, programas e revistas especializadas na mídia voltadas para este segmento que já se encontram no mercado para atender a esse público específico. Entretanto, tratar a velhice no Brasil não é tarefa fácil” (Matos, 2012, p. 5).

O envelhecer proposto e propagado por tais categorias impulsiona o mercado no que diz respeito às formas de atingir um estilo de vida ativo, saudável, rejuvenescedor etc. Mas acontece é que, na maioria das vezes, esta mesma pessoa passa a assumir papéis de baixo status social, tornando-se, este, um processo de impossibilidades que os coloca num campo de discriminação,

de invisibilidade e de exclusão, provocando uma atitude de inatividade e apatia (Pontarolo & Oliveira, 2008). Sobre esse aspecto:

“A maneira de viver e sentir a vida de uma pessoa idosa é muitas vezes afetada pela maneira como eles são tratados pelas demais pessoas, seus familiares, a sociedade, além de carregar as suas vivências anteriores. Entretanto, os sujeitos que constituem esse estágio da vida tendem a não serem mais vistos como produtores de bens e lucros, o que os coloca à margem da sociedade. São muitas vezes vistos como um peso que a família carrega, alguém que vai depender dos familiares para tudo e ainda tendem a ser alvo direto de uso abusivo de medicamentos” (Andrade & Calazans, 2014, pp. 66-67).

Ainda sobre essas definições, Baltes e Smith (2006) foram cuidadosos em não passar a ideia de que a velhice seja a “melhor idade”, nem de que ser velho é sinônimo de doença ao mostrar ganhos e perdas como: a contribuição dos velhos para a cultura social, psicológica e de saúde, podendo ser potencializado pela forma como a sociedade os integra; e a grande dificuldade para viver e morrer com dignidade, principalmente entre os muito mais velhos.

Segundo Motta (2002, p. 38), a sociedade capitalista “construiu uma visão segmentar das idades: periodiza as gerações, constrói e ‘desconstrói’ idades, quase a cada novo século inventa mais uma”, como elemento marcante da estrutura social. Assim sendo, esses modelos de classificação seriam uma consequência da modernidade que institucionaliza o curso da vida e está intimamente relacionado à economia (Debert, 1998), ao passo que se estabelecem relações de poder objetivadas a partir da naturalização, da tutela, da massificação e homogeneização da própria velhice (Santos & Lago, 2016).

Na análise de Papaléo Netto (2002) as manifestações da velhice:

“As quais são caracterizadas por redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas. Na maioria das pessoas, tais manifestações começam a se tornar mais evidentes já a partir do fim da terceira década da vida, ou seja, muito antes da idade cronológica que demarca socialmente o início da velhice. É preciso esclarecer que essas manifestações são facilmente observáveis quando o processo que as determina encontra-se em toda plenitude. Deve ser assinalado que não há uma consciência clara de que, através de características físicas, psicológicas, sociais e culturais, possa ser anunciado o início da velhice” (Papaléo Netto, 2002, p. 10).

Em conformidade com esse pensamento, Minayo (2011) aponta, por exemplo, que há pessoas “jovens” com características de rigidez e inflexibilidade, ditas como da própria velhice. Por isso, o processo de envelhecer sofre inúmeras influências de fatores ocorridos na vida, enquanto as conceituações como idade constitui apenas um modo de organização social.

Em vista disso, a velhice não constitui uma propriedade que as pessoas adquirem com o passar do tempo biológico. As marcas existem e podem ser “reconhecidas por sinais externos do corpo, mas tais sinais são apropriados e elaborados simbolicamente por todas as sociedades e pelos próprios sujeitos, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, num sentido político organizador do sistema social” (Minayo & Coimbra, 2002, pp. 11-12).

Dentre esse modo de organização, tem-se um marcador da população considerada economicamente ativa e de toda a ordem de corpos considerados ‘degenerados’ e improdutivos – como velhos, mendigos, loucos – que são remanejados, a partir de dispositivos de segurança e de exclusão, os que atrapalham o bom funcionamento do Estado (Santos & Lago, 2016) constituindo-se, assim, a velhice um objeto biopolítico em que a política incidirá sobre esse

aspecto – no exercício e controle da vida e dos corpos – para fazer funcionar as normas da sociedade.

Nesse sentido, o olhar para a velhice necessita de considerar as formas pelas quais ela foi tratada durante a história e os discursos que a transformou como objeto visado de gestão (Santos & Lago, 2016), em que a vida passou a ser “empreendida por um poder que se preocupa em administrá-la em todas suas instâncias, desde a reprodução até a regulação e controle contínuos” (Zorzanelli & Cruz, 2018, p. 725).

Assim sendo, como alvo da bipolaridade, a velhice foi medicalizada, visto que se estabeleceu um mercado que rotula a existência da vida seja “por normas, seja para ser pensado de forma preventiva, seja para ser assumido nos seus aspectos de disfunções e distúrbios que, se todos padecem, são muitos mais acentuados com a idade” (Minayo, 2011, p. 14), além da busca do corpo que rejeita as próprias marcas do tempo.

“As inquietações em torno da finitude humana e das transformações corporais advindas do efeito do tempo sobre a matéria, aparecem como produtoras de discursos alicerçados sobre os mais diversos campos de saber: médico, religioso, psicológico, jurídico, filosófico, antropológico etc. No entanto, é no campo da ciência, especialmente das ciências médicas e biológicas, que observamos a hegemonia de discursos que enunciam verdades sobre a velhice e sobre o corpo: corpo-velho *saudável*, corpo-velho *produtivo*, corpo-velho *máquina*, corpo-velho *ativo*, corpo-velho *normal*, corpo-velho *jovem*, corpo-velho *velho* etc.” (Santos & Lago, 2016, p. 133).

O termo medicalização, apresentado na obra de Foucault (1988), apresenta sentidos que compreende, inicialmente, um fenômeno localizado entre o final do século XVII, e o final do século XIX, na Europa, no que diz respeito ao desenvolvimento e sanitização das cidades que, no decorrer de seu crescimento passaram a sofrer intervenções médicas com vistas à produção da salubridade, higiene social e erradicação de doenças. Já um segundo momento, o qual se

estende até aos dias atuais, caracteriza-se pela ciência médica à vida como um todo, onde não há o que não possa ser descrito na relação do corpo com a medicina (Zorzaneli & Cruz, 2018).

Por isso, tais questões requerem um olhar sensível, seja do resgate da história, das trajetórias de vida, do rompimento de verdades sobre o corpo, da reconstrução do ser com base em novos planos e desejos de vida, compondo uma complexidade em relação a qual a sociedade parece não estar atenta-

Como visto anteriormente, em nossa sociedade há uma bagagem de condutas negativas construídas sobre o velho. De acordo com Goldfarb (1998), este que representava uma figura de sabedoria, e quem construía uma narrativa com a qual se incorporava cada indivíduo na história, hoje tem seu valor social atribuído à inutilidade e decrepitude. A pessoa velha, numa espécie de sujeito em ‘suspensão’, passa a ocupar um lugar marginalizado da existência humana que “sem futuro, será então sujeitado pelo passado, que na forma de uma reminiscência repetitiva, produzirá um discurso que perderá significação social se ninguém o escutar” (Goldfarb, 1998, p. 14).

Contudo essa mesma pessoa também interioriza sua situação e reage a ela. Beauvoir (1990) coloca que a sociedade, de maneira geral, é indiferente, fecha os olhos para os abusos, os dramas para com a criança abandonada, o jovem delinquente, o deficiente, o velho, e um dos aspectos desesperadores da situação dos velhos é sua impotência para modificá-los. Eles não se integram mais espontaneamente à sociedade. No entanto, “cada membro da coletividade deveria saber que seu futuro está em questão e quase todos têm relações individuais e estreitas com certos velhos” (Beauvoir, 1990, p. 265). Conforme a autora:

“A decadência senil não é apenas penosa de suportar em si mesma, mas põe o homem idoso em perigo no mundo (...) que experimenta um sentimento angustiante de

insegurança que sua impotência exacerba. As pessoas condenadas à passividade são vítimas da preocupação. (...) O mesmo acontece com os velhos; ruminam no vazio perigos que não têm meios de afastar. Mesmo que nenhuma ameaça pese sobre eles, basta que se saibam desarmados para se preocuparem: a tranquilidade de que gozam parece-lhes precária; o futuro está carregado de possibilidades amedrontadoras, uma vez que eles não mais o dominam. A catástrofe que se abateu sobre eles é que passaram brutalmente do estado de adulto responsável para o de um objeto dependente. Essa dependência coloca-os à mercê de outrem, e eles a sentem, mesmo nos momentos em que ela não se faz sentir” (Beauvoir, 1990, p. 569).

Marilena de Souza Chauí na parte introdutória do livro de Ecléa Bosi, *Memória e Sociedade – Lembrança de Velhos* (1994) explana sobre a opressão ao qual a velhice está submetida em nossa sociedade. Isso ocorre por intermédio de mecanismos institucionais visíveis (a burocracia da aposentadoria e dos asilos); mecanismos psicológicos sutis e quase invisíveis (a tutela, a recusa de diálogo e da reciprocidade que forçam o velho a comportamentos repetitivos e monótonos, a tolerância de má fé que, na verdade, é banimento e discriminação); mecanismos técnicos (as próteses e a precariedade existencial daqueles que não podem adquiri-las); e mecanismos científicos (como “pesquisas” que demonstram a incapacidade e a incompetência social do velho).

Há uma ferida em nossa cultura que é a da velhice oprimida, despojada e banida. “A função social do velho é lembrar e aconselhar – *memini, moneo* – unir o começo e o fim, ligando o que foi e o por vir”; nele “jorra a essência da cultura, ponto onde o passado se conserva e se prepara para o presente” (Chauí, 1994, p. 18). No entanto, ser velho numa sociedade capitalista é ser impedido dessa função.

De acordo com Chauí (1994), a sociedade os destituiu dos suportes de que a memória se apoiava como: a confiança de que seres de nossa convivência não se perderiam, não se afastariam; valores ligados a *práxis* coletiva como a vizinhança (*versus* mobilidade); a família extensa (*versus* ilhamento da família restrita); apego a certas coisas, objetos biográficos (*versus* objeto de consumo); de que já não existem mais. Além disso, cita outra ação de que sufoca a lembrança que são os estereótipos necessários à sobrevivência da ideologia da classe dominante, sendo um exercício cruel da opressão econômica sobre o sujeito: a espoliação das lembranças e a prematura senilidade engendrada pela cotidiana degradação do trabalho (Chauí, 1994).

O velho sofre as adversidades de um corpo que se desagrega à medida que a memória vai se tornando cada vez mais viva. Ao destruir os seus suportes, “a sociedade bloqueou os caminhos da lembrança, arrancou seus marcos e apagou seus rastros” (Chauí, 1994, p. 19). A velhice não existe para si, mas somente para o outro, sendo este outro um opressor (Chauí, 1994).

Afirmar a velhice não se justifica, portanto, o fato do velho se encontrar em um momento da vida em que suas histórias e lembranças se acumularam, mas sim que as mesmas “afirmam o seu modo de ser, de ver e de se relacionar com os outros, e que o tornam testemunha e guardião das memórias de nossa sociedade” (Domingues, 2014, p. 557). Esse lugar de memórias, palavras e práticas que podem ser compartilhadas é, portanto, uma questão importante para a constituição do sujeito por possibilitar a experiência da rememoração de um passado que se perderia no silenciamento (Domingues, 2014), silenciamento este, denunciado por Beauvoir (1990), de que é preciso perturbar a tranquilidade e comodidade da sociedade quanto à velhice.

Do mesmo modo, uma história que se apoia unicamente em documentos oficiais, não pode dar conta das paixões individuais (Bosi, 2003) e da possibilidade de que novos sentidos e transformações possam emergir. O reencontro com fatos, acontecimentos e pessoas “permite construir vivências e experiências do passado com os óculos do presente. E isto não significa aprisionar-se no passado, mas conduzir-se de forma mais segura para o futuro” (Domingues, 2014, p. 566).

O corpo envelhece e nele estão presentes as marcas de cada história, sempre singulares, sinalizando as maneiras como cada um conduz esse processo (Mucida, 2009). O velho, portanto, não constitui uma categoria de análise.

“Se tratarmos essa população como uma massa uniforme, perderemos a riqueza de suas possibilidades e substituiremos por estereótipos. O mais genuíno diferencial entre os idosos se encontra na sua subjetividade e na sua singularidade. Cada pessoa retoma permanentemente os dados de sua história e os reconstrói com os fios do presente. É exatamente a crença na historicidade pessoal e nas possibilidades peculiares de cada um que nos induz a chamar o idoso à sua corresponsabilidade na qualidade de seu envelhecimento” (Minayo, 2011, p. 13).

Conforme a autora existe uma dinâmica biológica do envelhecimento da qual não podemos nos livrar, mas, por outro lado há também uma dificuldade devida os limites impostos, de modo que o envelhecimento psíquico não se relaciona apenas com a idade cronológica e não constitui uma categoria objetiva de classificação da realidade. Esse processo depende de fatores ocorridos nas fases anteriores da vida, das experiências vividas na família, na escola ou em outras instituições, que a velhice não comporta um só conceito, porque não há equivalência sobre as características de uma pessoa em determinada idade, pois não é idêntica biológica e socialmente de outra (Bacelar, 2002).

Reafirma-se, portanto, a necessidade de olhar amplamente as dimensões da velhice, como também, construir uma sociedade para e com os velhos, para não cairmos numa análise reducionista desse processo em que muitos consideram apenas o aspecto biológico e se descuidam da questão da construção histórica e social (Andrade & Calazans, 2014).

Debert (1998) acredita que a temática da velhice esbarra em algumas dificuldades características da própria problemática. Há “questões que nas sociedades ocidentais contemporâneas se constituíram em problemas sociais; é uma categoria que foi culturalmente produzida e têm como referências supostos processos biológicos e universais; e temas em torno dos quais um discurso científico especializado é institucionalizado” (Debert, 1998, p. 7).

Para explicitar, a velhice enquanto problema social não se caracteriza apenas como resultado de um crescimento demográfico ou mau funcionamento enquanto sociedade, mas é somada a outras questões. Debert (1998) se utiliza da compreensão de Remi Lénor (1989) para elencar a constituição de um problema social² em quatro dimensões, sendo elas: reconhecimento, legitimação, pressão e expressão.

Resumidamente, o reconhecimento implica tornar visível uma situação particular, isto é, a conquista de uma atenção pública, que supõe a ação de grupos socialmente interessados em produzir uma nova categoria de percepção do mundo social, a fim de agir sobre ele. Já a legitimação não é consequência automática do reconhecimento público do problema, mas supõe o esforço para promovê-lo e inseri-lo no campo das preocupações sociais do momento. A

² A “velhice” como problema social surgiu, antes de tudo, na classe operária pelo fato da extensão rápida, sobretudo a partir de meados do século XIX, da organização do capitalismo do trabalho e do sistema de atitudes que lhe é associado. Presume-se que o salário remunera apenas a força investida no trabalho [...] a “velhice” dos operários é, então, assimilada, pelo patronato capitalista, à “invalidez”, isto é, à “incapacidade” para produzir. [...] Foi a partir dessa lógica que as caixas de aposentadoria foram instituídas pelos empresários a fim de reduzirem os custos da produção, desfazendo-se em condições honrosas dos trabalhadores idosos que ganhavam demais pelo rendimento fornecido Lénor (1996, p. 79 citado por Debert, 1998).

pressão envolve porta-vozes empenhados em denunciar determinadas questões e ocupam uma posição para torná-las públicas. Enquanto as formas de pressão se traduzem em formas de expressão, pois na transformação do envelhecimento em problema social estão envolvidas novas definições de velhice e do envelhecimento.

Quanto à segunda característica, a tentativa de encontrar o que é universal pode transformar em “categorias vazias”. Para exemplificar essa questão, a autora utiliza o que sugere C. Geertz (1978, p. 55 citado por Debert 1998): “pode ser que nas particularidades culturais dos povos – nas suas esquisitices – sejam encontradas algumas das revelações mais instrutivas sobre o que é ser genericamente humano”.

Já em relação à última problemática, a transformação do envelhecimento em objeto de saber científico põe em jogo um saber não exclusivamente técnico, mas um saber que produz fatos normativos sobre múltiplas dimensões como: desgaste fisiológico, prolongamento da vida, desequilíbrio demográfico, o custo financeiro das políticas sociais e outros (Debert, 1998).

Em conformidade com autores citados anteriormente – como Debert (1998), Minayo (2011), Papaléo Netto (2002) –, Goldfarb (1998) afirma que apesar de existirem sinais mais ou menos universais sobre o que venha a constituir “velhice”, parâmetros psicológicos, sociais e outros, nem individualmente nem em conjunto possibilitará uma definição que a categorize.

Araújo, Sá e Amaral (2011) apontam que as representações sociais acerca dos velhos acabam por provocar uma não identificação por parte dos mesmos com essa etapa da vida, diante de tantos estereótipos que os desqualificam. Este também vivencia um luto relativo à deterioração como saúde, beleza, improdutividade e outras características tão valorizadas socialmente, o qual “torna os velhos ao mesmo tempo vinculados ao mundo em que vivem e

dependentes das injunções da cultura sobre a velhice e das determinações biológicas que os constroem” (Minayo, 2011, p. 12).

Em suma, é importante considerar o que Debert (1998) pontua a respeito de alguns pressupostos básicos ligados a velhice, as quais: 1) A velhice não é uma categoria natural – ou seja, é socialmente produzida e absorve significados particulares em cada contexto; 2) As categorias de idade são construções históricas e sociais – para Bourdieu (1983, citado por Debert, 1998, p. 11) “a manipulação das categorias de idade envolve uma luta política, na qual está em jogo a redefinição dos poderes em diferentes ciclos da vida”; 3) Diversidade cultural e a busca de universais – considera a tentativa de descobrir nas descrições da vida cotidiana, o que é comum ou inevitável na situação dos velhos e no tratamento da velhice; 4) Idade cronológica, idade geracional, níveis de maturidade – referem-se à exigência de leis que atribuam direitos e deveres do cidadão; 5) Modernidade e o conceito de gerações no estudo de mudanças sociais – a geração não se refere às pessoas que compartilham a mesma idade, mas que vivenciaram determinados eventos que definem trajetórias passadas e futuras; 6) Problema social e problemas para a investigação antropológica – a velhice nas sociedades ocidentais é apresentada como um problema social, não resultante do crescimento demográfico, mas do mau funcionamento da sociedade e outras questões; 7) A constituição de problemas sociais: reconhecimento, legitimação, pressão e expressão – para o entendimento da constituição da “Terceira Idade” como uma construção social que em certo sentido também deslegitima o velho, a velha e as velhices.

Assim sendo, os princípios para a classificação ou categorização dos sujeitos foram construídos socialmente. Esse processo não é homogêneo, cada pessoa vivencia esta fase de forma diferente, considerando sua história e todos os aspectos relacionados à vida. É fundamental, portanto, buscar conhecer a condição de velhos, escutando-os a respeito de como

se sentem nesse percurso, de modo que confira a sua participação para a realização de suas vontades e para a construção de uma vida que lhes seja adequada (Minayo & Coimbra Jr., 2002).

Portanto, as questões relativas à velhice merecem destaque em qualquer segmento da sociedade, tornando-se uma questão urgente e necessária reavaliar o crescente envelhecimento populacional e a sua articulação na construção de políticas públicas para que seja alcançado o cuidado amplo dessa população.

2.2 Saúde dos velhos e as políticas de saúde para o idoso

2.2.1 Concepção ampliada de saúde

Desde a Antiguidade, uma pergunta que se faz presente no cotidiano das pessoas é acerca do “que é ter saúde ou ter doença”, e até os dias atuais persiste certa dificuldade de elaborar uma definição sobre isso. No entanto, sabe-se que tanto as práticas quanto os discursos em saúde circunscreveram-se, primariamente, a partir de conceitos que tratavam não sobre saúde, mas a respeito da doença.

Muito anterior à concepção de saúde, segundo Czeresnia (2003) o conceito de doença se constituiu a partir de uma redução do corpo por meio de ciências como anatomia e fisiologia, sendo vista até meados do século XVIII como algo decorrente de elementos externos ao corpo – associados à natureza, forças sobrenaturais, recursos religiosos, astrologia – e de realidade própria “como algo que subsistia no ambiente como qualquer outro elemento da natureza” (Baristella, 2007, p. 52).

Entretanto, tanto uma concepção reducionista como também uma definição “positiva em saúde”, possivelmente, traz consigo intervenções com centralidade na doença como modelo,

no qual Camargo (2007) aponta para a exclusão de qualquer possibilidade da dinâmica social e subjetiva que dá sentido à existência humana. Essa concepção articulada à própria indefinição conceitual – da doença como ausência de saúde ou a saúde como ausência de doença; o reducionismo da biomedicina – que traz consigo uma desconexão sobre os processos saúde/doença com a subjetividade; e a reificação da noção de doença – que desloca meios de lidar com determinado sofrimento, tem-se o que se chama por doença-coisa, em que a “realidade última do plano biológico, entidade *natural* que dispensa articulação teórica, restringe ao mesmo tempo o escopo das concepções sobre o processo saúde-doença e as possíveis soluções para os problemas decorrentes do mesmo” (Camargo, 2007, p. 65).

Nesse sentido, do mesmo modo que sobre a velhice criaram-se no decorrer da história formas de lidar e explicar, as questões entre saúde e doença também marcaram profundamente, repercutindo atualmente de alguma maneira, que asseguram as relações do passado com o presente (Sabroza, 1994).

Para entender como diferentes aspectos constituem a concepção acerca do conceito de saúde, e como o conceito de doença sendo este anterior e também intrínseco neste processo, Baristella (2007) indica três formulações para pensar essa questão, as quais: 1) a saúde como ausência de doença; 2) a saúde como bem-estar; 3) a saúde como um valor social (o conceito ampliado).

Neste primeiro aspecto, no que diz respeito à saúde como ausência de doença, o autor situa que esta formulação não é só popularmente difundida na sociedade, mas também afirmada pela medicina, orientando a maioria das pesquisas e produções tecnológicas em saúde, prevalência esta que acontece já no século XVII com o advento da Modernidade, contexto do qual irão se estruturar o método científico e a teoria moderna sobre a doença.

Nesse contexto, a doença através do qual é vista, até então, como algo constituído por elementos externos ao corpo sofre rupturas com o advento da clínica moderna, sendo substituída pelo saber médico “na organização do hospital, o esquadrinhamento e a divisão de seu espaço interno – permitindo a separação de doentes classificados de acordo com sintomas – e o registro sistemático e permanente das informações dos pacientes” (Baristella, 2007, pp. 52-53). Esse espaço passa a buscar a doença no corpo e não fora dele, transformando doença em patologia e, gradativamente, em local de cura.

Nesse período, valores como localização, especificidade e intervenção estão muito presentes, modelo este que baseia o pensamento médico científico por meio da observação e da experiência com ênfase nos aspectos biológicos, em que a saúde passa a ser entendida como inexistência de patologia e sustenta o modelo biomédico que perdura até hoje e, como visto anteriormente, não tornou o ser humano apenas um objeto em torno do qual não se produziu um saber, mas também orientou formas de governar individual e coletivamente.

Nessa perspectiva, uma das primeiras tentativas de conceituar saúde partiu do filósofo Christopher Boorse ao considerá-la, também, como ausência de doença, entendendo que a saúde consiste no desempenho esperado da função natural de cada parte do organismo Boorse (1975 citado por Almeida Filho & Jucá, 2002), omitindo as dimensões psicossociais na afirmação dos aspectos biológicos e patológicos.

Termos como “doença” e “enfermidade” passaram a ser usados na antropologia médica para compreender como diferentes perspectivas compõe a saúde. Assume-se que a doença está relacionada com as definições do modelo médico de saúde e de normalidade com referências biológicas universais em sua forma, progresso e conteúdo similares em qualquer indivíduo (Helman, 2009). No entanto, por consequência disso, não seria possível lidar com os fatores pessoais, culturais e sociais, sendo mais bem percebidos a partir da perspectiva da enfermidade

por possibilitar a resposta subjetiva àquela experiência – de como se percebe; o quanto afeta seus relacionamentos; que passos tomar para remediar a situação etc. – (Helman, 2009). Dessa forma, o termo doença é visto como “o que o paciente tem ao voltar para casa do consultório médico” e enfermidade, por sua vez, como “o que o paciente sente quando vai ao médico” (Cassell (1978 citado por Helman, 2009).

Canguilhem (2009) ao pontuar que a patologia – isto é, o estudo dos mecanismos da doença – só pode saber que é uma patologia porque recebe da clínica essa noção de doença, questiona “o que é um sintoma sem contexto ou pano de fundo? O que é uma complicação separada daquilo que ele complica?” (Canguilhem, 2009, p. 34), cuja origem deve ser buscada na experiência e nas relações que se estabelecem.

Baristella (2007) também aponta que “a fronteira entre o normal-patológico e saúde-doença seria estabelecida pelas experiências de enfermidade em cada cultura – suas narrativas e rituais de cura” (Baristella, 2007, p. 55), na qual a patologia torna-se, assim, objeto de atenção através de um processo de atribuição de sentido.

Canguilhem, por sua vez, amplia a concepção de saúde ao entendê-la como “a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (Canguilhem, 2009, p. 77), considerando um regulador de possibilidades de reação, afirmação de uma nova dimensão da vida e até mesmo da saúde como própria possibilidade de adoecimento.

“A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. Porém, não será absurdo falar em infidelidade do meio? Isso ainda é admissível quanto ao meio social humano, em que as instituições são, no fundo, precárias: as convenções, revocáveis as modas,

efêmeras como um relâmpago. Mas o meio cósmico, o meio animal de modo geral não será um sistema de constantes mecânicas, físicas e químicas, não será feito de invariantes? É claro que esse meio definido pela ciência é feito de leis, mas essas leis são abstrações teóricas. O ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimento que diversificam essas leis. O que sustenta o pássaro é o galho da árvore, e não as leis da elasticidade. Se reduzimos o galho às leis da elasticidade também não devemos falar em pássaro, e sim em soluções coloidais. Em tal nível de abstração analítica, não se pode mais falar em meio, para um ser vivo, nem em saúde, nem em doença. (...). Pelo fato de o ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história” (Canguilhem, 2009, p. 78).

A palavra normal – *normalis*, de *norma*, regra – é definida conforme a regra, regular, como aquilo que não se inclina e se conserva em um justo meio-termo, derivando dois sentidos, sendo: normal àquilo que é como deve ser; e aquilo que se encontra na maior parte dos casos. Como apontado anteriormente, desde a Antiguidade, a ideia de saúde implica uma norma, um modelo, referindo-se aos padrões socialmente aceitos, estimados e desejados, associando saúde e valor que em sua origem *valere*, significa passar bem (Canguilhem, 2009).

Desse modo, tem-se a segunda formulação Saúde e Bem-Estar. Com o término da segunda Guerra Mundial e a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) – agência subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU) –, em 1948, o conceito de saúde foi divulgado com a seguinte definição: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Esse conceito foi alvo de inúmeras críticas em virtude de ser uma conceituação considerada irreal, bem como a expressão

“completo estado” indica uma idealização da concepção de saúde e pouca dinâmica na sua compreensão (Baristella, 2007).

O conceito de bem-estar, assim como o conceito de equilíbrio – sendo este também concebido nas primeiras definições de saúde enquanto a harmonia confortável dos elementos (Moura, 1989) ou como “ajuste dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo” como resposta ativa do organismo” (Kawamoto, 1995, p. 11 citado por Caponi, 1997) –, “limita o âmbito da saúde àquela área típica do conceito de normalidade, que pensa normalidade, não em termos de médias estatística e constantes funcionais, mas em termos de valores que são social e historicamente afirmados como tais” (Caponi, 1997, p. 301). Assim sendo, devido seu caráter estático e de relativo distanciamento e fragmentação com as experiências de vida e seus respectivos contextos sociais, esse conceito é considerado impraticável, na medida em que ao longo do tempo as condições de saúde/doença variam para cada pessoa e cada sociedade de acordo com as potencialidades e os determinantes da condição de saúde (Brasil, 2002).

De acordo com Coelho e Almeida Filho (2003, p. 102) “a saúde implica, sim, uma quantidade moderada de sofrimento, com predomínio de sentimentos de bem-estar. Ela é um ideal desejado, mas também uma realidade concreta”. Nesse sentido:

“Aparentemente, a maior dificuldade com essa definição reside no caráter ‘mutável’ e ‘subjetivo’ que parece ser inerente ao conceito de bem-estar. Acreditamos, no entanto, que o caráter subjetivo parece ser um elemento inerente à oposição saúde-doença. É preciso pensar que embora o fenômeno da saúde se restrinja à esfera do puramente biológico, existe um elemento, caracterizado e categorizado como sintoma, que nunca pode ser totalmente liberado de seu caráter subjetivo. Nos referimos a “dor”. Na medida em que toda dor é uma sensação, ela necessariamente variará de acordo com quem a sente e nem sempre pode ser expressa da mesma forma por diferentes sujeitos, mesmo

quando pode ser reduzida a um “padrão constante”. Ou seja, o caráter subjetivo é indissociável do conceito de saúde e essa associação permanecerá qualquer que seja a definição, restrita ou ampliada” (Caponi, 1997, p. 298).

Na concepção da autora, mais do que impraticável por ser utópico e subjetivo, a simples tentativa de definir o estado de bem-estar como valor (físico, mental e social) pode, facilmente, justificar estratégias de controle e de exclusão de tudo que for considerado indesejado e desqualificado como “desvalor”, ocupando-se o discurso médico do discurso jurídico, onde tudo aquilo que for considerado como desviante passa a ser objeto de intervenção e recuperação, portanto, medicalizado.

“É necessário recusar-se a aceitar qualquer tentativa de caracterizar os infortúnios como patologias que devem ser medicamente assistidas, assim como é necessário recusar-se a admitir um conceito de saúde baseado na associação com tudo o que considerarmos moral ou existencialmente valioso. Ao contrário, é preciso pensar um conceito de saúde capaz de contemplar e integrar a capacidade de administrar com autonomia aquela margem de risco, tensão, infidelidade” (Caponi, 1997, p. 300).

Em virtude disso, “o homem só se sente em boa saúde – que é, precisamente, a saúde – quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida” (Canguilhem, 2009, p. 79). Logo, o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso diante de uma relatividade da saúde e da doença confusa que se coloca sobre a responsabilidade de distinguir o ponto onde termina e onde começa a saúde e a doença.

Assim como a velhice, a saúde e a doença são permeadas e nomeadas por diversos modos no decorrer da história. Seja sobre o seu início, suas complicações ou dificuldades, bem

como seus sofrimentos e angústias têm interpretações variadas que, conseqüentemente, corroboram em diferentes formas de conduzir no campo da saúde. Mas é importante salientar que é por meio de medicalizações que tem se dado grande parte desses tratamentos, o que corrobora ainda mais para a visão de sujeito puramente biológica e retira a subjetividade do mesmo (Andrade & Calazans, 2014).

Desse modo se o normal não tem rigidez e sim uma flexibilidade de uma norma que se transforma, aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação (Canguilhem, 2009). Logo o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de norma “o ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes” (Canguilhem, 2009, p. 72), afirmando a necessidade de diante um fenômeno patológico, e, por conseguinte, novas normas de vida, ser capaz de reagir por caminhos diferentes que não apenas as exigências do meio normal, isto é, o anterior.

De acordo com Foucault (1998), desde o princípio na medicina assim como outras áreas, adota-se uma postura que torna necessária o estabelecimento de novas normas e padrões, em que a saúde assim como o rendimento passou a ser indispensável do ponto de vista econômico e social com o desenvolvimento do capitalismo. Tem-se que, com o movimento de normalização por volta do século XVI e XVII, inicialmente na Europa, o controle das atividades da indústria e da profissão médica, assume os próprios corpos enquanto força do Estado, caracterizando-se, por sua vez, uma primeira etapa na formação da medicina social chamada de medicina de Estado.

Nesse contexto, um segundo ponto que constitui a chamada medicina social, concentra-se no fenômeno da urbanização, no fim do século XVIII, capaz de esquadrihar a população e provocar angústia diante da cidade, e frente à inquietude político-sanitária que se forma

característico de uma medicina de exclusão que isola e vigia. A terceira etapa, por sua vez, constitui-se como medicina do trabalho – ou dos pobres –, tornando estes corpos mais aptos e menos perigosos às classes mais ricas.

Nesse contexto, a higiene e o funcionamento da medicina são, ao mesmo tempo, instâncias de controle social e moral. A medicina como técnica geral de saúde assume um lugar cada vez mais importante que, não cessa de se estender e de se afirmar, no que dizem respeito não só à doença, mas às formas de existência e de comportamento, à medida que a saúde se torna um objeto de desejo e de lucro. O estado, a cidade e a pobreza tornaram-se objetos de interesse e intervenção médica no decorrer dos três séculos que precederam a explosão do fenômeno da medicalização, no início do século XX (Zorzanelli & Cruz, 2018).

A saúde apresenta-se, desse modo, como um valor e fonte própria de riqueza como atributo de fortalecimento às nações, bem como um modo de controle e normalização dos corpos, “um dispositivo de seleção entre os normais e os anormais” (Foucault, 1998, p. 151).

Para avançar na contextualização do conceito de saúde, tem-se o terceiro ponto que se constitui na Saúde como Direito: o conceito ampliado de saúde. O conceito de saúde formulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, ficou conhecido como “conceito ampliado de saúde”, fruto de mobilização de países da América Latina como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde.

Nesta foram lançadas diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e debateu, principalmente: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Essa conferência acontece no contexto de redemocratização do país, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira e foi a primeira que contou com a participação dos usuários.

Aponta em seu relatório final a necessidade a ampliação do conceito de saúde e à criação de um sistema único de saúde, assumindo-se:

“Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Brasil, 1986).

Diante um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema predominantemente médico-hospitalar, entende-se que as desigualdades sociais e regionais existentes refletem e atuam como fatores limitantes no desenvolvimento de condições de saúde, sendo necessário, portanto, o Estado assumir uma política de saúde integrada com as demais políticas econômicas e sociais que permitam meio de efetivá-la. Sobre esse aspecto:

“Não houve o devido o reconhecimento do hiato entre a vivência singular da saúde e da doença e as possibilidades de seu conhecimento, isto produziu um problema importante na forma com que se configurou historicamente a utilização dos conceitos científicos na instrumentalização das práticas de saúde. Atribuiu-se predominância quase exclusiva à verdade científica nas representações construídas acerca da realidade e, principalmente, das práticas de saúde” (Czeresnia, 2003, p. 3).

A Constituição legitimou o direito de todos, sem qualquer discriminação às ações de saúde, assim como o dever do poder público em prover pleno gozo desse direito. Sendo essa, portanto, uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços de saúde, baseia-se numa prática de saúde ética, que responda aos direitos humanos como: Universalidade – garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão; Equidade – direito ao atendimento

adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade; e Integralidade – a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade (Brasil, 1990).

Essa concepção aponta para uma mudança progressiva passando de um modelo centrado na concepção mecanicista do corpo para um modelo de atenção integral à saúde (Brasil, 1990).

A saúde, constitucionalmente, reflete a ampliação dos direitos sociais e a explicitação dos determinantes sociais da saúde e da doença que são muitas vezes negligenciados (Baristella, 2007) e, por sua vez, são formas pelas quais a vida se manifesta e se situa entre a experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido (Czeresnia, 2003) que, assim como na velhice, bem como em outras fases da vida são intimamente afetados pelo modo como se constitui em sociedade.

De acordo com Minayo (1997) cada segmento da sociedade terá uma construção social diferenciada acerca de saúde e doença. Desse modo, entendendo a concepção social como a ideia de que fazemos a respeito de qualquer fato ocorrido em sociedade e vivenciado por nós, apesar do avanço tecnológico e científico, a saúde e a doença constituem de concepções sociais.

Diferentemente das sociedades da Idade Média e primitivas, essas concepções assim como a ideia de tempo e de espaço, a que corresponde atualmente são de que tempo se gasta, se aproveita ou se desperdiça para produzir algo e, vincula-se a concepção de doença predominantemente localizada no corpo associado à questão da produção (Minayo, 1997).

De acordo com Basaglia (2005) a definição de norma, em nossa sociedade industrial, coincide explicitamente com a produção. Logo, qualquer pessoa que fique as margens desta se torna desviante.

Dentre isso, um olhar rigoroso é movido sobre a velhice. Os “desvios”, as dificuldades e a dependência comumente associados ao envelhecimento são cada vez menos tolerados e a velhice, por sua vez, torna-se vista como patológica nos nossos dias (Groisman, 2002). Além disso, estas concepções – de saúde e doença – estão vinculadas a duas questões fundamentais: a vida e a morte. “A morte é pensada como uma parada de funcionamento do organismo, e a vida equivale a ter saúde, isto é, ao bom funcionamento de todos os órgãos do corpo” (Minayo, 1997, p. 34).

De acordo com Canguilhem (2009) podem, também, tentar nos confundir a saúde com a juventude, bem como a publicidade compartilha dessa ideia, enfatizando que as imperfeições do corpo anormais ou não sendo naturais (Debert, 1997). A velhice parece ter sido concebida como uma espécie de doença, já que é comumente equiparada ao grau de degeneração que causou o organismo (Groisman, 2002). Não se enquadra nos padrões de normalidade socialmente aceitos e bem vistos.

Pode-se dizer que estas concepções são reveladoras de como as pessoas situam na sociedade e como essa se situa em relação a nós (Minayo, 1997). A velhice isolada das experiências, do seu processo e do curso da vida, repercute na maneira como os próprios velhos associa esse período a decadência, solidão e finitude, no modo a que atribuímos a importância do cuidado à saúde mental na velhice, reverberando nas políticas atuais de saúde do idoso.

Neste complexo onde são definidos os valores de uma determinada sociedade são estabelecidas barreiras que ganha peso e significado no momento em que são infringidos (Basaglia, 2005). É assinalado pelo autor o modo pelo qual um problema é codificado, tornando-se desadaptado tanto na realidade à qual se ajustam e na qual não encontram lugar, mostrando-se inadequado para englobar um problema que ultrapassa os limites restritos, cabendo a nós, enquanto sociedade, repensar a atenção a saúde mental voltada aos velhos e as

velhices e reavaliar discursos e saberes que multiplica tantos estigmas, dentre eles o de velho e o de louco.

Os valores inerentes à nossa representação da velhice orientam modos para a inclusão e a exclusão dos velhos e das velhices no campo social (Bernardo, 2010). O reconhecimento da velhice como um período singular é parte de um processo histórico amplo, mas também parte de uma tendência contínua a segregação por idade, pelo qual pouco é feito de maneira a interpretar os processos inter-relacionados ao curso da vida (Hareven, 1999).

Neste sentido, posto que o processo de reforma psiquiátrica trouxe consigo a possibilidade de criar condições de instituir novas práticas de cuidado e tratamento, atividades eminentemente práticas, anteriormente desconhecidas da saúde mental, visando a participação e inclusão de pessoas usuárias da rede de saúde mental na sociedade e na cultura, a Reforma Psiquiátrica Brasileira precisa, também, criar um dispositivo para que tais vivências se transformem em experiências (Berlink, Magtaz & Teixeira, 2007). Para os autores, saberes socialmente compartilhados nas práticas dos trabalhadores de saúde mental podem ser narrados e registrados, constituindo um arquivo como parte fundamental da memória das práticas promovidas pela Reforma.

Os velhos no âmbito da saúde mental, constituindo-se usuários destes dispositivos, sendo um dos elementos essenciais na atenção em saúde mental a emancipação do sujeito, podem e devem ser alvos de mudanças nos modos de produzir saúde. Neste campo, novas formas de clinicar, praticar e produzir entram no conceito de concepção ampliada de saúde, pois o novo modelo de atenção em saúde mental o objeto de intervenção – não mais a doença e sim o sujeito social – e conseqüentemente a sua finalidade não mais a remissão do sintoma, mas as necessidades de saúde propriamente humanas e os instrumentos de intervenção, saberes e práticas (Barros, Oliveira & Silva, 2007).

Os paradigmas que reconhece de forma absoluta a saúde como único valor positivo, assume para si a experiência da doença, neutralizando-a e negando-a. Portanto, polarizar a saúde (em positivo) e a doença (em negativo) impede qualquer sinal de relação entre um (Barros, Oliveira & Silva, 2007) e as experiências que o fez chegar a determinada condição.

Conforme Castro (2021) a exclusão que os velhos vivem em nossa sociedade expressa um conjunto de experiências de possibilidades interrompidas e não realizadas, decaímos na possibilidade de trocar experiências e escutar, e nos empobrecemos dos efeitos da troca de experiência, de rememoração e da esperança, bases da liberdade.

“Afirmar isso não se confunde com um movimento irracional e saudosista do passado que não discerne a riqueza do que se perdeu do mal que o passado carrega. Significa indicar elementos da privação, sobretudo do velho, de sua função de narrar, assim como os elementos do empobrecimento da experiência e de sua transmissão na particularidade histórica da sociedade de consumo, que deve ser superada para a superação dessa opressão” (Castro, 2021, p. 5).

Segundo Basaglia (2005) as ideias dominantes não toleram elementos que não respeitem suas regras. Para o autor, “torna-se difícil estabelecer o terreno específico dos desvios, pois este ainda se mostra aberto e subordinado ao juízo de valor que é feito dele” (Basaglia, 2005, p. 165). Nessas condições, e diante da estrutura em que vivemos em que tudo se baseia nos níveis de produtividade, os velhos, suas condições de vida e suas necessidades passam despercebidas.

2.2.2 OPAS/OMS sobre saúde do idoso

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde (OMS) não é possível descrever as pessoas velhas como destinatárias passivas dos serviços sociais e de saúde. Além disso, com o seu aumento exponencial, muitas delas se encontram em situações socioeconômicas complexas e bastante incertas. Corrobora, também, com a ideia de que o processo de envelhecimento não é linear ou consistente, considerando que esse processo envolve mudanças significativas que vai além do nível biológico, mas, principalmente, por incluir mudanças nos papéis e posições sociais.

Diante esse contexto, a OMS estabeleceu diretrizes para apoiar ações de construção de uma sociedade para todas as idades, sendo instituída para este período (2020-2030) a *Década do Envelhecimento Saudável* como uma oportunidade de reunir governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado para dez anos de ações que possam melhorar a vida das pessoas mais velhas e as comunidades de onde vivem.

No referido contexto, a postura adotada sobre Envelhecimento Saudável não é definida por um nível ou limiar específico de saúde. Em vez disso, considera que é um processo particular, uma vez que a experiência pode ser diferente do outro, bem como, o acesso aos cuidados de saúde pode interferir nesse processo. Assim como, para promovê-lo, os sistemas de saúde precisam ser desenvolvidos para garantir o acesso aos serviços com base nas necessidades, pois estes demonstraram ter melhores resultados.

Nesse sentido, com o apoio da OPAS/OMS foi aprovada na Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), em 2015, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, considerado este um importante avanço para garantir os direitos da população de velhos nas Américas, defendendo garantir: igualdade e não discriminação por razões de idade; independência e autonomia; participação e integração na comunidade; consentimento livre e informado no âmbito da saúde; receber serviços de

cuidado de longo prazo; direito à vida, à cultura, à intimidade, ao trabalho e à dignidade na velhice; dentre outros.

A adoção desta Convenção promove o compromisso econômico, social, político, educacional e cultural. Dentre algumas experiências, a Costa Rica, por exemplo, implementou leis para reforçar esses ideais como a “Lei Integral para as Pessoas Idosas em Costa Rica” que garante oportunidades iguais e uma vida digna; a “Carta de San José sobre os Direitos das Pessoas Idosas na América Latina e no Caribe” que afirma a melhoria e desenvolvimento de sistemas de proteção social às suas necessidades; e a “Lei de Penalização do Abandono da Pessoa Idosa”, garantindo sérias acusações aos que abandonarem e os negligenciarem. Outra conquista diz respeito ao Secretariado da OMS e outras agências das Nações Unidas que foram solicitadas a expandir a Rede Global da OMS para Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas, incluindo, atualmente, mais de 1.000 cidades e comunidades em 41 países, dentre eles: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Peru, Porto Rico, Estados Unidos, Uruguai, que reflete o compromisso das cidades em ouvir as necessidades da população envelhecida e também trocar informações, experiências e conquistas sobre o que funciona em diferentes contextos.

A OMS trouxe no seu último *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde* que:

“Em uma época de desafios imprevisíveis para a saúde, sejam devidos à mudanças climáticas, às doenças infecciosas emergentes ou a próxima bactéria a desenvolver resistência aos medicamentos, uma tendência é certa: o envelhecimento das populações está se acelerando rapidamente em todo o mundo. Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos. As consequências disso para a saúde, para os sistemas de saúde, seus orçamentos e para os trabalhadores de saúde são profundas” (OMS, 2015, p. 3).

Com isso, aponta para o desenvolvimento de um modelo de saúde que diz respeito a uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento de acordo com as necessidades, afirmando como urgente e possível a todos os países, diferindo apenas em sua ordem de atuação e prioridades a depender do contexto.

Para isso, consideram-se quatro áreas de atuação, sendo: 1) Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento – visto que há muitos estereótipos, preconceito, e discriminação em relação às pessoas com base em sua idade – mas que possui efeitos particularmente prejudiciais sobre as pessoas mais velhas; 2) Garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas –, pois os ambientes físicos, sociais e econômicos são importantes determinantes no processo de envelhecimento; 3) Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa –, isto é, os sistemas de saúde devem estar preparados para um melhor cuidado; e 4) Propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem – que em virtude de uma possível diminuição de habilidades físicas e mentais pode limitar a capacidade das pessoas de se cuidarem e participarem da sociedade.

O primeiro quesito, como mencionado anteriormente, refere-se repensar não apenas o que a idade avançada pode ser, mas como o curso da vida é enquadrado em torno de um conjunto rígido de fases, que diz respeito à mudança nas percepções de saúde envelhecimento. Nesse aspecto é abordado que muitos experimentarão condições de saúde significativas independentemente da idade que possuem, observando que as políticas devem promover a participação social, ativar capacidades e abordar necessidades que, se não analisadas, pode resultar em políticas que parecem desconexas. Aborda também que questões como ambientes físicos e sociais, do lar, da vizinhança, da comunidade possuem implicações no desenvolvimento de políticas que, injustas e evitáveis, levam às iniquidades na saúde. Outra

questão é que a idade não implica dependência. Isto é, a sociedade as vê de formas estereotipadas, levando a discriminação com base em sua idade, generalizando que pessoas mais velhas são dependentes ou um fardo, e ignorando, também, as contribuições dos mais velhos quanto à economia. Outro critério diz respeito ao questionamento de que na velhice aumentará os custos de saúde. No entanto, esse é um aspecto variável e questionável, uma vez que também depende do próprio sistema de saúde, bem como da necessidade de reformulação da justificativa econômica ao mudar o debate com foco sobre a minimização de custos para investimentos adequados.

Outro aspecto abordado é que embora a longevidade seja, muitas vezes, associada à boa saúde, a qualidade desses anos ainda não é clara, mas que pode se tornar uma realidade se mais ações de saúde pública se empenhar sobre isso. Aponta, por último, as mudanças sociais e tecnológicas, e que justamente os antigos modelos de cuidados não são sustentáveis, devendo abranger intervenções que permitam construir melhores meios de navegar.

Como base nisso, a OMS traz em seu relatório ações possíveis para um quadro de saúde pública com base em atender as necessidades, sendo: 1) Alinhar os sistemas de saúde a populações que atendem; 2) Desenvolver sistemas de cuidado de longo prazo; 2) Criar ambientes favoráveis; e 4) Melhorar a mediação, o monitoramento e a compreensão.

Sobre esses aspectos, a OMS afirma que os cuidados de saúde que abrangem demandas multidimensionais de maneira integrada, se demonstraram mais eficazes que os serviços que simplesmente reagem a doenças específicas. Além de que, muitas vezes as pessoas encontram serviços que foram feitos para curar condições ou sintomas, apresentando-se de maneira desconexas e desfragmentadas as outras questões que apresentam e resultam, muitas vezes, em cuidados de saúde que não só deixam de atender adequadamente às necessidades, mas gera grandes custos para o sistema de saúde.

Quanto aos serviços, por exemplo, menciona que estes sejam organizados em torno das necessidades e preferências dessa população, exigindo que seja o mais próximo possível do local onde vivem e, intimamente, envolvido com as famílias e comunidades. Orienta, também, a modificação das informações de saúde e administrativas que coletam, quanto à forma de monitoramento de desempenho, mecanismos de financiamento destinados para os mesmos, e profissionais de saúde habilitados quanto às questões gerontológicas e geriátricas básicas com competências necessárias para trabalhar com sistemas de saúde integral.

A OMS afirma que no século XXI não há nenhum país – até mesmo aqueles com sérias limitações de recursos – que não possa ter um sistema abrangente de cuidados. O foco, portanto, deve ser garantir que esse cuidado seja consistente com os direitos básicos de liberdade, trabalho e dignidade humana, reconhecendo aspirações contínuas e contribuindo para reduzir o uso inadequado de sistemas de cuidados, bem como evitar que as famílias tenham gastos excessivos com saúde.

Essa é uma responsabilidade que compete aos governos e à participação da comunidade. Dessa maneira, é evidente que o desenvolvimento de um sistema de saúde se destina a contribuir com que as pessoas possam envelhecer em lugares adequados para eles, sendo um objetivo comum: atender às necessidades básicas; aprender; movimentar-se; construir e manter relacionamentos.

Logo, recomendam-se mudanças na forma de elaborar políticas públicas em saúde às populações que estão envelhecendo, utilizando-se de experiências de diferentes países para ilustrar como problemas específicos podem ser abordados e adaptados ao seu contexto. Combater a discriminação etária está no cerne de qualquer resposta de saúde pública ao envelhecimento da população, demandando uma aceitação ampla da diversidade da experiência, que em conjunto com o atendimento das necessidades básicas e desfrute de seus

direitos, contribuirão, significativamente para apoiar o que vem a chamar por Envelhecimento Saudável.

Essas constatações se dão em virtude de que poucas políticas afetam e interagem diretamente com esse público, além de que há muitas percepções e suposições baseadas em concepções estereotipadas, devendo-se, portanto, incluí-los com linhas claras de responsabilidade e mudanças que acompanhem como suas demandas estão sendo atendidas.

2.2.3 As políticas de saúde do idoso no Brasil

No contexto internacional, por volta da década de 80, já se discutia sobre os desafios que estavam por vir provenientes do envelhecimento populacional e as políticas públicas voltadas especificamente para esse público. Nesse sentido, antes de adentrar as Políticas de Saúde do Idoso no Brasil, é interessante citar como se caracterizou a princípio essa discussão.

De acordo com Lima-Costa e Veras (2003, p. 700) encontrar “meios para: incorporar os idosos em nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, a fim de alcançar de forma democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce” já estavam na pauta mundial.

O marco inicial dessas discussões ocorreu no ano de 1982, em Viena, com a Primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento através das Nações Unidas, que produziu o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, representando as bases das políticas públicas, as diretrizes e os princípios gerais que se tornaram referência para a criação de leis e políticas em diversos países (Veras & Oliveira, 2018). Esse plano trouxe recomendações em torno de

sete áreas: saúde e nutrição; proteção ao consumidor idoso; moradia e meio ambiente; bem-estar social; previdência social; trabalho e educação; e família.

Outro momento importante ocorreu em 1991, na Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU), nas quais foram adotados Princípios das Nações Unidas em prol das Pessoas Idosas, através da Resolução nº 46/91, que se revestiu de fundamental importância para a consolidação do norteamento das políticas, versando novos conceitos sobre: independência; participação; cuidado; autorrealização; e dignidade (Veras & Oliveira, 2018).

Por conseguinte, na nova Assembleia Geral da ONU, em 1992, dando seguimento ao Plano de Ação, foi aprovada a Proclamação do Envelhecimento que declarou o ano de 1999 o Ano Internacional do Idoso. E em 2002 ocorre a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, em Madri, objetivando uma política internacional para o envelhecimento. O plano exigia mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis, evidenciando o envelhecimento populacional no século XXI e recomendava que “uma sociedade para todas as idades possui metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade. Para trabalhar nesse sentido, é necessário remover tudo que representa exclusão e discriminação contra eles” (Veras & Oliveira, 2018, p. 1931).

“Reconhecem-se as características comuns do envelhecimento e os problemas que apresenta e se formulam recomendações concretas adaptáveis às mais diversas circunstâncias de cada país. No Plano levam-se em conta todas as diversas etapas do desenvolvimento e as transições que estão tendo lugar em diversas regiões, assim como a interdependência de todos os países na presente época de globalização” (Brasil, 2003).

Nesse contexto, foi assinado pelos países membros das Nações Unidas, em 2002, o plano que teve como princípios básicos: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (Brasil, 2006), servindo como degraus para que diferentes países buscassem caminhos para que estes princípios fossem efetivados.

A saúde, portanto, passa a ser uma questão que “transcende fronteiras e se caracteriza pelo sentido da responsabilidade coletiva pela saúde” (Kickbusch & Berger, 2010, p. 19), exigindo esforços conjuntos e coordenados.

“Há necessidade de gerenciar os riscos de saúde, que se difundem para dentro e para fora de todos os países, de contemplar os determinantes mais amplos da saúde a partir de uma perspectiva governamental integral e de envolver, de maneira tanto formal como informal, uma gama diversificada de interlocutores e interesses” (Kickbusch & Berger, 2010, p. 20).

Concomitante a essa realidade, diante o processo de transição demográfica, o aumento expressivo de pessoas velhas e suas projeções de crescimento, tem-se um grande desafio para o sistema de saúde pública, principalmente no que se refere ao atendimento eficaz e adequado concernente as necessidades da população. Por essa razão, algumas políticas foram desenvolvidas com o intuito de melhorar a atenção à saúde na velhice, sendo necessário, portanto, compreender como aconteceu essa evolução em nosso país.

No Brasil, a concepção que predominava no início do século XX era a de segregação das pessoas velhas, proliferando a prática de internações em asilos, numa lógica que oculta os aspectos sociais, políticos e econômicos (Veras & Oliveira, 2018). Nos anos 60, período em

que predominava o assistencialismo, o Serviço Social do Comércio (SESC) inaugura, em São Paulo, um trabalho marcante ao promover atividades para a saúde integral. Com o devido reconhecimento internacional, participou das duas Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento da ONU: em Viena (1982) e em Madri (2002), e colaborou com a formulação da Política Nacional do Idoso (1994) e do Estatuto do Idoso (2003).

O primeiro grande reflexo, no que se refere à garantia de direitos da pessoa idosa, acontece com a promulgação da Constituição Federal em 1988. O direito universal e integral a saúde foi conquistado e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e para que efetivamente entrassem em vigor os artigos relativos à saúde (196 a 200) foram necessárias leis orgânicas, cuja aprovação se deu somente em 1990 com a Lei Orgânica de Saúde n. 8.080/90 – e o entendimento de que a saúde é dever do Estado –, e a Lei Orgânica da Saúde n. 8.142/90 – que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990).

Posteriormente à criação do SUS, diante da crescente demanda relativa ao envelhecimento da população, uma das primeiras iniciativas específicas se deu com a Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996 (Lei nº 8.842/1994 e Decreto nº 1.948/96) com a finalidade de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Esta preconiza que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos, e priorizou, também, a participação social, o convívio em família em detrimento de o atendimento asilar, e definiu pessoa idosa aquela maior de 60 anos de idade (Brasil, 1994) que, apesar de ter nascido com

uma concepção avançada a sua época, não conseguiu ser aplicada em sua totalidade (Veras & Oliveira, 2018).

Até que em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), desenvolvida em articulação com o Ministério da Educação e, também, Organização Pan-Americana de Saúde, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas, assumindo que o principal problema que pode afetar a pessoa na velhice é a sua perda de habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades da vida diária (Brasil, 2006). A PNSI, desse modo, visou à promoção do envelhecimento saudável, nas quais estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta (Veras & Oliveira, 2018).

Segundo Veras e Oliveira (2018, p. 1932) “a crítica a essa proposta era sobre o academicismo do documento, de forma hermética em que estava redigido e da distância das proposições do documento para a realidade dos municípios brasileiros, ainda em estágio incipiente na discussão”. Paralelamente a esse fato, e em decorrência de constantes mobilizações, é conquistado um passo importante da legislação brasileira como um dos efeitos da Segunda Assembleia de Madri: o Estatuto do Idoso.

Esse estatuto foi aprovado no ano de 2003 – Lei n. 10.741 – ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. No entanto, ainda que a legislação aponte a necessidade relativa aos cuidados dessa população, não trouxe consigo meios para financiar tais propostas. Em seu artigo 2º:

“O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (Brasil, 2003).

Consolidam-se os direitos referentes à vida; à liberdade, respeito e dignidade; à alimentação; à saúde; à educação, cultura, esporte e lazer; à profissionalização e ao trabalho; à previdência social; à assistência social; à habitação; ao transporte, entre outros, por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais responsabilizando, nos termos da lei, a sua inobservância (Brasil, 2003).

“A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõe sérias limitações” (Brasil, 2006).

Em 2006 foi instituída pela Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) como resposta à política anterior do Ministério de 1999, mantendo os itens inovadores de sua antecessora e orientando o processo contínuo de avaliação que deveria acompanhar seu desenvolvimento e possíveis ajustes determinados pela prática.

“A PNSPI, à semelhança da PNSI, teve por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar sua autonomia em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, que direcionavam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde” (Veras & Oliveira, 2018, p. 1932).

Dessa forma, de acordo com Torres, Campos, Luiza e Caldas (2020) um desafio ao processo de formulação de políticas públicas, no Brasil, é o monitoramento e a avaliação de seus alcances. Esse monitoramento, a partir de 2006, se dá com a implantação de indicadores do Pacto pela Saúde que inclui metas a serem atingidas anualmente, dentre elas, a saúde do idoso.

No entanto, para Veras e Oliveira (2018) a atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção à saúde na velhice, do qual um dos problemas maiores dos modelos vigentes decorre do foco exclusivo na doença. A ideia é monitorar a saúde, não a doença, mas para que seja colocada em prática a saúde de que é preconizada, é urgente um redesenho do modelo de cuidado à velhice no Brasil, modelo este proposto pelos mesmos, por exemplo, com base nas necessidades e na caracterização de níveis de cuidado.

De acordo com a OMS, nenhum ser humano (ou população) será totalmente saudável ou totalmente doente ao longo de sua existência. Este viverá condições de saúde/doença de acordo com suas potencialidades, suas condições de vida e sua interação com eles. No entanto, não é um estado estável, por isso “a própria compreensão de saúde também tem alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedade consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação” (Brasil, 1990, p. 65).

Logo, há limitações importantes nos conceitos de saúde e doença frente o ato das experiências de saúde e doença. Conscientizar-se desse limite está na raiz das mudanças atuais no campo da saúde, destacando que sua complexidade envolve mais que superar obstáculos, a fim de propor conceitos e modelos que são inconclusivos e complexo. Não se trata de propor uma “nova” ciência, mas da necessidade de construir discursos e práticas que conseguem

estabelecer um relacionamento diferente com todas as formas de conhecimento (Czeresnia, 1999).

2.2.4 Saúde mental de velhos e velhas

O século XX oportunizou importantes avanços no campo da saúde mental. Dentre eles, estão as mudanças de paradigma e de modelos de atenção à saúde mental promovida pelos processos de reforma psiquiátrica em diferentes lugares do mundo, com base na crítica ao saber psiquiátrico e as estruturas manicomiais de tratamento.

Grandes experiências de reformas psiquiátricas foram reduzidas a simples propostas de reformulação de serviços, que minimizassem os efeitos do hospital ou evitassem internações. No entanto, algumas experiências de reforma, tais como a italiana e a brasileira, procuraram romper com a ideia de que bastava uma reforma de serviços e a desospitalização de pessoas com história de longa internação, mas incorporaram a ideia da “desinstitucionalização” como a desconstrução de saberes e práticas que reduzem a loucura à doença e que afirmam as diferentes formas de existir e o direito à loucura (Amarante, 1995)³. A desinstitucionalização constitui então um processo segundo o qual não basta trocar ou mudar o local do tratamento, mas sim “colocar a doença entre parênteses”. O processo de desinstitucionalização diz respeito a reconstrução da complexidade do objeto com ênfase não mais no processo de “cura”, mas no

³ A desinstitucionalização italiana não foi reduzida a desospitalização, pois reconstruiu diferentes conteúdos e métodos, começando pela crítica do paradigma racionalista “problema-solução”. “A verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se na Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos humanos e materiais que estavam ali depositados” (Rotelli, 2001, p. 18).

projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (Rotelli, 2001, p. 30). De acordo com o autor, é um trabalho prático-crítico, cotidiano, que reorienta as instituições, as estratégias e os modos nos quais as pessoas são tratadas para transformar o seu sofrimento.

No Brasil, o campo da saúde mental foi historicamente construído através do processo de reforma psiquiátrica há mais de 40 anos, e deu origem a política pública de saúde mental, instituída pela lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001), e garante ser de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental. Esta preconiza que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social em seu meio, e a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Brasil, 2011).

A construção de uma política nacional de saúde mental, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a redemocratização do país permitiram desenvolver a substituição do modelo centrado no hospital psiquiátrico por uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁴. A RAPS consiste numa rede intersetorial que busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, propondo garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade, pela cidade (Brasil, 2011). Surge, então, a partir da Portaria GM nº 3088/2011 como um considerável avanço no processo de reforma psiquiátrica brasileira e de desinstitucionalização, de modo a ampliar e articular serviços em diferentes níveis de

⁴ A expressão “serviços substitutivos” passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas (Amarante, 1995).

complexidade para atender pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental e consumo de álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Dentre os objetivos gerais da RAPS, consiste a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; a promoção da vinculação das pessoas em sofrimento aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A rede de atenção psicossocial enfrenta uma série de desafios e, dentre eles, está o processo de envelhecimento dos usuários da rede de atenção à saúde mental, trazendo novas demandas de cuidado, bem como a incorporação de saberes e práticas específicos relativos aos usuários velhos, exigindo novas abordagens de cuidado. No entanto, vemos que a questão da velhice e do envelhecimento, bem como as experiências de velhos em relação aos problemas de saúde mental foi pouco incorporado e discutido no campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica. Além disso, não se observa nenhuma articulação direta entre a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde Mental, deixando muitas lacunas na atenção a esta população específica.

Assim, é possível que apesar dos inúmeros avanços das políticas públicas de saúde e outras mais especificamente voltadas para o idoso, sua desarticulação pode ter relação com o lugar de invisibilidade e desatenção que os velhos e velhas ocupam em nossa sociedade.

Como visto anteriormente, as concepções de velhice assim como saúde perpassaram por diversos períodos adquirindo características marcantes que reverberam nos dias atuais. Nestas, encontram-se razões predominantemente de cunho biológico para tratar de ambos e, muitas vezes, envolvido negativamente quando se fala especificamente sobre a velhice.

De acordo com Castro (2016) envelhecer é um processo complexo e contraditório, construído para além de suas determinações cronológicas e biológicas, que nos acompanha, sem exceção, ao longo da vida. No entanto, existe o estigma e o preconceito baseado na idade que é altamente disseminado em nossas culturas (Bytheway, 2011), e ocasiona diferentes graus de rejeição diante da figura do velho, juntamente com o desejo de livrar-se (Castro, 2016).

“(…) a velhice é censurada como se fosse algo obscuro e vergonhoso, que ele deve permanecer escondido, fora de cena, sem ambição para tal visibilidade. Um estado corporal a ser combatido – ou, como mínimo, astuto disfarçado – por ser moralmente suspeito, portanto, humilhante. Algo indecente que não deveria ser exibido, ao menos, não sem recorrer aos filtros convenientes e aos toques modestos que nossa era inventou” (Sibilia, 2012, pp. 97-98).

Podemos dizer, portanto, que os velhos e velhas são alvo de estigma. O termo estigma, segundo Goffman (1981), foi criado pelos gregos os quais tinham bastante conhecimento de recursos visuais para evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral por meio de sinais corporais. “Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada” (Goffman, 1981, p. 5).

“Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser – incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma

desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real” (Goffman, 1981, p. 6).

Esses termos sobre identidades virtual e real referem-se, respectivamente, as exigências e imputações de caráter feitas pelos “normais” (definido pelo autor como aqueles que estigmatizam), quanto ao que o estranho deveria ser; e a categoria e os atributos que ele, na realidade, possui. Nesse sentido, o conceito de estigma é permeado pela ideia da presença entre estigmatizados e normais, onde a sociedade “estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” (Goffman, 1981, p. 5), caracterizando, assim, o processo de estigmatização em referência a um atributo profundamente depreciativo numa linguagem de relações.

O autor menciona três tipos de estigmas: abominações do corpo; culpas de caráter individual; e estigmas tribais de raça, nação e religião, nas quais se encontram as mesmas características: “um indivíduo que poderia ser facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (Goffman, 1981, p. 7). Já Corrigan (2004 citado por Sousa, 2017) faz uma importante distinção sobre o estigma, ao conceituar estigma público e autoestigma. O estigma público seria quando grupos sociais aceitam estereótipos em relação a um grupo distinto e agem em consequência contra o mesmo; enquanto o autoestigma consiste na perda de autoestima e de autoeficácia consequente da internalização do estigma público. Também identificou processos inerentes ao estigma da saúde mental como os indícios, os estereótipos, o preconceito e a discriminação.

Desde que nascemos envelhecemos, dia após dia passamos por transições nas diversas composições do nosso corpo seja ele em sua fisiologia e na experiência social, psicológica, espiritual que não se deixa de envelhecer. Mas nessa transição há impactos importantes que traz

consigo uma série de circunstâncias desafiadoras a vida. Preconceitos, discriminações, mudanças, expectativas, desencontros, percas e diversas outras condições que a compõe.

Dentre essas concepções que se tem sobre a velhice e o velho, vem consigo enormes prejuízos a vida como um todo. No convívio em família, nos relacionamentos, nas instituições, consigo mesmo diante diversos abalos à saúde mental. Comumente a velhice – ou tudo que se torna velho – é associado a algo ruim ou colocado de lado, seja um objeto em substituição de outro, seja um corpo na procura do novo, mas que nada separa da experiência adquirida com o tempo, do seu uso e do que se viveu. “Tabus e pudores converteram a velhice em um estado corporal vergonhoso” (Sibilia, 2012, p. 83) como sendo algo impedido exibir os avanços da idade que geralmente denotam.

Desse modo, “o envelhecimento passa a ser visto como algo contra o qual se torna imperioso lutar. Rugas, flacidez, marcas senis e outros sinais da senescência devem ser eliminados” (Castro, 2016, p. 85) que, de acordo com Ferraz (2010) recebe, em nossos dias, uma interpretação negativa, aproximável ao patológico.

“O ideário do envelhecer bem associado ao manter-se ativo, bem-disposto – e jovem. No binarismo normativo entre velhos e não-velhos que permeia a construção social da juventude como padrão desejável, os jovens estão associados a atributos como saúde, beleza, sucesso. Para os mais velhos, reservam-se as conotações desagradáveis relacionadas com a deterioração de sua condição física e/ou mental na senescência” (Castro, 2016, p. 86).

Visto que a velhice pode receber a conotação da sabedoria e do legado da tradição e da memória, apesar de que esteja associada com maior frequência ao declínio e as variadas formas de dependência e exclusão social e, considerando-se que a autonomia é um atributo idealizado

como indispensável – assim como há uma concepção de juventude como um atributo a ser preservado em qualquer idade (Debert, 1999) –, a eventual incapacidade de cuidado de si se torna constrangedora para as quais nem sempre há disponibilidade financeira ou emocional, o que contribui para a exclusão dos mais velhos (Castro, 2016).

Entretanto, não bastassem as condições que se firmaram no decorrer da história acerca da saúde, da velhice e da saúde mental, atualmente se encontra em debate classificar velhice como doença. A Classificação Internacional de Doenças (CID), que tem como principal função monitorar a incidência e prevalência de doenças e problemas de saúde pública, fornecendo uma linguagem comum entre os profissionais de saúde a nível global, passará a sua 11ª edição com aproximadamente 55 mil códigos que entrarão em vigor a partir de janeiro de 2022, juntamente com a previsão de incluir a referida classificação.

É com grande preocupação que essa questão se move, devido o preconceito já inserido em torno da velhice, a necessária ampliação de cuidados e atenção à saúde mental, nos quais se torna contraditório ao que é proposto para as próximas décadas acerca do envelhecimento ativo e saudável. Outro ponto contraditório nessa discussão, diz respeito à publicação pela própria OMS, no início de 2021, de relatório que denuncia a discriminação etária e reconhece a lacuna existente acerca dessa questão chamada idadismo (ou ageísmo) e os impactos nocivos que traz a vida das pessoas.

De acordo com a OMS (2021), o idadismo surge quando a idade é usada para categorizar e dividir as pessoas em maneiras que levam a danos, desvantagens e injustiças e corroer a solidariedade entre gerações. As três dimensões do idadismo – estereótipos, preconceito e discriminação – cada um se relaciona com uma faculdade psicológica distinta: pensamentos (estereótipos), sentimentos (preconceitos) e ações ou comportamentos (discriminação), nos

quais apresentam consequências sérias e de longo alcance para a saúde, o bem-estar e os direitos humanos.

Dentre essas consequências incluem-se: aumentar o isolamento social e solidão (ambos associados a sérios problemas de saúde); reduzir a capacidade de expressar sua sexualidade; maior risco de violência e abuso contra pessoas mais velhas, como também, reduzir o comprometimento de outras pessoas diante essa responsabilidade que é coletiva. São poucas as informações sobre o idadismo como um problema importante, bem como é um conceito pouco disseminado, apesar de ser uma problemática difundida globalmente. Em meio a essa questão, a pandemia de Covid-19 também ampliou essas atitudes nocivas, e teve um impacto devastador especialmente nas pessoas mais velhas que têm sido muitas vezes vistas como uniformemente frágeis e vulneráveis.

A escassez de informações e evidências acerca dessa questão interfere no desenvolvimento de estratégias que alcance e sensibilize um maior número de pessoas no combate a qualquer tipo de rejeição. No entanto mudar a forma “como cada um de nós pensa, sente e age para a idade e o envelhecimento – nosso próprio e dos outros – pode nos ajudar a prosperar ou limitar a vidas que levamos e as liberdades que desfrutamos” (OMS, 2021, p. 19), trazendo benefícios infindáveis para a sociedade.

Dissociar o “velho” da obsolescência é uma necessidade, por que assim como acontece com um objeto, também vive a pessoa velha o sentimento frequente da inutilidade que se adquire como um “peso para a sociedade”. Esta, no entanto, pode – e deve – ser vista com naturalidade assim como o processo o é, diferindo, no entanto, em sua “experiência multifacetada, plural” (Castro, 2016, p. 79), reconhecendo e valorizando os múltiplos papéis que as pessoas mais velhas têm na sociedade e a importância de ouvir as vozes de todas as idades (OMS, 2021).

Conforme a OMS (2001) na maior parte do mundo não é atribuído à saúde mental a mesma importância que se tem sobre à saúde física. Em vez disso, são, em geral, ignorados ou negligenciados. Muitos não sabem ou não tem onde recorrer, sendo deixado à maioria a tarefa de resolverem os seus problemas como puderem, tornando-se em vítimas por causa da doença e em alvos de estigma e discriminação.

É crescente e notório o aumento do sofrimento psíquico nos dias atuais. De acordo com Basaglia (2005, p. 202) na estrutura pautada na finalidade da produtividade, “as pessoas adoecem com uma definição que tem um caráter político preciso, no sentido de que a definição de doença serve para manter intactos os valores de norma”. Os recursos sociais e educacionais são escassos em muitas regiões brasileiras, e dentre muitos atingidos, para os mais velhos, designados à decrepitude e inutilidade, associados ao desemprego, baixo nível de instrução e outras carências, não só estão muito difundidas como acusam uma prevalência maior de sofrimento mental (OMS, 2001).

Com o aumento da população de velhos, o agravamento dos problemas sociais e a desproporcionalidade de sofrimento psíquico *versus* cuidado, assim como sofrimento psíquico *versus* políticas públicas, há necessidade de aumentar e melhorar a atenção no campo da à saúde mental, que embora facilmente ignorados, os problemas de saúde mental na velhice são frequentes e podem ser graves e diversos.

Os índices de quadros depressivos e de ansiedade, além do uso indevido de medicamentos são problemas muito prevalentes na velhice, culminando, também, no aumento do número de suicídios entre velhos. Tais problemáticas deixam de ser identificadas ainda mais frequentemente, podendo ser erradamente consideradas como parte do processo de envelhecimento, e a saúde mental não sendo considerada como importante.

A saúde mental, a saúde física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados. Considerá-los separadamente é um obstáculo na compreensão dos problemas, ainda que, num modelo de saúde integrado, a saúde mental emerge como determinante-chave da saúde geral. Muitos dessas questões poderiam ser melhor entendidas, mas a maioria dos países não tem políticas, programas ou serviços preparados para responder tais necessidades, sendo este um estigma duplo e generalizado (OMS, 2001).

Desse modo, é com grande preocupação que estas problemáticas que envolvem a atenção à saúde mental na velhice nos mobiliza a refletir o campo da saúde mental e as políticas atuais em relação aos velhos, além da suma importância de sua participação nos modos de produzir saúde e em demais aspectos que os mesmos possam contribuir na construção de uma maneira mais eficaz ao atendimento de suas necessidades e acolhimento responsável ao sofrimento psíquico presentes na velhice. Assim, como a literatura científica trata o tema no contexto brasileiro e latino-americano? Que questões são destacadas e que temas são discutidos em relação à saúde mental na velhice?

3. Objetivos

Para responder às questões de pesquisa colocadas, propomos uma pesquisa de revisão integrativa com os seguintes objetivos:

Geral

Analisar as principais questões à saúde mental na velhice colocada pela literatura científica no contexto latino-americano

Específicos

Analisar as representações da velhice e envelhecimento em produção científica em saúde mental;

Identificar os principais problemas e demandas de saúde mental na velhice apontados na literatura;

Identificar os pontos críticos relativos ao cuidado em saúde mental na velhice, no que se refere às práticas e abordagens de cuidado.

4. Metodologia

Diante da carência de estudos sobre a saúde mental do velho e da velha no contexto latino-americano, pensamos ser pertinente realizar uma pesquisa sobre a literatura científica na área de modo a orientar as prioridades de estudos a serem desenvolvidos e as políticas e abordagens a serem construídas no campo.

Assim, a presente pesquisa trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Dentre as revisões de literatura esta é a mais ampla, pois permite incluir estudos que adotam diversas metodologias, sejam pesquisas experimentais, não experimentais, dados da literatura teórica e empírica. Por permitir a síntese de múltiplos estudos, possui a capacidade de fornecer uma compreensão mais abrangente sobre determinada temática, gerando, assim, um panorama sobre o assunto, sendo considerada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde ao sintetizar pesquisas e direcionar a prática, fundamentando-se em conhecimento científico (Souza, Silva & Carvalho, 2010). Dessa forma:

“A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados (...). Pontua-se, então, que o impacto da utilização da revisão integrativa se dá não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita” (Souza et al., 2010, pp. 103-104).

Esse tipo de revisão tem o potencial de reunir estudos de diferentes pesquisas sobre uma mesma temática, contribuindo para o aprofundamento relativo ao tema investigado e a sua aplicabilidade na prática. De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008) o propósito inicial deste método é obter a síntese do conhecimento de um determinado assunto com base em estudos anteriores, incluindo a análise de pesquisas relevantes que darão suporte, por exemplo, para a melhoria da prática do cuidado (Mendes et al., 2008), possibilitando apontar desafios neste campo que merecem sua devida atenção. Nesse sentido, constitui-se como uma pesquisa realizada a partir de fontes secundárias, sendo o levantamento bibliográfico uma maneira de iniciar o entendimento acerca da temática.

A revisão integrativa é um trabalho de extrema relevância, já que produz impacto devido ao conhecimento existente sobre a temática pesquisada (Mendes et al., 2008, p. 763). Dessa forma, para a sua apresentação, pretende-se explicitar, detalhadamente, as fases percorridas na elaboração desse trabalho, com o devido esclarecimento das evidências e lacunas encontradas dos resultados obtidos, permitindo ao leitor avaliar a sua pertinência e a aplicabilidade na melhoria do cuidado.

Em relação aos estudos de revisão integrativa no campo da saúde, há especificidades em termos das contribuições que esta metodologia pode trazer:

“Em virtude da quantidade crescente e da quantidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, permitindo a inclusão de métodos diversos” (Souza et al., 2010, p. 102).

Diante disso, pensando na problemática abordada no presente estudo, realizou-se para o levantamento dos artigos na literatura, uma busca nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Red de Revistas Científicas (Redalyc) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram: saúde mental (and velh*) e salud mental (and adultos mayores). Após essa definição, para delimitar o número de resultados, considerou-se as regiões da América Latina e Caribe; e artigos publicados nos idiomas Português e Espanhol. Quanto ao período de publicação foi delimitada leitura científica publicada no cenário nacional e internacional entre 2011 – 2021. Quanto aos critérios de seleção da amostra, devido ao grande número de resultados foram excluídos, a partir da leitura crítica do título e dos resumos de cada um deles, aqueles que não apresentavam qualquer relação com o assunto de pesquisa; que não possuíam texto completo disponível; que não apresentavam a especificidade do usuário na velhice, considerando-se, primordialmente os que apresentavam como tema foco ou de análise a saúde mental de velhos/idosos e estudos realizados em contextos latino-americanos.

Com isso, foi elaborada uma tabela com os estudos pré-selecionados para a revisão integrativa. Esta tabela foi constituída da seguinte forma: apresentação do título, autor, revista,

ano de publicação, região, base de dados inserida e tradução dos resumos. De 1.462 artigos que resultou da seleção, foram selecionados para a sua leitura na íntegra aqueles que apresentavam como foco a atenção à saúde mental na velhice, resultando, após esses critérios, numa amostra de 23 artigos científicos para análise, conforme o quadro abaixo.

Quadro 1 – Características dos estudos selecionados para análise

Estudo	Autores	Ano	País	Tipo de estudo	Idioma
1	E. Torres-Hernández; B. Arias-López;	2019	Colômbia	Revisão de literatura	Espanhol
2	Garritano, Franco; Gastaminza, Florença Aldana	2018	Argentina	Revisão de literatura	Espanhol
3	Garcia, Bruno Nogueira; Moreira, Daiana de Jesus; Oliveira, Pedro Renan Santos de.	2017	Brasil	Estudo qualitativo, de caráter exploratório- descritivo	Português
4	Clemente, Adauto Silva; Loyola Filho, Antônio Ignácio; Firmo, Josélia Oliveira Araújo.	2011	Brasil	Estudo qualitativo	Português
5	Ferreira, Cristiane; Costa, Camila Piva da; Gastaud, Marina.	2017	Brasil	Estudo transversal	Português
6	Agudelo-Suárez, Andrés A; Posada- López, Adriana; Meneses- Gómez, Edwin J.	2015	Colômbia	Estudo transversal	Espanhol
7	Borim, Flávia Silva Arbex; Barros, Marilisa Berti de Azevedo; Botega, Neury José.	2013	Brasil	Estudo transversal	Português
8	Passos Neto, Constantino	2020	Brasil	Estudo documental e quantitativo	Português

	Duarte; Leite, Eliane de Sousa; Martins, Álissan Karine Lima; et al.				
9	Almeida, Graziela Maria Ferraz de; Lazarini, Carlos Alberto; Stefano, Isabel Cristina Aparecida; et al.	2019	Brasil	Estudo quantitativo e retrospectivo	Português
10	Kreuz, Giovana; Franco, Maria Helena Pereira.	2017	Brasil	Revisão de literatura	Português
11	Minayo, Maria Cecília de Souza; Teixeira, Selena Mesquita de Oliveira; Martins, José Clerton de Oliveira.	2016	Brasil	Estudo qualitativo	Português
12	Gutierrez, Denise Machado Duran; Sousa, Amandia Braga Lima; Grubits, Sonia.	2015	Brasil	Estudo qualitativo	Português
13	Conte, Marta; Cruz, Claudia Weyne; Silva, Carla Guimarães da; Castilhos, Nara Regina Moura de; et al.	2015	Brasil	Relato de casos	Português
14	Lampert, Claudia Daiane Trentin; Ferreira, Vinicius Renato Thomé.	2018	Brasil	Estudo de avaliação	Português
15	Marques, Jéssica Freitas Santos; Sá, Samara Cardoso de; Freitas Filho, Walter de; et al	2017	Brasil	Estudo transversal e documental	Português
16	Arango, Doris Cardona; Cardona, Angela Segura; Duque, Maria Garzón; et al.	2016	Colômbia	Estudo transversal, observacional e descritivo	Espanhol
17	Rabelo, Dóris Firmino; Neri, Anita Liberalesso.	2014	Brasil	Revisão de literatura	Português
18	Medeiros, Luciana Fernandes de.	2019	Brasil	Revisão de literatura	Português

19	Zanello, Valeska; Silva, Lívia Campos e; Henderson, Guilherme	2015	Brasil	Estudo qualitativo	Português
20	Zanello, Valeska; Henderson, Guilherme; Silva, Lívia Campos e.	2017	Brasil	Estudo qualitativo	Português
21	Alvarenga, Márcia Regina Martins; Cerchiari, Ednéia Albino Nunes; et al.	2015	Brasil	Estudo qualitativo	Português
22	Resende, Marineira Crosara de; Almeida, Camilla de Puala; Favoreto, Débora; et al.	2011	Brasil	Estudo descritivo	Português
23	Aravena, J. M; Gajardo, J; Saguez, R.	2018	Chile	Estudo descritivo	Espanhol

4.1 Análise dos dados

Por conseguinte, a seleção dos artigos a serem analisados, foi realizada a leitura de cada um deles separadamente e na íntegra. A fim de realizar a categorização das informações, procedeu-se a leitura documentando as informações mais prevalentes nesses estudos, que contribuiu para identificar aspectos importantes para a formulação de categorias temáticas, considerado, este, um conceito que abrange elementos com características comuns que se relaciona entre si para estabelecer classificações (Minayo, 2002), as quais serão trabalhadas, posteriormente.

De acordo com Minayo (2002) a análise e interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa, que apesar de mencionar uma fase distinta com a denominação “análise”, durante a fase de coleta de dados a análise já poderá

estar ocorrendo. Assim, após organização e análise do material, distribuímos os estudos por temática, conforme tabela 1 (apêndice) e chegamos aos seguintes temas para análise e discussão dos estudos: 1. Representações de velhice, envelhecimento e estigmas relativos aos velhos e velhas como problemas relacionados à saúde mental; 2 Perfil de usuários e usuárias, demandas de saúde mental e serviços de saúde mental; 3. Uso de medicamentos e Medicalização da velhice; 4. Suicídio, Luto e os agravamentos à saúde mental; 5. Saúde mental, aspectos socioculturais e fatores associados (gênero, incapacidades, riscos e vulnerabilidades); 6. Práticas e abordagens na atenção à saúde mental.

Neste processo, os estudos selecionados foram detalhadamente analisados, a partir da divisão do material através das categorias de análise, a fim de estabelecer uma compreensão das questões específicas desses artigos, procurando suas semelhanças, oposições, contradições e limitações a partir dos temas identificados.

4.2 Apresentação e discussão dos resultados

4.2.1 Representações de velhice, envelhecimento e estigmas relativos aos velhos e velhas como problemas relacionados à saúde mental

Num estudo realizado na atenção primária à saúde do Ceará acerca das concepções de profissionais das equipes sobre o idoso, foi identificado que os profissionais entendem o idoso como: pessoa acima de 60 anos e com fragilidades de saúde; mais vulnerável às doenças e distúrbios; que possui limitações para organizar sua vida e tendência a problemas de saúde; e que se encontra física e emocionalmente mais fragilizado, desconsiderando o caráter processual do envelhecer ao adotar uma postura generalizante e reducionista a partir de marcadores biológicos, cronológicos e cercado de limitações (Garcia, Moreira & Oliveira, 2017).

Assim como nas representações dos profissionais da saúde (Garcia et al., 2017), os referenciais utilizados entre os velhos é bastante similar quando se trata sobre a saúde, ao associar a dimensão biológica como ausência de dor; a dimensão social como paz, felicidade, vida e trabalho; e o envelhecimento à doenças, perdas e incapacidades, dependência, morte, declínio e limitações físicas no exercício de papéis e funções sociais (Kreuz & Franco, 2017; Marques et al., 2017). O uso de expressões sobre o processo de adoecimento a partir do que a doença significa para si, em relação à explicação médica também foi observado (Kreuz e Franco, 2017; Clemente Filho & Firmo, 2011).

Desse modo, um aspecto a considerar que os estudos apontam é a relação entre as representações sobre velhice e envelhecimento pelos próprios usuários e a busca por serviços de saúde. Conforme Kessler, Agines e Bowen (2015), as representações sobre velhice e o próprio envelhecimento são um aspecto importante em torno do cuidado, especialmente quando este reconhece que a velhice não é sinônima de saúde precária e que não é tarde para buscar potencialidades e mudanças para a própria vida. À medida que a idade é apontada como um fator causal para problemas em decorrência própria do envelhecimento (Clemente et al., 2011), pessoas velhas com representações melhores sobre esse processo são mais propensas a “reconhecer os sintomas psicológicos na velhice como um problema de saúde em oposição a uma parte normal do envelhecimento” vendo “utilidade em buscar ajuda de profissionais de saúde mental” (Kessler et al., 2015, p. 183, tradução nossa).

Assim, ao buscarem os serviços de saúde mental, as pessoas velhas produzem demandas aos serviços e exigem uma atenção às suas questões específicas. Quem são as pessoas velhas que procuram os serviços de saúde mental? Quais os seus problemas e demandas? Como os serviços de saúde atendem essas pessoas? São algumas das questões indicadas pelos estudos encontrados e que deram origem ao segundo tema de discussão.

4.2.2 *Perfil de usuários e usuárias, demandas de saúde mental e serviços de saúde mental na atenção a pessoas velhas*

Alguns estudos apontam a preocupação em traçar um perfil de pessoas velhas usuárias dos serviços de saúde. Dentre esses, o estudo realizado por Ferreira, Costa e Gastaud (2017) acerca do perfil de pessoas velhas que buscam o serviço de psicoterapia, a procura por atendimento é maior por parte das mulheres (79,8%) em relação aos homens (20,2%) (Ferreira et al., 2017). Destes que chegam a psicoterapia, a maior parte que busca atendimento é encaminhado por médicos (26,0%), seguido de iniciativa própria (25%); por problemas depressivos (57,7%), seguido de problemas de ansiedade (21,2%); nunca realizou psicoterapia (74,7%), tratamento psiquiátrico (58,7%) ou neurológico (97,1%). Entretanto, a maior parte já havia utilizado psicofármacos (56,7%) – principalmente antidepressivo e ansiolítico –, nas quais 12,5% relataram internação psiquiátrica prévia (Ferreira et al., 2017).

Em relação ao perfil da população idosa atendida na rede de saúde pública, Marques et al., (2017) realizou um estudo com 112 velhos – com idade entre 60 anos e 92 anos – em quatro serviços de saúde no Rio Grande do Sul, onde verificou-se maior proporção de usuários do sexo feminino (71,43%); níveis de escolaridade com ensino fundamental incompleto (59,82%) e até quatro anos de estudo (56,7%); renda inferior a dois salários mínimos, predominantemente; e a viuvez (38,39%) como ponto relevante de desencadeador de quadros depressivos entre velhos.

Nos referidos estudos realizados por Marques et al. (2017), assim como de Borim, Barros e Botega (2013) há o predomínio, em ambos, de quadros depressivos em mulheres, bem como em pessoas não alfabetizadas ou com baixa escolaridade. A depressão não está diretamente associada com o processo de envelhecimento, no entanto, há determinadas

características que predisõem ao desenvolvimento de sintomas depressivos como o declínio e a modificação dos papéis sociais e familiares, o que pode implicar na desmoralização e em perdas interpessoais, além dos aspectos da desvalorização estética (Marques et al., 2017).

Além destas semelhanças, outros pontos que merecem atenção no tocante a relação entre a depressão e a velhice são: aumento do número de morbidades referidas e pior autoavaliação de saúde, que é uma medida de julgamento subjetivo que cada pessoa faz sobre a sua saúde física e mental; entre aqueles que não trabalham e acima de 80 anos (Borim et al., 2013); ou que vivem sozinhos (Marques et al., 2017), podendo estar associados a solidão vivenciada.

De modo geral, então, no que se refere ao perfil de pessoas velhas atendidas na rede pública de saúde mental, pode-se dizer que os estudos indicam muitas condições de vida precárias e de vulnerabilidade social, problemas socioeconômicos evidentes, e que estabelecem relação com os problemas de saúde mental.

Acerca das demandas em saúde mental na velhice, Garcia et al. (2017) e Lampert e Ferreira (2018) apontam as questões relativas às dificuldades no convívio social e familiar e os chamados “estados depressivos”. Em relação ao primeiro, ambos indicam que o convívio social e familiar na velhice é muito limitado, não havendo espaços de socialização e de lazer. Garcia et al., (2017) afirmam que na percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando a realidade dos territórios, pode haver abandono por parte da família, sendo algumas vezes, a pessoa velha usada como fonte de renda. Além disso, os profissionais entrevistados também identificam conflitos familiares, isolamento e ócio.

Tanto o estudo de Garcia et al. (2017) quanto o de Lampert e Ferreira (2018) referem que as principais demandas de saúde mental nos territórios estudados relacionam-se a estados depressivos caracterizados por experiências de desilusão com a vida, depressão, baixa

autoestima, estados melancólicos, demência, sentimento de tristeza profunda e sensação de ser um fardo para a família.

Dados como esses aparecem em outro estudo realizado no estado do Rio Grande do Norte (Medeiros, 2019), onde foi observado durante visitas domiciliares em um território empobrecido de uma cidade de médio porte, que muitas mulheres velhas tinham recebido o diagnóstico de depressão ou que se diziam deprimidas e estavam tomando antidepressivos e/ou ansiolíticos – prescritos em função do nervosismo comumente denominado “doença dos nervos” –, e outros medicamentos decorrentes de outros problemas de saúde, sem nenhum tipo de acompanhamento a não ser do clínico geral (Medeiros, 2019), de modo semelhante ao apontado pelo estudo de Passos Neto et al. (2020). Na pesquisa potiguar foi constatado ainda que as queixas se relacionam com outros aspectos vivenciados oriundos da precariedade nas condições de vida, falta de perspectivas, situações de violência e dificuldades econômicas (Medeiros, 2019). De modo semelhante, o estudo de Clemente et al. (2011) também demonstrou a tendência em descrever o sofrimento em termos corporais e sua relação com experiências e eventos da vida que, geralmente, são diagnosticadas como Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Medeiros (2019) considera que o TMC pode ser perpassado pelas questões de gênero, papéis sociais, iniquidades e dificuldades do cotidiano, além de que tais queixas “não deveriam fazer parte de nenhuma categoria nosológica, visto que são tentativas das pessoas de expressarem um sofrimento advindo das condições de vida e da existência. Se analisadas à luz do paradigma biomédico, não serão compreendidas em sua totalidade” (Medeiros, 2019, p. 449).

Durante a realização da presente pesquisa, foi notório que são escassos os estudos que abordem as experiências de velhos acerca de suas experiências, condições de vida e de saúde.

Uma exceção é o estudo de Clemente et al. (2011), em um hospital psiquiátrico público, no estado de Minas Gerais – que, em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, passou a constituir-se um Centro de Acolhimento a Crises – onde foram realizadas entrevistas com velhos, buscando elucidar as concepções deles em torno dos transtornos mentais. De treze entrevistas, oito eram homens, cinco mulheres; com idades entre 60 e 83 anos; um analfabeto, outro possuía escolaridade superior e demais ensino fundamental incompleto, com principais diagnósticos transtornos psicóticos, transtornos de humor e demência. Na realização do estudo de Clemente et al. (2011), apesar de reconhecerem estar em um hospital psiquiátrico, a maioria negou a presença de qualquer problema mental, considerando a internação desnecessária e manifestando a preferência pelo tratamento no seu próprio lar. Assim como no estudo de Medeiros (2019), houve também a manifestação de signos que justificariam o sofrimento e a situação vivenciada, dentre os mais comuns: *“ficar acordado, não dormir, dificuldade para dormir ou insônia”*; sensações como *“cabeça ruim/fraca/leve/tonta ou mente ruim/confusa”*; outros de caráter físico como *“fraqueza, corpo fraco/ruim, nervosismo/nervoso, tremura, zozzeira”*; fisiológicos como *“não comer, enjoo, intestino preso”*; psicomotores *“lerdeza/lentidão, desinquietação/falta de sossego”*; subjetivos como *“falta de alegria, tristeza/solidão, arrocho no peito, assustado, sem liberdade*; associados aos transtornos *“ser agressivo, jogar, quebrar, machucar, matar”* e outras experiências como *“escutar vozes, enxergar o que não deve, andar de um lado para o outro, mexer nas coisas dos outros”* (Clemente et al., 2011).

Os referidos signos categorizados em núcleos como *“nervoso”*, *“problema de cabeça”* e *“doidura”* demonstram estreita relação com suas vivências como demonstra o recorte: *“acho que é a vida (...). As dores que a gente passa. As dores de tristeza”*; *“Não era pra eu ter a cabeça boa; porque eu já apanhei tanto na cabeça”*; bem como representações do próprio

processo de envelhecimento: “*A gente que passou de certa idade, (...) vai aparecendo umas macacoa, né?*” (Clemente et al., 2011).

A compreensão e interpretação das próprias experiências de saúde mental pelos idosos e o consequente modo como buscam e usam os serviços de saúde envolve fatores que influenciam, permitindo ou dificultando o cuidado. Isso já era reconhecido na literatura mais antiga e que não entrou na nossa revisão mas que nos ajuda a discutir o tema, como é o caso do estudo de Uchôa e Vidal (1994), segundo o qual:

“Noções como as de saúde e doença, aparentemente simples referem-se, de fato, a fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. A complexidade do objeto, assim definido, transparece na multiplicação de discursos sobre a saúde que coexistem atualmente, cada um privilegiando diferentes fatores e sugerindo estratégias de intervenção e de pesquisa também diversas” (Uchôa & Vidal, 1994, p. 497).

Há poucos estudos que tenham investigado as concepções de idosos frente aos seus problemas de saúde, sobre o seu cuidado e que interprete sua experiência como fizeram Clemente et al. (2011), e que apontem como o estado de saúde é entrelaçado ao modo de vida e ao universo social e cultural da pessoa (Uchôa & Vidal, 1994).

Nesse aspecto, uma perspectiva interpretativa da cultura, no campo da abordagem de saúde e doença, que apresenta importantes desdobramentos, é o entendimento entre “doença processo” e “doença experiência” estabelecida anteriormente por Eisenberg (1997):

“A “doença processo” (*disease*) refere-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas, e a “doença experiência” (*illness*), à experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente. Nessa perspectiva, a experiência da doença

não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Considera-se que ela conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir” (Eisenberg, 1997 citado por Uchôa e Vidal, 1994, p. 500).

Nesse sentido, de acordo com Kleinman (1980 citado por Uchôa e Vidal, 1994) as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um “sistema de cuidados em saúde” construído pela interação de três setores diferentes: profissional, tradicional e popular. O conceito de “modelos explicativos” elaborado por Kleinman (1980) é constituído por noções a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos utilizados, distinguindo “os modelos explicativos” dos profissionais e os “modelos explicativos” utilizados pelos doentes e familiares, permitindo abordar em seus aspectos plural e dinâmico o conjunto de crenças e expectativas sobre uma doença, valores e normas de conduta no campo da saúde.

Em virtude disso, entende-se que a maneira de agir frente aos problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços é construída mediante significados socioculturais (Medeiros, 2019; Clemente et al., 2011). Desse modo, as categorias reconhecidas como “*nervoso, problema de cabeça, doidura*” e “*doença dos nervos*” remetem à própria experiência. É possível observar, também, uma “tendência a desconsiderar a categorização biomédica, flagrante na denegação da presença de transtornos mentais e dos diagnósticos fornecidos por profissionais de saúde” (Clemente et al., 2011, p. 560), demonstrando haver a identificação de signos de sofrimento articulado aos seus próprios conceitos.

Nesta pesquisa de Clemente et al. (2011) foi mencionado o estudo de Tsu e Tofolo (1990) que investigaram as concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas internadas, onde foi possível identificar explicações predominantemente psicossociais, demonstrando que

admitir tal posicionamento poderia tornar o problema pessoal mais leve e suportável, possibilitando nutrir maiores esperanças de saída daquela condição. Nesse contexto, “as concepções organicistas podem ser menos comuns porque, na área mental, estão normalmente associadas às ideias de hereditariedade e defeito. Assim, conotam sempre a ideia de que a loucura é um atributo profundamente enraizado, praticamente essencial” (Tsu & Tofolo, 1990 citado por Clemente et al., 2011, p. 167). Em virtude da situação de vida em que se encontram “não compartilham de concepções segundo as quais existe um limite na possibilidade de compreensão do comportamento humano” (Tsu & Tofolo, 1990 citado por Clemente et al., 2011, p. 162).

“A afirmação da própria autonomia seria um aspecto implícito na negação da existência de transtornos mentais, já que os indivíduos dependentes são considerados um problema social nas comunidades industriais e urbanas, característica que aproxima a velhice e a loucura de outras formas de marginalização. Outra explicação possível é que tal denegação seja uma estratégia para lidar com uma realidade carregada de sofrimento e dificuldades, mantendo afastadas experiências dolorosas e incompreensíveis, e sustentar expectativas de melhora ou cura” (Clemente et al., 2011, p. 562).

Dentre os problemas citados, os transtornos de humor são desordens psiquiátricas em que há alterações de humor e sintomas associados – entre eles o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer – que perduram pelo menos duas semanas. Leva-se em conta, portanto, aspectos psíquicos – como sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa; fisiológicos – como alterações do sono, do apetite e do interesse sexual; e comportamentais – como retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas, entre outros (Porto, 1999).

Segundo Porto (1999) o termo depressão tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo como a tristeza, quanto um sintoma – que inclui transtorno de estresse pós-

traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, e respostas a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas –, uma síndrome – pois, não inclui apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia; alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) – e enquanto doença – transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar I e II etc. – (podendo haver outras classificações a depender da referência utilizada).

Nesse contexto, um dos estudos analisados versou sobre a prevalência de depressão em velhos – de 60 a 86 anos – atendidos em um centro de referência em saúde do idoso, no estado Minas Gerais (Marques et al., 2017). O referido estudo revelou, a partir da análise de 3.362 prontuários, a predominância de atendimento de mulheres (72,4%), e que o transtorno depressivo maior esteve presente em 56,8% das pessoas, atingindo mais mulheres e analfabetos. Ainda segundo Marques et al. (2017), a depressão na mulher vincula-se, sobretudo, a mudanças hormonais, processos patológicos, próprio processo de envelhecimento e modificação dos papéis sociais e familiares que pode implicar perdas interpessoais.

É importante observar que um outro estudo aponta que a incidência de depressão verificada no estudo realizado por Lampert e Ferreira (2018) foi prevalente entre 4,8% e 14,6% em velhos na comunidade, podendo chegar a 22% em velhos institucionalizados. Os autores ressaltam ainda que, na velhice, o quadro depressivo se diferencia de outras faixas etárias, em virtude de circunstâncias específicas da idade como uma “diminuição da resposta emocional, ausência de afeto positivo e predomínio de sintomas, como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, rumações sobre o passado e perda de energia” (Lampert & Ferreira, 2018, p. 206). Com base nessas circunstâncias apontam o risco de suicídio e demências, suscitando maior atenção dos familiares, profissionais de saúde e o fortalecimento de laços sociais.

Um outro aspecto indicado pelos estudos diz respeito a capacidade dos serviços de saúde identificar os problemas de saúde mental, privilegiando outros problemas de saúde. Dois estudos indicaram que, na atenção básica, a identificação desses sintomas ainda é precária, além de que existe o despreparo de profissionais quanto a identificação e atuação sobre essas demandas (Lampert & Ferreira, 2018; Passos Neto et al., 2020).

Diante dessa dificuldade demonstrada nos serviços de saúde quanto às questões de saúde mental para além das necessidades de cuidado físico, um estudo realizado no estado do Ceará em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir das percepções dos profissionais de saúde, foi percebido que estes concebem “saúde mental” em núcleos de sentido como “bem-estar e equilíbrio integral” e como “superação, autonomia e capacidade de administrar a vida” (Garcia et al., 2017). Para exemplificar, esse primeiro núcleo de sentido é indicado conforme as expressões: *“é o estado de bem-estar onde o indivíduo realiza suas capacidades através de um equilíbrio emocional e social”*. No segundo núcleo, tem-se: *“(...) é a forma que o indivíduo tem de vivenciar situações, entendendo os contextos envolvidos e superando”*; *“É a capacidade de conseguir viver superando obstáculos que aparecem (...) é a superação, é autonomia”*; numa visão da saúde mental que resgata o caráter social do conceito e uma capacidade transformadora de uma realidade (Garcia et al., 2017).

Por sua vez, no estudo de Passos Neto et al. (2020), foi constatado que há uma baixa apropriação dos profissionais da atenção primária dos problemas de saúde mental e baixa adesão dos usuários às iniciativas relativas à saúde mental do idoso no território. Além disso, o estudo faz referência às dificuldades encontradas pelos profissionais para a realização de ações em Saúde Mental do Idoso em nível de Atenção Primária a Saúde (APS), como demonstrado pelos relatos: *“A equipe da UBS passa todo caso de Saúde Mental para o CAPS” – Centro de Atenção Psicossocial*; *“A dificuldade é a mobilização, a comunidade não adere a atividades*

grupais.”; “A lógica é o encaminhamento, isso dificulta; os profissionais são desmotivados.”; “A maior dificuldade são os vínculos comunitários frágeis, não há sentimento de pertencimento nos usuários.”; “A equipe não vê a importância em cuidar da saúde mental do idoso” (Passos Neto et al., 2020).

Ainda no estudo de Passos Neto et al. (2020), são identificadas também a predominância de práticas medicalizantes e dificuldades quanto à implementação de ações, mas aponta o que os profissionais consideram importante no intuito de fomentar ações em Saúde Mental do Idoso na APS: *“Uma estratégia seria identificar esses idosos e organizar fluxo para eles”;* *“Parcerias na rede são muito importantes, com o CAPS, CRAS e CREAS”;* *“Realizar ações intersetoriais e parcerias com instituições formais e informais”;* *“Qualificação profissional constante para essa temática é fundamental”*, devendo ser fortalecida a organização interna e a devida articulação em rede.

O estudo de Conte, Cruz, Silva, Castilhos e Nicolella (2015) discute as formas de atendimento e acesso aos serviços em situações que demanda acolhimento e atenção dos profissionais de saúde da família, principalmente, em períodos de crise e diante tentativas de suicídio em serviço público no Rio Grande do Sul. Seis entrevistados, sendo três usuários – com idades de 66, 64 e 82 anos; uma mulher e dois homens – e três profissionais da saúde.

No relato primeiro, após apresentar sintomas depressivos e buscar atendimento em um ambulatório de um hospital geral, o usuário queixou-se do número de participantes de um grupo terapêutico e da troca frequente de profissionais, repercutindo no abandono do tratamento e na tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa.

Já no segundo relato, a descoberta de uma condição de saúde agravante na família e a carga de responsabilidade do cuidado integral, acentuou o cansaço emocional que resultou na

primeira tentativa de suicídio: *“Eu me senti esgotado. Estava chovendo. Tomei um monte de medicação. Me senti sozinho e com medo”*. Além desses fatores, a internação de sua companheira em uma clínica geriátrica, as dificuldades econômicas e o diagnóstico de transtorno de personalidade produziram efeito iatrogênico na relação familiar. Como agravante dessa situação, o vínculo estabelecido com o serviço de saúde é apenas para renovação de receita da medicação.

Por último, relatada a necessidade de apoio financeiro e a dependência de álcool e cigarro, um dos usuários não se enquadrava nos critérios adotados pelo CAPSad de “abstinência do álcool”: *“Se eu tiver que parar com o trago, eu não vou me tratar. Antidepressivo e bebida não combinam”*. No dia anterior à tentativa de suicídio, a busca por atendimento no serviço não foi suficiente para equipe identificar a situação de crise.

Ainda segundo este estudo, os serviços de saúde, mostram-se pautados no modelo de atenção biomédico, a “ênfase no diagnóstico nosográfico e as orientações à família dele decorrentes produziram efeitos iatrogênicos, pois estimularam o julgamento moral. Os sintomas dos idosos foram considerados uma forma de chamar atenção” (Conte et al., 2015, p. 1745). Essas informações foram ratificadas pelos profissionais de saúde que descrevem dificuldades no atendimento relativo à saúde mental – mesmo que para escuta e acolhimento – como: medo de perguntar sobre a ideação suicida e ter que arcar com a responsabilidade sem retaguarda da rede; medicamentos indisponíveis no SUS; associações distorcidas das manifestações dos sintomas à senilidade; etc (Conte et al., 2015).

Demais leituras durante a pesquisa indicaram que pessoas mais velhas subutilizam os serviços de saúde mental em relação aos demais públicos (Kessler et al., 2015; Byers, Arean & Yaffe, 2012), sugerindo que a utilização dos serviços varia entre as faixas etárias, como também, naqueles com baixo nível educacional, condição essa fortemente associada ao uso

mínimo e limitado de serviços (Volkert et al., 2018). Sobre esse aspecto Andersen's (1995) postula que o uso de serviços de saúde acontece em função de alguns fatores:

“(1) Predisposição para o uso de serviços, incluindo características demográficas e atitudes, valores e conhecimento dos indivíduos sobre saúde e serviços de saúde que podem impactar suas percepções de necessidade e uso de serviços de saúde; (2) Fatores pessoais e de nível de sistema que permitem ou impedem o uso, incluindo apoio social, renda, cobertura de seguro, disponibilidade e acessibilidade de serviços, transporte para tratamento e tempo de espera; e (3) Necessidade de tratamento percebida pelos indivíduos, que tende a ser mais importante do que fatores predisponentes e facilitadores” (Andersen's, 1995 citado por Choi, DiNitto & Marti, 2014, p. 114).

Diante dessa menor utilização dos serviços concorre uma diversidade de fatores que podem estar relacionadas ao estigma associado à saúde mental, bem como a necessidade de suporte social. É possível verificar que velhos que reconheceram a necessidade de cuidado em saúde mental, mas não buscaram ajuda, podem não saber onde ou como encontrar, além de que, podem ser menos capazes de perceber o adoecimento psíquico, naturalizando-o como parte do envelhecimento (Clemente et al., 2011).

Dessa forma, Stewart, Jameson e Curtin (2015) apontam que o estigma pode ser uma barreira especialmente saliente para os velhos, em que alguns se mostram relutantes em discutir suas questões, expressar seus sentimentos e buscar apoio como meio de proteger-se ou como forma de enfrentar o sofrimento vivido em razão das suas crenças e de sua religiosidade (Clemente et al., 2011).

Além disso, velhos com problemas de saúde mental apresentam maiores taxas de consultas médicas primárias e de hospitalização, mas sem que haja investigação, identificação,

tratamento e cuidado adequado, levando a presumir uma situação de desassistência, possivelmente agravada pela escassez de políticas de saúde e de formação profissional voltada para a atenção à saúde mental na velhice (Clemente et al., 2011).

Importante destacar também outro estudo realizado com 406 adultos e idosos – com idade acima de 50 anos – usuários de Centros de Convivência no estado de Minas Gerais. Entre a população estudada houve indicativo de uma melhor saúde mental e menor percentual de depressão – 70% de ausência de depressão e 30% de depressão moderada ou grave – o que pode ser indicativo de que a participação em atividades e a interação social contribuem para esse resultado (Resende et al., 2011). Além disso, este estudo apresenta dados que corroboram com os demais achados de relatos de mulheres com mais sintomas físicos e de ansiedade do que os homens.

Mostra-se, portanto, fundamental refletir quanto às formas tradicionais de trabalho, ampliando as alternativas de cuidado com olhar mais sensível à experiência do sofrimento, em suas especificidades relativas à gênero e ao desenvolvimento, para “não cairmos numa análise reducionista do fenômeno do envelhecimento em que muitos consideram apenas o aspecto biológico e se descuidam da questão da construção histórica e social da velhice” (Pontarolo & Oliveira, 2008, p. 117).

Entendemos que “não temos somente uma velhice, mas a velhice que o tempo de cada um faz” (Mendonça, Carvalho, Vieira & Adorno, 2008, p. 96), que se processa de maneira desigual e diferenciada, resultado de fatores historicamente ancorados e socialmente construídos que conferem aos velhos *status* diversos na sociedade (Berzins, 2020).

O processo de envelhecimento traz em seu bojo uma contradição que, de um lado decorre de conquistas médico-sanitárias como principais responsáveis pelo alcance maior da

expectativa de vida e desejada pelos nossos antecedentes. Por outro, chegar à velhice trouxe consigo as dificuldades de viver dignamente diante as condições que a sociedade impõe, além das dificuldades físicas, psíquicas e sociais e culturais decorrentes do envelhecimento, sendo relegados a planos secundários na sociedade em geral (Goldman, 2020).

“Essa contradição é agravada por fatores culturais que idolatram o moderno, o novo, o jovem e ridicularizam o antigo e o velho. Assim, o idoso se depara com problemas de rejeição da auto-imagem e tende a assumir como verdadeiros os valores da sociedade que o marginaliza. Dessa forma, a marginalização do idoso se processa ao nível social e é muitas vezes assumida pelo próprio idoso que, não tendo condições de superar as dificuldades naturais do envelhecimento, se deixa conduzir por padrões preconceituosos que o coloca à margem da sociedade” (Goldman, 2020, p. 302).

Nesse sentido, encontram-se enraizados preconceitos e estigmas, que dentre os padrões da nossa sociedade exclui os velhos, silencia e desconsidera as suas experiências e que, inevitavelmente, repercute no estabelecimento de políticas, ações e práticas com centralidade nos aspectos biológicos na compreensão dos problemas de saúde mental com a predominância do paradigma biomédico na atenção à saúde, resultando em processos de medicalização da vida, o que nos conduz a mais um tema de análise.

4.2.3 Uso de medicamentos e medicalização na velhice

Um ponto bastante pertinente e presente nos estudos analisados, é que na população velha os problemas psíquicos em geral são, na maioria das vezes, tratados com o uso de psicofármacos – substâncias químicas que agem sobre situações psicológicas, modificando o estado mental e incluem as classes dos antidepressivos, alucinógenos, ansiolíticos e

antipsicóticos (Almeida et al., 2019). Entre os medicamentos mais prescritos estão os benzodiazepínicos (BDZs), que são medicamentos com atividade ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular indicados, principalmente, para tratamento dos transtornos de ansiedade, insônia e adotados, também, como uma opção adjunta aos antidepressivos com o objetivo de atenuar os sintomas e reações adversas (Faria et al., 2019).

Os estudos analisados aproximam-se de achados de outras regiões do mundo segundo os quais na população idosa a intervenção em saúde mental está frequentemente baseada no uso de medicamentos (Volkert et al., 2018), como medida privilegiada pela maioria para tratar de seus problemas e que idosos são significativamente mais propensos a receber prescrição de medicamentos (Silveira, Mancussi & Faro, 2008; Volkert et al., 2018). No entanto, há atitudes ambivalentes com relação a isso, por exemplo: dúvidas que podem ser quanto à eficácia, bem como de desconfiança quanto ao modo como são preconizados pelos profissionais de saúde (Volkert et al., 2018). Manifesta-se, também, temor em virtude dos efeitos adversos que estes podem provocar, bem como, sugere que o uso é mantido sob outras influências familiares ou institucionais ou mesmo pela falta de continuidade de cuidados em saúde mental.

Estima-se que os benzodiazepínicos estejam elencados entre os medicamentos mais prescritos nos países ocidentais, sendo responsáveis por quase 50% do consumo de psicofármacos. Além disso, somente a partir de 1989, no Brasil, passou-se a se controlar o consumo e prescrição de psicofármacos mediante apresentação e retenção de notificação de receita para sua dispensação, momento em que se viu o potencial de seu uso, sua nocividade e a capacidade de causar dependência (Azevedo, 2014). Verifica-se que o incremento de consumo, no entanto, proporciona o uso inadequado e abusivo, apresentando-se um risco a sua utilização, principalmente, entre os mais velhos devido a interação com múltiplos medicamentos – a polifarmácia – e constitui um dos principais fatores de risco para iatrogenia,

decorrente “da intervenção médica, correta ou não e justificada ou não, da qual resultam consequências prejudiciais” (Canineu et al., 2006, p. 95).

Achados semelhantes foram encontrados em um outro estudo realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde no estado do Ceará, mediante análise de 184 prontuários, mostrou que a idade é um fator importante para o uso de psicofármacos, onde os mais velhos apresentam alta taxa de consumo – com motivo principal para prescrição a insônia –, apesar dos riscos reconhecidamente associados como declínio cognitivo, demência e quedas sendo essa, conforme a OMS (2016), considerada a segunda causa de morte acidental no mundo, com aproximadamente 646.000 quedas por ano e maior número de óbitos entre os mais velhos. Nesses serviços, identificou-se maior prevalência de usuárias mulheres (67,9%) em relação aos homens (32,1%) – com idade variando de 60 e 85 anos – e, predominantemente, analfabetos (Passos Neto et al., 2020). Esses dados reforçam conclusões de outros estudos que apontam taxas mais elevadas de prescrição e consumo entre mulheres idosas (Mendes, 2013; Oliveira et al, 2021).

A baixa escolaridade, bem como a o baixo nível socioeconômico representam também uma dificuldade para conhecer e assimilar informações relativas aos cuidados com a saúde, podendo exercer influência negativa sobre o uso inadequado, efeitos adversos e, conseqüentemente, dependência (Passos Neto et al., 2020; Borim et al., 2013). Nesse contexto, foi perceptível a dificuldade dos profissionais diante das demandas de saúde mental, na adequação das dosagens dos medicamentos e acompanhamento do tratamento, podendo ser considerado que haja poucos médicos psiquiatras na atenção básica, já que a maioria das prescrições é feita pelo clínico geral (Passos Neto et al., 2020), ressaltando a necessidade de maiores ações com foco em saúde mental.

Mais um achado que analisou as condutas adotadas tanto no SUS – entre oito unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) –, quanto com usuários de Planos de Saúde Suplementar (PSS) – com ênfase nos aspectos relacionados à saúde mental, no estado de São Paulo, detectou entre usuários do PSS, predomínio de mulheres, faixa etária entre 80 ou mais, classes B e D e escolaridade acima de quatro anos. Já entre usuários do SUS, a faixa etária variou de 60 a 69 anos, classe econômica C e escolaridade de até quatro anos (Almeida et al., 2019). Destes, 95 (39,7%) entrevistados daqueles que utilizam o PSS e 36 (31,6%) usuários do SUS fazem uso de psicofármacos, sendo que os usuários do PSS utilizam em maior quantidade e mais ansiolíticos quando comparados aos usuários do SUS. No SUS, entre os medicamentos, há menor diversidade na prescrição, podendo estar associada à disponibilidade de medicamentos no serviço público e de menor custo, enquanto no PSS são prescritos medicamentos mais modernos e com menor risco de efeitos indesejáveis e adversos. Diferenças expressivas de escolaridade foram observadas entre usuários com acesso ao PSS, uma vez que 18% deles possuem ensino superior e 19% ensino médio (Almeida et al., 2019).

“O contexto que envolve o uso de psicofármacos por idosos reveste-se de grande complexidade e remete a reflexões quanto aos modelos de atenção à saúde que os idosos utilizam, visto que, eles podem ser atendidos tanto pela Atenção Básica a Saúde, enquanto porta de entrada para os diferentes níveis de atenção oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo inicialmente uma atenção generalista, assim como, podem contar com o Plano de Saúde Suplementar (PSS), que oferece maior flexibilidade para o acesso a serviços específicos, como é o caso do atendimento por especialistas” (Almeida et al., 2019, p. 114).

Nesse mesmo contexto, sobre o uso de medicamentos por velhos que utilizam o PSS, foi revelado que 97,1% utilizavam algum medicamento – uma média de 5,8

medicamentos/idoso; 11,7% utilizavam medicamento inapropriados e 51,0% deles apresentavam média adesão aos medicamentos, que sugere um modelo de atenção pautado no tratamento de doenças e na farmacoterapia, mesmo apresentando maior escolaridade e poder aquisitivo (Almeida et al., 2019).

Além disso, os medicamentos também foram a medida privilegiada para tratar dos problemas. No entanto, foram observadas atitudes ambivalentes entre os entrevistados quanto a conduta medicamentosa e à internação, ao revelar, respectivamente: dúvidas quanto à eficácia; desconfianças na sua prescrição e resistência devido os efeitos colaterais que são, principalmente, mantidos “sob outras influências, como para satisfazer familiares ou às normas institucionais” (Clemente et al., 2011, p. 559) e em relação a internação: por discordar da indicação e desconhecer os motivos que o levaram àquela condição (Clemente et al., 2011).

Esses estudos corroboram, também, com os achados de Passos Neto et al. (2020) anteriormente citados em que o cuidado à saúde mental de idosos é feita uma abordagem focada na dimensão ambulatorial e medicalizante, como vias preferenciais de cuidado, que vai de encontro à noção de saúde e envelhecimento que reduz/reifica o sujeito a um *status* biológico (Garcia et al., 2017), eleva o risco de polifarmácia e da “cascata iatrogênica” (Secoli, 2010) e se apresenta de modo incoerente com a PNSPI, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e princípios do SUS ao minimizar a importância da autonomia do usuário na construção do cuidado.

Nesse aspecto, Secoli (2010) aponta que o uso de medicamentos se constitui uma epidemia entre velhos.

“Cuja ocorrência tem como cenário o aumento exponencial da prevalência de doenças crônicas e das sequelas que acompanham o avançar da idade, o poder da indústria

farmacêutica e do marketing dos medicamentos e medicalização presente na formação de parte expressiva dos profissionais da saúde” (Secoli, 2010, p. 137).

Estes dados são reforçados também por estudos como o de Medeiros (2019) que foi realizado no rio Grande do Norte e em que a questão do uso indiscriminado de medicamentos psiquiátricos em mulheres na atenção primária em saúde é apontado como dado relevante. Ainda de acordo com a autora, numa das visitas “a senhora em questão, 75 anos, relatou não conseguir andar nem desenvolver suas atividades domésticas em função de sua doença. Embora não houvesse diagnóstico de doenças crônicas, ela tomava antidepressivo todos os dias” (Medeiros, 2019, p. 452).

Nota-se, consideravelmente, maior utilização de psicofármacos como forma de tratamento de problemas de saúde mental. Dentre as razões, encontra-se a ampliação das indicações, decorrente da medicalização da sociedade, do aparecimento de novos fármacos e da intervenção mais imediata em detrimento de outras possibilidades (Prado, Francisco & Barros, 2017) “o que corrobora ainda mais para a visão de sujeito puramente biológica e retira a subjetividade do mesmo” (Andrade & Calazans, 2014, p. 66).

Essa intervenção é importante, na medida em que dispõe de meios para atenuar situações de sofrimento, mas não deixa de ser menos importante a ampliação do cuidado com demais áreas e meios de cuidar e tratar como a interface com a psicoterapia e outras estratégias de cuidado e reinserção social. Além disso, torna-se preocupante o crescente acesso da população aos medicamentos, em virtude do uso não racional de medicamentos e pelo fato de que os psicofármacos podem resgatar o potencial funcional após a estabilização de determinado quadro clínico, mas a longo prazo pode trazer novos problemas de saúde (Prado, Francisco & Barros, 2017).

O uso abusivo da intervenção medicamentosa pode refletir o despreparo da rede de atenção à saúde mental, nos quais alguns medicamentos tornaram-se uma “muleta para a cura de males causados pelas diversidades psicossociais, falta de suporte e de acesso a serviços adequados” (Wagner, 2015, p. 4). A questão da polifarmácia também é complexa, pois envolve desde a produção, regulação, sistemas de saúde e dispensação (Wagner, 2015), sendo muito comum entre os mais velhos disporem de uma variedade de medicamentos e, conseqüentemente, o risco aumentado de efeitos adversos.

Outra problemática, refere-se aos fatores relacionados a não adesão ao tratamento que também diz respeito ao consumo elevado e uso prolongado, desaparecimento dos sintomas, desconhecimento sobre os medicamentos, alto custo das medicações, além de outras características como baixa instrução e condições socioeconômicas (Cintra, Guariento & Miyasaki, 2015). Salienta-se, portanto, a análise do estado clínico geral e, em situações em que os mesmos não possam ser evitados, que sejam minimizadas as interações medicamentosas, percebendo as respostas com o monitoramento constante, bem como a prevenção de internação desnecessária (Nóbrega & Karnikowski, 2004).

4.2.4 Suicídio, luto e agravamentos à saúde mental

Alguns dos estudos analisados apontam o suicídio como problema relacionado diretamente às questões de saúde mental na velhice, sejam eles associados ou não a quadros depressivos. Além disso, encontramos estudos que indicam questões relativas ao luto e à solidão como fenômenos importantes. Todos estes fenômenos relativos à saúde mental de velhos e velhas podem ter sido agravados pelo cenário pandêmico, o que estudos mais recentes apontam

e, ainda que não tenham entrado no escopo desta revisão integrativa, serão discutidos em relação aos analisados, dada a relevância e atualidade do tema.

Diante o atual contexto de pandemia, importantes transformações ocorreram de maneira a configurar mudanças significativas na vida das pessoas no decorrer desse processo, tornando evidente o enfrentamento a situações difíceis na forma de esgotamento, ansiedade e depressão. Ao mesmo tempo em que a classe mais vulnerável – de velhos – requer atenção, além das especificidades que apresentam nessa fase da vida às questões relativas à saúde mental.

Em virtude disso, pensando nas dimensões política e social que apontam a atual pandemia, alguns efeitos podem ser experimentados ora de imediato, mas também em longo prazo com consequências duradouras à saúde mental, cabendo dialogar não só números apresentados em boletins e dados epidemiológicos, mas também questões que podem influenciar o sofrimento psicossocial. Experiências como essa originam situações conflituosas de abalo psíquico e social, desde um estresse e sentimentos de angústia a outros fenômenos, particularmente complexos, como o suicídio. O tédio, por sua vez, – visto como um sintoma sociopsicológico – aparece como forte potencializador do suicídio (Minayo, Teixeira & Martins, 2016) especialmente na velhice, o que pode ter se agravado com o isolamento social imposto pela pandemia.

Por esta razão, constata-se que ao mesmo tempo em que se vive a emergência de saúde pública em decorrência da pandemia, encontra-se este fenômeno do suicídio, também, como um desafio público e coletivo acentuado em tempos de COVID-19.

Posto isso, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos. A cada adulto que se suicida, ao menos outros 20 atentam contra a própria vida, sendo a tentativa prévia o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral (OMS, 2021). No entanto,

estima-se que apenas um em cada três casos de tentativa de suicídio chega aos serviços de saúde (Brasil, 2020).

No que concerne esse fenômeno, há um *continuum* de autoagressões que envolvem ideação, ameaças, tentativas, sendo o suicídio um de seus desfechos, o mais grave, o mais crítico e o mais identificado na área da saúde (OMS, 2014). Sejam riscos associados ao sistema de saúde como: dificuldade no acesso aos cuidados; atendimento ineficaz; fácil disponibilidade de meios para efetivação do ato; informações inadequadas da mídia etc.; riscos ligados à comunidade e aos relacionamentos que podem incluir: guerras e desastres, tensões de aculturação, discriminação, sensação de isolamento, abuso, violência e relações conflitantes; e a nível individual, tentativas anteriores de suicídio, transtornos mentais, dor crônica, perda financeira, uso prejudicial de álcool e histórico familiar de suicídio são os mais presentes (OMS, 2014).

De acordo com o clássico estudo de Durkheim (2000, p. 12) “as causas de morte situam-se fora de nós muito mais do que em nós”. Ou seja, trata-se da relação sobre a qual fenômenos individuais respondem as causas sociais. Conforme o autor, o suicídio resulta da intencionalidade do sujeito, mas é influenciado, incisivamente, por fatores sociais. Desse modo “chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (Durkheim, 2000, p. 14), sendo a tentativa o ato assim definido, mas interrompido antes que ele resulte a morte. Em conformidade com esse pensamento “compreende-se o ato suicida como decisão pessoal permeada pela interpretação dos aspectos psicossociais vivenciados pelo indivíduo. Cada sujeito está em interação intensa com outros membros da família e com a sociedade” (Sousa, Silva, Figueiredo, Minayo & Vieira, 2014, p. 389).

Num dos estudos realizados no Chile quanto as características de saúde mental de velhos no país, especificamente em relação aos sintomas depressivos, suicídio e utilização dos serviços de saúde, observaram-se que o grupo etário que apresenta as maiores taxas de suicídio está entre os mais velhos – acima de 80 anos – de forma mais significativa nos homens; e a maior frequência de utilização de serviços entre mulheres (Aravena, Gajardo & Saguez, 2018). Nesse estudo foi identificado que os homens mais velhos, apesar de constituírem o grupo com maior taxa de suicídio, são os que menos relatam sintomas depressivos, ideação e tentativas de suicídio, e menos participativos nas ações disponíveis na atenção primária à saúde. Além disso, podem ser mais propensos a apresentar sintomas como irritabilidade, estresse ou apatia com maior frequência, ao invés de tristeza (Aravena et al., 2018).

Um estudo realizado por Minayo, Teixeira e Martins (2016, p. 39) expõe fragmentos de uma entrevista com uma pessoa velha em “cujo passado de sofrimento e precárias condições de vida se projetam no presente sem deixar uma janela aberta ao futuro, a não ser sua vontade de morrer”. Velho, analfabeto, diagnosticado com depressão – atribuído por duas profissionais da saúde por recorrente desmotivação para viver, agravada com a viuvez, e duas tentativas de suicídio – que, segundo ele, foi motivado principalmente pela solidão, sensação de impotência frente à deficiência visual ocasionada pelo diabetes, ausência e rejeição da família – aumentada após as tentativas –, isolamento e não ver sentido na vida. Foram relatadas expressões como: *“Eu senti um aperto muito forte no coração”*; *“Eu desejei morrer muitas vezes”*; *“A fé me ajuda, mas a tristeza e a vontade de morrer não passam”*. O estudo aponta como apesar dos importantes problemas de saúde mental, o mesmo nunca utilizou os serviços dos CAPS e nunca ouviu falar sobre eles. Relatou também que a institucionalização em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) potencializou o sofrimento pela escassez de afeto, pois “apenas recebeu os cuidados essenciais para manter-se vivo e uma assistência automatizada, sentindo-se, por isso,

abandonado e negligenciado” (Minayo et al., 2016, p. 43). Esses achados, somam-se ao fato de que há maior incidência da depressão em velhos institucionalizados, indicando claros problemas na atenção à saúde por instituições de asilamento (Lampert & Ferreira (2016), o que nos faz pensar que a institucionalização de pessoas velhas precisam entrar na pauta da reforma psiquiátrica de modo mais enfático e evidente, de modo que processos de desinstitucionalização considerem também as longas internações em instituições para velhos e velhas que, não raro, também reproduzem a lógica manicomial, violações de direitos humanos e produzem agravamentos à saúde mental de idosos (Poltronieri, Souza & Ribeiro, 2019).

Em outra pesquisa acerca de vivências subjetivas de um grupo de velhos com ideação suicida, realizada por Guiterrez, Sousa e Grubits (2015), dentre 57 casos, em cinco regiões do país – com idades entre 60 e 69 anos – foi registrado prevalência de mulheres (57,89%); e escolaridade de um a quatro anos. As categorias que emergiram nas falas, entre homens e mulheres, que tentaram suicídio ou tem ideação persistente foram: (1) o não lugar do sujeito; (2) não aceitação das perdas; (3) sofrimento pela ingratidão dos familiares; (4) sensação de inutilidade existencial; e (5) ressignificação das situações que geram as condutas suicidas.

No tocante a primeira categoria, a perda da capacidade de prover a família de cuidado ou financeiramente foi sentida como estar “deslocado”, sem papel, ocupando um lugar que não gostariam de estar ou não se sentem acolhidos. Numa dessas expressões: *“Só desgosto da vida! Minha participação é só como gente viva mesmo, porque eu não faço nada, tenho uma vida vazia”*. De modo semelhantes, pessoas entrevistadas por Minayo et al. (2016) apresentam falas semelhantes tais como: *“Está com muito tempo em minha vida que eu não faço nada. Eu tenho muitos anos que não saio desse quarto. Uma vida dessas é muito dolorosa e devagar. Fico abatido por isso. O tempo eu não ocupo não, eu não trabalho, tudo que eu preciso para continuar vivo vem aqui para dentro desse quarto, comida e água. Eu fico parado só esperando*

a hora passar. (...) Eu não tenho nenhuma alegria nessa vida. Nem enxergar mais as coisas eu posso. E depois que fiquei velho, aí tudo ficou pior. Sou uma pessoa triste e sozinha, não tenho vontade alguma de viver. Uma vida assim não tem sentido, não tem valor para nada” (Minayo et al., 2016, p. 41). É notório, portanto, a ausência familiar, de afeto, de um tempo de conversa como se vê aqui também: *“Era só solidão mesmo, me botava em todo lugar, saia para fazer curso, hidroginástica, e a tristeza era o tempo todo”* (Guterrez et al., 2015, p. 1734), que demonstra a visão preconceituosa da sociedade, da própria família e que é internalizada pelos mesmos, enquanto alguém problemático, inútil, que só incomoda e não tem lugar.

Quanto a segunda e terceira categoria foi evidenciada o processo de perdas, faltas ou ausências que o velho vivencia, sendo que a questão afetiva é sempre muito presente enquanto uma ferida aberta, dolorosa, latejante e irreparável (Guterrez et al., 2015; Minayo et al., 2016; Kreuz e Franco, 2017), conforme esses trechos: *“Perdi meu segundo filho. Único que era meu camarada, meu companheiro, meu amigo. Jamais estaria aqui se ele estivesse vivo. Ele tinha orgulho de eu ser pai dele. Senti como se tivesse perdido uma parte do meu corpo”* (Guterrez et al., 2015, p. 1735). E este relato: *“Minha vida mesmo foi só sofrimento. Primeiro perdi meus pais, que eram os únicos que se importavam comigo. Depois que eles morrem, as outras pessoas da minha família passaram a me desprezar, a ter vergonha de mim”* (Minayo et al., 2016, pp. 40-41).

Na quarta categoria, quando interrogados sobre suas fontes de apoio: *“Só eu e Deus”*; o sentimento de inutilidade também é prevalente: *“A gente vai ficando velho (...) aí que os novos vão se distanciando (...) agora a juventude de vocês vai passar e vocês vão chegar onde estou”*, assim como o sentimento de desvalorização *“É como esse copo aqui, não serve mais para nada”* (Guterrez et al., 2015, p. 1737) num processo de perdas diante a sociedade, da própria família, que não oferece espaço nem lugar para o velho. Na última categoria foram

manifestados desejos e iniciativas: *“Esse projeto que eu estou pensando em implantar aqui espero criar oportunidades (...) Lugares como o abrigo devem existir, mas devem ser muito melhores: um lugar onde você deve sentir prazer de estar, se sentir bem”* (Guterrez et al., 2015, p. 1738).

Ainda no que tange à institucionalização de idosos, e dentre poucos achados que trazem a experiência de idosos, um estudo realizado com idosos institucionalizados no estado de Santa Catarina, revelou um pouco mais sobre o processo de viver a velhice em uma ILPI. Em relação às condições que fizeram chegar até lá, a instabilidade econômica e a dependência física, que muitas vezes requer um pouco mais de atenção e suporte familiar, mas que nem sempre contribui para isso, tornou a institucionalização um meio de saída.

Foi identificado nesse cenário o rompimento dos laços familiares e de outras relações constituídas ao longo de sua vida, e que problemas familiares como a falta de tempo, brigas, abandono, despreparo no cuidado, enfermidades crônicas, quadros depressivos entre outros, foram motivos da institucionalização (Alcântara, 2004 e Davim et al., citado por Ferreti, Soccol, Albrecht e Ferraz, 2014).

Segundo Ferreti et al. (2014, p. 429) “o idoso ao ser institucionalizado convive com uma mudança significativa em sua vida no que se refere à rede de apoio, que não será a mesma, bem como quanto à rotina de atividades que desempenhava no dia-a-dia”. Isso contribui para mais um aspecto evidenciado quanto ao viver sem autonomia, dependente e com privação da liberdade. As ILPIs, por um lado, desempenham um papel de acolher essa demanda/necessidade reflexo de uma série de ausências nas instituições familiares e do próprio Estado, e por outro lado, também possui suas normas acentuando o afastamento da vida e da sua história como um todo.

Outro aspecto identificado no estudo Ferreti et al., (2014) e que vai de encontro às condições apresentadas, refere-se ao acesso a serviços e cuidados de saúde. Já que na ausência do suporte familiar, a ILPI, em algumas situações, se configura como um meio de propiciar cuidados básicos – como roupa, comida, medicamento e outras atividades diárias –, sendo aspecto de valoração e criação de vínculo diante tantas percas já vividas.

Dessa forma o processo de institucionalização é atravessado por diversas questões desde o que contribuiu para este processo, até as mudanças que ocorrem na vida após passar a viver institucionalizado.

“Os idosos percebem a instituição como um local que proporciona um ambiente seguro e apoio social à saúde, algo que pode lhes ser negado fora da instituição. No entanto é importante perceber que o processo vivenciado por alguns idosos, que passam a residir em Instituições de Longa Permanência, se traduz em um período de adaptação a um novo contexto, vivenciado por alguns idosos com certa resistência e tristeza, expressas por meio de melancolia e aceitação da vida institucionalizada, pois mesmo com as possibilidades de cuidado e proteção, as instituições ainda carregam uma imagem de um depósito de velhos e um local de morte” (Abreu, Fernandes-Eloi & Souza, 2017, p. 341).

Diante tais problemáticas, contata-se que mesmo que o envelhecimento dependa de inúmeros fatores, o velho, por sua vez, vive um processo de uma sequência de ausências e perdas nos âmbitos fisiológico, social, financeiro, simbólico, como há também a percepção que a sociedade detém sobre esse processo e o autoconceito relativo ao “ser velho” (Kreuz & Franco, 2017).

“Muitas vezes, na perda de autonomia, no abalo na integridade física e em uma inevitável aproximação com a reflexão acerca da própria finitude. Essas perdas

sucessivas decorrentes da doença promovem luto, somadas ao processo de envelhecimento do idoso que também implicam perdas e culminam lutos” (Kreuz & Franco, 2017, p. 170).

Vê-se, portanto, que nesta confrontação de perdas, “os aspectos culturais e a constituição de cada sujeito concorrem para direcionar a maneira como cada um vai atravessar, na velhice, esse momento” (Peixeiro, 2010, p. 77). Logo, “a impossibilidade da realização concreta desse luto direciona o sujeito para um desligamento e uma desmotivação profunda quanto à vida, ocasionando um desinvestimento do idoso em relação a si mesmo” (Minayo et al., 2016, p. 42).

O processo de envelhecimento é notoriamente associado a uma pior saúde física e mental, caracterizando-se como um período de maior isolamento social e solidão. Estima-se que 6,3 milhões de casos de depressão em todo o mundo sejam atribuíveis ao envelhecimento (OMS, 2021), dado que merece atenção, pois não há ênfase sobre os aspectos da saúde mental, assim como há em outras variáveis consideradas mais facilmente diagnosticáveis, tratáveis ou identificáveis.

Neste percurso as pessoas podem passar por períodos muito estressantes como o luto, decorrente não só da perda de familiares e amigos, mas dos papéis sociais que anteriormente ocupava, passando a viver um período bastante incerto e cercado de limites. Alguns profissionais no âmbito da saúde podem subestimar o cuidado à saúde mental na velhice ou apresentar dificuldades de identificar quando se encontra num quadro depressivo, podendo acentuar este sofrimento psíquico e alcançar situações extremas quando a ausência de apoio e de compreensão também se estende entre os próprios familiares.

O preconceito etário já é um fator por si só de exclusão dos mais velhos no meio social e familiar, no qual apresenta consequências sérias e abrangentes. Estima-se que uma em cada

duas pessoas no mundo tenha atitudes discriminatórias que pioram as condições de saúde, e dentre essas atitudes, a discriminação por idade tem impactos profundos não somente aos mais velhos, mas a todos, pois se difunde cotidianamente em atitudes, discursos, políticas, leis e instituições, trazendo efeitos prejudiciais sobre nossos direitos e a dignidade (OMS, 2021).

A velhice é um processo que ultrapassa as diversas variáveis físicas, econômicas, sociais, psicológicas. Cada um carrega consigo uma biografia cheia de minúcias que merece visibilidade, que se for desconsiderada reduz as perspectivas de ampliar a atenção à necessidade que se demanda. O discurso estereotipado sobre a velhice arruína a solidariedade entre as gerações (OMS, 2021), além de que as pessoas velhas tendem a ser excluídas e desfavorecidas nos diversos meios.

A categorização por idades dita a forma como os dados são usados para elaborar políticas públicas, não entrando nessa discussão a importância da saúde mental na velhice e a institucionalização, que é comum entre os mais velhos, como fator acentuado de sofrimento psíquico, justificando a relevância de reconhecer esses aspectos para orientar intervenções necessárias a saúde mental. As intervenções educacionais e informativas e o contato intergeracional, mostra-se como um meio de construir um movimento para mudar o discurso em torno das idades e do envelhecimento (Brasil, 2021).

De acordo com Brasil (2018) a história da saúde mental e a Reforma Psiquiátrica nos mostra que o cuidado institucionalizado se contrapõe aos direitos humanos, não propiciando a livre circulação das pessoas no meio social. O trabalho em rede, portanto, possibilita maior efetividade na produção de saúde, conforme os preceitos da RAPS que busca consolidar um modelo de atenção aberto e comunitário, em meio aos serviços e os usos da cidade.

Para implementar políticas públicas e a criar ambientes mais favoráveis ao desenvolvimento e o reconhecimento de potencialidades é necessário, portanto, ações que englobem diferentes setores, de maneira integrada, trazendo consigo a participação das pessoas para a reorientação dos serviços de saúde (Assis, Pacheco & Menezes, 2002) e dos próprios velhos nos processos de reforma com suas experiências.

4.2.5 Saúde mental, aspectos socioculturais e fatores associados (gênero, incapacidades, riscos e vulnerabilidades)

Outro tema indicado pelos estudos diz respeito a uma série de aspectos socioculturais e fatores que precisam ser considerados na saúde mental de velhos e velhas, diz respeito ao modo como o envelhecimento é vivido por homens e mulheres e sua relação com o sofrimento e a saúde mental. No estudo realizado por Zanello, Silva e Henderson (2015) em uma instituição geriátrica particular foram realizadas entrevistas com dezoito velhos – sendo nove mulheres e nove com homens com idade média de 72 e 75 anos, respectivamente – a escolaridade correspondente, em sua maioria de ensino fundamental completo, seguido de ensino médio e três deles com ensino superior.

Nessas entrevistas, a fim de conhecer suas histórias, foram utilizadas perguntas disparadoras acerca do que faziam, o que a palavra “envelhecer” lhe remete, o contato com os de fora, e no discurso das mulheres a temática amorosa foi bastante enfatizada, enquanto a sexualidade e o trabalho foram mais enfatizados entre os homens. Para quase metade delas, a vida profissional foi vivenciada como algo inconciliável com a vida amorosa, tendo relatos de abandono da vida profissional para agradar o companheiro: *“Por isso que eu não estudei, não. É porque meu marido não deixava. Ele dizia: ‘Eu vou ficar sem você, minha filha. Essas moças*

que muda, na universidade, elas mudam a, a, a, a mente. E eu não quero ficar sem você, só”, logo, a relação com o trabalho se mostrou diferente entre os homens por considerá-lo como ponto fundamental e que influenciou no modo de vivenciar a internação (Zanello et al., 2015).

Para as mulheres o fato de ter atribuído maior investimento no âmbito familiar repercutiu no sofrimento mais intenso em virtude do sentimento de abandono. A negação e o silenciamento foram mais frequentes, aceitando a situação como “reféns do desejo dos familiares em troca de manter o amor que deles recebiam” e permanecer na instituição.

A partir das considerações, é sabido que em diversos contextos, o velho e a velha são caracterizados por viverem isolamento, solidão, doença, pobreza e exclusão social, condições estas que exacerbam, em conjunto com suas histórias e outros fatos ocorridos em fases anteriores da vida, no modo como se vê e se sente, e colocando-os em situação de risco e vulnerabilidade. Percebe-se que não é incomum que o mesmo esteja sujeito a diversas situações estressoras, sentindo-se aflito e impotente. A literatura – que corrobora com os dados apresentados até então – é muito enfática sobre os aspectos relacionados ao processo fisiológico do envelhecimento. Por outro lado, os fatores sociodemográficos e aspectos psicossociais desempenham grande prevalência para o agravamento nas condições de saúde da população.

Nesse contexto, há aqueles que se encontram em situações que os tornam ainda mais vulneráveis como: menor nível de escolaridade; contexto de pobreza; situações de violência e abandono; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; desemprego; poucas oportunidades de desenvolvimento, questões essas que impactam acentuadamente nos modos de vida. Entre os achados, uma pesquisa realizada na rede hospitalar pública da cidade de Medellín, apresentou que fatores sociodemográficos estão relacionados a pior saúde mental, além de que apresentou prevalência de saúde mental precária entre velhos superior que a encontrada na população geral da Colômbia (Agudelo-Suárez, Posada-López & Meneses-Gómez, 2015).

Corroborando com os demais achados a relação entre posição socioeconômica e sexo, o que coloca as mulheres em situação de vulnerabilidade ainda maior, acrescido do sentimento de solidão e outras circunstâncias relacionadas ao apoio social (Agudelo-Suárez et al., 2015). Nesse mesmo estudo, entre os homens, houve prevalência de saúde mental ruim nos residentes de áreas rurais, visto que ainda trabalham em ocupações manuais, os benefícios sociais são restritos – como o direito à aposentadoria –, além de possuir barreiras ao acesso a serviços de saúde mental.

Outra pesquisa realizada na Colômbia revelou a prevalência de velhos com recursos sociais prejudicados e sujeitos a algum tipo de abuso, principalmente psicológico, que se evidencia por ignorar, negligenciar, insultar ou impedir contato com familiares e amigos, e que vem sendo um problema complexo apresentado de forma relevante em todo o mundo. A alta prevalência de depressão também foi identificada, porém é pouco reconhecido em virtude de que não foi criada a conscientização suficiente sobre o impacto da doença na população, os fatores de risco e os sinais precoces, além de mais uma associação significativa entre risco de depressão e estado civil (viuvez), e entre mulheres (Arango, Cardona, Duque, Cardona & Sierra, 2016).

Com o crescimento da população de velhos em todo o mundo um dos aspectos que também merece atenção diz respeito a questão migratória. Essa temática surgiu dentre os estudos desta revisão, sobretudo aqueles realizados em contexto de outros países latino-americanos, tornando-se, portanto, relevante reconhecer como um campo problemático no tocante à saúde mental na velhice, bem como influencia significativamente na transformação do panorama demográfico mundial.

A migração é entendida como uma movimentação de indivíduos ou grupos que envolve tanto uma dimensão temporal quanto geográfica e acontece, geralmente, por razões econômicas ou sociais em busca de condições de vida melhores. Em alguns lugares como o México, que ocorre de maneira frequente, intensa e histórica, o padrão identificado nessa região, consiste no rejuvenescimento das áreas de destino com a movimentação de pessoas em idade economicamente produtivas, e o envelhecimento correspondente das áreas de origem e dos velhos que ali permanecem.

Nesse sentido, tomando como referência a pesquisa realizada por Torrez-Hernández e Arias-López (2019), foi identificado que estudos relacionados à tríade do envelhecimento, saúde mental e migração têm explorado os impactos desse percurso, uma vez que a dinâmica migratória seja por motivos de refúgio, deslocamento forçado ou em busca de uma vida melhor gera condições de discriminação, sendo importante pensar estratégias possíveis de manter a comunicação, as memórias e os vínculos entre as pessoas nesse contexto. Outros estudos (Tanto Alvarado, 2008; Montes de Oca, 2011) foram citados por Torrez-Hernandez e Arias-López (2019), associando os efeitos sobre a saúde mental diante a viuvez e outras perdas; e o sentimento de tristeza, angústia ou ansiedade diante as incertezas nesse processo – se estão vivos; presos; se conseguiram concluir com sucesso o trânsito etc.

De acordo com Wang, Guruge e Montana (2019) as pessoas que vivem e envelhecem em um país estrangeiro enfrentam muitos desafios desde serviços básicos e essenciais. Concomitantemente às situações de discriminação, eles frequentemente também subutilizam os serviços de saúde e encontram múltiplas barreiras no acesso aos cuidados de saúde seja primária, preventiva e de saúde mental relacionados à alfabetização, diferenças linguísticas e culturais, dificuldades econômicas, acesso espacial, crenças, circunstâncias estruturais. O

suporte social também os afeta diretamente, no qual, muitas vezes, termina por tentar resolver seus problemas sozinho ou ver os serviços psicossociais como último recurso.

O estudo realizado por Rabelo e Neri (2014) quanto aos relacionamentos intergeracionais e a sua relação com a saúde mental na velhice, mostrou que a reciprocidade dentro das redes de apoio e a proximidade emocional serve para assegurar a continuidade, a confiabilidade e a estabilidade dos relacionamentos, mesmo em momentos de instabilidade. No entanto, “em contextos estáveis e com baixos níveis de ameaça, trocas não recíprocas são toleradas, mas em situações de instabilidade e de forte ameaça, os indivíduos ficam mais sensíveis à desigualdade” (Rabelo & Neri, 2014, p. 140). Conforme os autores, as mulheres investem nos relacionamentos sociais e na coesão entre as gerações, oferecendo suporte e mantendo as conexões, mas em decorrência desses padrões de gênero, apresentam maior probabilidade de relatar conflitos e sobrecarga em relação aos homens.

Ainda que à distância, a frequência e a intimidade nos contatos fortalecem as relações, mas as trocas de suporte social requerem a comunicação das necessidades e a capacidade de suporte em atendê-las. Consoante os achados, a família pode também ser desencadeadora de situações de abusos e maus tratos, causando graves sofrimentos e fator de isolamento e depressão (Rabelo & Neri, 2014).

4.2.6 Práticas e abordagens na atenção à saúde mental de velhos e velhas

Para finalizar, é importante trazer diante as problemáticas abordadas, estudos que mostraram ações eficazes na atenção à saúde mental e relatos de velhos que sentiram o acolhimento que busca, a liberdade de manifestar seus desejos, conhecer novas atividades e encontrar fora e dentro de si o que durante uma vida não reconheceu, descobriu ou não foi capaz

de realizar. Ou seja, estudos de pesquisa e relatos de experiências indicaram práticas e abordagens na atenção à saúde mental de velhos e velhas que se revelaram potentes no cuidado.

Em um município do Mato Grosso do Sul, um projeto de extensão – atividade de ensino que envolve estudantes e tem um caráter educativo junto à população – teve como proposta atender aos velhos acometidos de problemas cognitivos e depressivos, melhorar a autoestima e a socialização, e instituir a investigação e a assistência multi e interdisciplinar na área da saúde mental de velhos e velhas. Para isso foram desenvolvidos, com 28 equipes da ESF, as seguintes atividades: capacitação dos profissionais de saúde, docentes e acadêmicos; desenvolvimento da oficina de memória e passeios turísticos; capacitação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família; e avaliação do processo. Contou com 18 participantes, predominantemente mulheres (94,4%); idades de 60 a 80 anos; renda de até um salário mínimo (66,7%); e escolaridade de um a quatro anos em 55,5%.

Com dez encontros semanais, foram utilizadas técnicas de proposta corporal – reconhecendo o corpo como instrumento por meio do qual a pessoa se comunica, se expressa e se encontra inscrita toda a história – utilizando bolas, bambolês, areia, tecido, algodão músicas como mediadores com seu próprio corpo; psicomotricidade diferenciada ou proposta de mesa – instrumento gráfico que permite a expressão projetiva (recortes, cópias, memória, modelagem); verbalização – compartilhamento de lembranças, conteúdos, histórias de vida; e passeios turísticos na cidade.

Dentre os relatos nas oficinas: *“Eu descobri depois de tantos anos um dom que é a pintura, nunca imaginei que pudesse pintar telas um dia, gostei muito, me encontrei nessa atividade”*; *Hoje, eu trouxe o meu maiô (...) nunca imaginei que faria isto, porque eu não sei nadar, nunca consegui nadar e sempre quis aprender (...). Eu não imaginava que eu podia encontrar pessoas tão legais (...)*. Já nos passeios: *“Lembrei-me de coisas que fiz quando*

criança”; *Estes passeios me levaram a lembrar de coisas de que tinha esquecido*”; “(...) *vi coisas que não sabia que existia aqui (...)*”, constatando-se a possibilidade de estimular memórias e mostrar que ações em saúde podem e devem ser compostas de atividades artísticas, intelectuais, esportivas, manuais, turísticas, sociais (Alvarenga, Cerchiari, Espíndola & Martins, 2015) de modo que novas elaborações, mediadas pela historização e comunicação em grupo emergem em ruptura com as concepções clássicas que até mesmo o/como eles mesmos ‘anciãos’ se acostumaram a acreditar (Garritano & Gastaminza, 2018).

Outras propostas no exercício de atividades e oficinas que amplia as possibilidades de cuidado, baseia-se nos eixos: processo, imaginário social e prevenção (Gavilán, 1996 citado por Garritano & Gastaminza, 2018). Esses eixos dizem respeito ao processo enquanto três aspectos – macroprocesso, microprocesso e processo específico – que se refere às diferentes formas de intervir; a prevenção nos níveis primário, secundário e terciário em prevenção específica (com base no sintoma) e prevenção inespecífica (hábitos e atitudes); e o imaginário social, que produz maneiras de fazer, pensar e sentir em sociedade, cruzados com discursos e expectativas. De acordo com os autores, é necessário que a sociedade forneça espaços para a reconstrução da identificação na velhice, revalorize o processo de envelhecimento no nível populacional e institucional, e amplie a possibilidade de incluir projetos que visam várias áreas de interesse – como música, artesanato, literatura, teatro etc. – que os mantém ligados ao conteúdo de vida e seus significados.

Considerando que os modos de tratamento e cuidado são culturalmente derivados de um modelo biomédico, em que o foco é a avaliação padrão com pouca compreensão sobre outros aspectos da vida, pode acontecer de haver uma incompatibilidade entre a necessidade demandada e o tratamento ofertado, onde o que é ofertado não é necessariamente o que o usuário precisa. Entre essas questões também existe questões de poder e de controle na relação

entre profissional e usuário, o que afasta as perspectivas da pessoa e diminui mais ainda as chances de autonomia no próprio cuidado (Murray, 2011).

Como visto a princípio, algumas questões persistem no decorrer da história e que contribui fundamentalmente na relação do cuidado em saúde mental que é o estigma existente na própria rede de saúde. Por essa razão, na produção de políticas e práticas de cuidado à saúde mental, como os estudos apontam, é importante considerar que não se pode tratar a velhice como uma massa homogênea e uniforme, perde-se as potências na substituição por estereótipos, sendo que o mais genuíno diferencial entre os velhos se encontra na sua subjetividade e na sua história.

O fator cultural foi reconhecido como uma importante abordagem de necessidades de saúde específicas, reduzindo as disparidades no acesso a cuidados de saúde (Wang et al., 2019), e desigualdades sociais na população de velhos afeta desproporcionalmente a atenção à saúde mental.

Não se promove a sociedade como um todo, e neste particular, os velhos compõem a minoria que sofre, não só por consequência do fator etário, mas sim pelas experiências vividas (Pontarolo e Oliveira, 2008), sendo urgente considerar as questões históricas e sociais da velhice. O suporte social desempenha um papel importante neste quesito e aparece como ponto essencial, podendo beneficiar os velhos a navegarem pelo sistema de saúde e sentirem-se acolhidos.

O suporte social é entendido enquanto canais de apoio que fornecem suporte emocional (dar amor e carinho, encorajamento e simpatia), informativo (fornecer informações, fatos ou conselhos) e instrumental (auxiliar em tarefas práticas) (Schoenmakers, Lamkaddem & Suurmon, 2017). Pessoas velhas, que apresentam menos suporte social, podem ser mais

propensas a sentir tristeza, solidão e depressão, enquanto os que possuem maior apoio podem procurar ajuda mais facilmente (Kessler et al., 2015). Atualmente muitas políticas estão focadas em diminuir os gastos com saúde, ao mesmo tempo em que se pretende estimular o cuidado com base no atendimento comunitário, implicando, conseqüentemente, que mais se espera da rede social (Schoenmakers et al., 2017).

A importância da informação e educação em saúde também se mostra fundamental nesse aspecto ao possibilitar reconhecer a gravidade de determinado sintoma; melhorar o acesso e busca por serviços que muitas vezes não sabem onde encontrar – por falta de conhecimento e orientação; tabu; vergonha –; e promover a corresponsabilidade no cuidado.

“Paralelo à questão da capacidade de aprender está o preconceito que a sociedade capitalista incute nas pessoas, onde o idoso por não ser mais produtivo passa a ser visto como um ônus ao Estado, no que concerne à educação, pois para que aprender ou ensinar alguém que não trará benefícios lucrativos à sociedade? Muitas vezes o idoso acaba aceitando esse rótulo de improdutivo e desiste de viver, de aprender, de ensinar, com receio de passar por ridículo querendo voltar a estudar, a frequentar salas de aula. Daí a importância de se promover uma conscientização não só da sociedade, mas também dos idosos quanto às possibilidades frutíferas no acesso do idoso ao meio educacional” (Pontarolo & Oliveira, 2008, p. 119).

Assim sendo, a educação se mostra como uma estratégia potente para a concretização da reforma psiquiátrica e instrumento político capaz de promover mudanças no campo da saúde, na medida em que incentiva, individual e coletivamente, a capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem (Carneiro, Oliveira, Santos et al., 2010) na busca por respeito, cidadania, garantia de direitos e melhores condições de vida.

As práticas inovadoras em saúde mental se revelam como um dos desafios para a transformação do saber e do fazer dos profissionais, haja vista exigir rupturas profundas com o modelo instituído e arraigado socialmente (Bosi et al., 2011).

Algumas características para abordar a inovação prescindem de: uma ação nova e diferente para os modelos já estabelecidos; algo aplicável em toda a população, não apenas em grupos específicos; e uma intervenção já existente, utilizada, porém, de forma diferente (Fung, Simpson & Packer, 2010 citado por Bosi et al., 2011) cuja implicação maior é a desconstrução de práticas fundadas na objetivação da doença mental, fazendo dos dispositivos um espaço de encontros e diálogos, de acolhimento e não anulação da diferença (Bosi et al., 2011).

É necessário inovar os serviços de saúde mental para a população (Wagner, 2015) e disso requer da nossa sociedade a incorporação do velho nos variados âmbitos para inventar novos modos de produzir saúde e as características pessoais, deixadas à parte pelo modelo clínico, que podem revelar e mobilizar inúmeras possibilidades.

5 Considerações finais

Em conclusão, observa-se na presente pesquisa que na literatura sobre o tema há o predomínio da perspectiva biomédica quanto aos processos do envelhecimento e da velhice, e de concepções e experiências em saúde do idoso, fundamentadas no paradigma biomédico em que o foco explicativo das questões de saúde mental é pautado nos aspectos biológicos, mecânico-funcionais do corpo e no aparato curativo, representativos da visão da nossa sociedade quanto as capacidades de produção e de consumo. Essa perspectiva é significativa não só entre os profissionais, mas também como um fator disseminado culturalmente, tornando

esta representação similar entre os velhos e velhas, que absorvem os sentidos de que a velhice é um momento cercado de fragilidades e limitações.

Os estudos apontaram que a procura aos serviços de saúde, assim como os relatos de queixas associadas a sintomatologias físicas e psicológicas foi predominante entre as mulheres, podendo contribuir para isso fatores como maior proporção de mulheres nesse grupo etário; experiências acumulativas de discriminação, violência, dependência, dedicação exclusiva ao lar, silenciamento, entre outros. Além disso, o tratamento destinado à maioria dos problemas de saúde mental restringe-se a terapêutica medicamentosa como medida privilegiada em relação a alternativas que poderiam atuar concomitantemente no tratamento e cuidado da saúde mental na velhice, incluindo a psicoterapia e intervenções sociais e comunitárias.

A psicoterapia e práticas da atenção psicossocial, por sua vez, não são percebidas como algo disseminado entre os usuários dos serviços, tampouco na própria rede. Além de que foi demonstrado que: os profissionais não se sentem/percebem capacitados a atender demandas de saúde mental; há outras condições atuam como agravantes à saúde mental entre os velhos e velhas, como a baixa escolaridade; há pouco (re)conhecimento dos serviços disponíveis; há menor atribuição de importância ao cuidado da saúde mental em relação a “saúde física”, o que se relaciona com a existência de tabus e preconceitos; representações que relacionam o envelhecimento à decadência, entre outros motivos que concorrem para menor procura dos serviços quando o assunto é saúde mental.

Os estudos nos permitem saber ainda que as velhas e velhos, em sua maioria, convivem com situações que influenciam fortemente no agravamento a essas questões como desemprego; baixa instrução; falta de suporte familiar e social e que corrobora para ocorrências extremas como tem revelado o aumento de suicídio entre velhos. As representações da velhice associadas aos aspectos impostos pela sociedade reflete o quão dolorosa é a situação da modificação dos

papéis sociais, a (des)valorização estética, a solidão e o abandono vivenciado nesse período no meio social e familiar.

Essas questões condizem com achados de outros países, onde foi possível identificar que a situação de velhos em nossa sociedade necessita de atenção, cuidado e respeito, e o quanto é escasso o número de pesquisas que abordem o que eles têm a dizer e que possam contribuir nesse âmbito.

É dado pouca importância sobre os processos de envelhecer, da experiência de saúde e adoecimento, de ter vivido os processos de reforma psiquiátrica, e que tudo isso pode contribuir para melhorias no campo da saúde mental. Não negar ou neutralizar esses processos é importante ao se analisar e propor ações voltadas a atenção à saúde mental na velhice.

Ressalta-se, também, a importância da reforma psiquiátrica, sobretudo, nos processos de desinstituicionização e outras vias possíveis de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Entretanto, verifica-se que a atenção a velhice nesse âmbito é bastante ausente, sendo necessário colocar em pauta a discussão da atenção à saúde mental na velhice para implementação de políticas públicas. A atenção psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, constitui-se de e na reconstrução de novas práticas e relações pautadas na autonomia, no respeito, nas necessidades, na articulação de diversas esferas da vida das pessoas e de um trabalho em rede.

Com as mudanças ocorridas nos objetivos de pesquisa, em que se almejava considerar as experiências dos próprios velhos e velhas na realidade local, mas impossibilitada pela situação de pandemia, vislumbramos que esta revisão permitiu identificar e discutir importantes temas que circundam a atenção à saúde mental na velhice, visto que indica as principais problemáticas apontadas na literatura e em várias regiões, e que possuem características

semelhantes que demandam atenção urgente, devido não só ao envelhecimento populacional, mas as necessidades que decorrem disso.

Como limitações e possibilidades, ao representar as principais questões no âmbito da saúde mental, percebe-se que a atenção aos velhos e velhas se mostra incompleto, mostrando a necessidade de conhecer também as questões locais e contextuais dos processos de reforma psiquiátrica, dos dispositivos de saúde e da inserção dessas pessoas nesse espaço, ausentes nessa pesquisa e ainda a necessidade de novos estudos que focalizem nas perspectivas e concepções dos mesmos sobre as questões relativas a sua saúde mental, considerando que têm muito a contribuir ao pensar conjuntamente melhorias para este campo.

6 Referências bibliográficas

- Abreu, T. A; Eloi, J, F; Sousa, A. M. B. D. (2017). Reflexões acerca dos Impactos Psicossocial da Institucionalização de Idosos no Brasil. *Revi. Kairós*. Vol. 20. n 2.
- Agudelo-Suárez, A.; Posada-Lopez, A.; Meneses-Gomez, E. J. (2015) Salud mental en adultos mayores atendidos em la Red Hospitalaria Pública de Medellín, Colombia. *Ver. Peru. Med. Exp. Salud. Publica*. 32(4): 701-708
- Almeida Filho, N. de; Jucá, V. (2002). Saúde como ausência de doença: crítica a teoria fundamentalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4):879-889
- Almeida, G. M. F; Lazarini, C. A; Stefano, I. C. A; Muniz, E. C. S. Panes, V. C. B; Marins, M. J. S. (2019) Uso de psicofármacos entre idosos usuários do sistema único de saúde e do plano de saúde suplementar. *Estud. Interdiscip. Envelhec*. 24(2): 111-128.
- Alvarenga, M. R. M; Cerchiari, E. A. N; Espindo,a, C. L; Martins, P. C S. (2015). Oficina de memória como estratégia de intervenção na saúde mental de idosos. *Estud. Interdiscip. Envelhec*. 20(1): 205-218
- Amarante, P. (Org). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP.
- Andrade, R.; Calazans, R. (2014). Medicalização na terceira idade: a questão da depressão. *Psicanálise & Barroco em revista*. v.12, n2. p. 62-88.
- Araújo, L; Sá, E. C. N; & Amaral, E. B. (2011) Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos. *Psicol. cienc. prof.* [online]. vol.31, n.3, pp.468-481.
- Arango, D. Codorna; Cardona, Angela. S; Duque, M. G; Cardona, Alejandra. S; Sierra, S. M. C. (2016). Health status of elderly persons of Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Vol. 19. No. 1. P. 71-86.
- Avarena, J. M; Gajardo, J; Saguez, R. (2018). Salud mental de hombres mayores em Chile: uma realidade por priorizar. *Revista Panamericana de Salud Publica*. Vol 42. Elocation e121.
- Assis, M; Pacheco, L. C; Meneses, I. S. (2002). Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos sobre envelhecimento*. Rio de Janeiro. P. 30-48
- Azevedo, A. J. P. (2014). *Consumo privado de ansiolíticos benzodiazepínicos e sua correlação com indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras*. (Dissertação de mestrado, Universidade federal do Rio Grande do Norte, Natal).
- Bacelar, R. (2002). *Envelhecimento e produtividade: processos de subjetivação*. (Monografia, Fundação Antônio Santos Abranches, Recife).

- Baltes, P.; Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento. *A Terceira Idade: Estudos sobre Envelhecimento*. São Paulo, vol. 17, n. 36, p. 175-190.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond Ltda., 336 p.
- Barros, S; Oliveira, M. A. F; Silva, A. L. A. (2007). Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 41(Esp):815-9
- Baristella, C. (2007). O território e o processo saúde doença - Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Tradução Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bernardo, K. J. C. (2010). *Envelhecer em Salvador: uma página da história (1850-1900)*. (Tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador).
- Berzins, M. A. V. (2020). Velhices e Serviço Social. In Denis Cezar Musial et al. (Orgs). *Políticas Sociais e Gerontologia: diálogos contemporâneos*. Maringá, PR: Uniedusul.
- Berlink, M. T; Magtaz, A. C; Teixeira, M. (2007). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fundame*. 11 (1). P. 21-27
- Borim, F. S. A; Barros, M. B. A; Botega, N. J. Transtorno mental comum na população idosa pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 29(7): 1415-1426
- Bosi, E. (1994). *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 3ª edição, São Paulo: Companhia das Letras.
- Bosi, E. (2003). *O Tempo Vivo da Memória: Ensaio de Psicologia*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Bosi, M, L. M; Liliane, B. C; Sobreira, M. A. A, Ximenes, V. M; Liberato, M. T. C; Godoy, M. G. C (2011). Inovação em Saúde Mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 21(4); 1231-1252
- Byers, A. L.; Arean, P. A.; Yaffe, K. (2012). Low use of mental health services among older Americans with mood and anxiety disorders. *Psychiatr Serv*; 63(1): 66-72.
- Bytheway, B. (2011). *Unmasking age: the significance of age for social research*. Ed. 1. Bristol University Press, Policy Press.
- Brasil. Ministério da Saúde (2006). Portaria n. 2.528. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Diário Oficial da União.
- _____. Ministério da Saúde. (1986). Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Diário Oficial da União.

- _____. Ministério da Saúde. (1990). Lei n. 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União.
- _____. Ministério da Saúde. (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Diário Oficial da União.
- _____. Ministério da Saúde. (2003). Lei n. 10.741/03. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.
- _____. Ministério da Saúde. (1994). Lei n. 8.842/90. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências em relação a pessoa. Idosa. Brasília: Diário Oficial da União.
- _____. Ministério da saúde. (2001). Lei 10.216/01. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União.
- _____. Ministério da saúde. (2011). Portaria n. 3.0288. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Diário oficial da União.
- _____. Ministério da saúde. (2020). *Suicídio na pandemia COVID-19 - Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19*. Brasília: Diário oficial da União.
- Carneiro, A. C; Oliveira, A. C. M; Santos, M. M. S; Alves, M. S.; Casais, N. A; Santos, A. S. (2010). Educação popular em saúde mental: relato de uma experiência. *Saúde Soc. São Paulo*. v, 19. N 2. P. 462-472
- Castro, L. L. (2021). A importância de narrar a memória do velho oprimido no capitalismo. *Psicologia e Sociedade*. 33.
- Chauí, M. S. (1994). In *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 3ª edição, São Paulo: Companhia das Letras.
- Camarano, A. A. (2002). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro.
- Canguilhem, G. (2009). *O Normal e o Patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Camargo Jr, K. R. (2007). As armadilhas da “concepção Positiva de Saúde”. *Physis: Ver. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 76 (I), p. 63-76
- Canineu, R; Guimarães, H. P; Lopes, R. D; Vendrame, L. S; Fonseca Jr, M. A; Lopes, A. C. (2006). Iatrogenia em medicina intensiva. *Ver. Bras. Intensiva*. 18(1).
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, IV(2): 287-307.
- Choi, N. G.; DiNitto, D.; Marti, C. N. (2014). Treatment use, perceived need, and barriers to seeking treatment for substance abuse and mental health problems among older adults compared to younger adults. *Drug Alcohol Depend*; 145: 113-20.

- Cintra, F. A.; Guariento, M. R.; Miyasaki, L. A. (2010). Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciencia Saúde Coletiva* 15 (Suppl-3).
- Clemente, A. S.; Filho, A. I. L.; Firmo, J. O. A. (2011). Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 27(3):555-564.
- Coelho, M. T. Á. D.; Almeida Filho, N. (2003). Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: Goldenberg, P.; Gomes, M. H. de A.; Marsiglia, R. M. G (Orgs). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.
- Conte, M.; Cruz, C. W.; Silva, C. G.; Castilhos, N. R. M.; Nicolella, A. D. R. (2015). Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção integral em Porto Alegre/RS, Brasil. *Cien. Saúde coletiva*. 20(6): 1741-1749
- Czeresnia, D. (1999) The concept of health and difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*. 15(4): 701-710.
- Czeresnia, D.; Freitas, C. M de. (Orgs). (2003). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Debert, G. G. (1998). Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: Debert, Guita Grin. *Antropologia e Velhice*, Textos Didáticos, n. 19, IFCH.
- _____. (1997). A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. V 12. n 32.
- _____. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.
- Domingues, A. R. (2014). O envelhecimento, a experiência narrativa e a história oral: um encontro e algumas experiências. *Rev. Psicol. Polít.*. vol 14. n 31. São Paulo.
- Durkheim, E. (2000). *O Suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Faria, J. S. S.; Rossi, S. V.; Andreatta, T.; Simões, V. P.; Pombo, B. H.; Moreira, R. B. (2019). Benzodiazepínicos: revendo o uso para o desuso. *Rev. Med. São Paulo*. 98(6):423-6.
- Ferreira, C.; Costa, C. P.; Gastaud, M. (2017). Perfil de idosos que buscam psicoterapia em ambulatório de saúde mental. *Ver. Bras. Psicoter. (online)*. 19(3):17-32.
- Ferreti, F.; Soccol, B. F.; Albrecht, D. C.; Ferraz, L. (2011). Viver a velhice em ambiente institucionalizado. *Estud. Interdiscip. Envelhec.* Porto Alegre, v. 19, n. 2. P. 423-437.
- Ferraz, M. C. F (2010) *Homo deletabilis: corpo, percepção, esquecimento do século XIX ao XXI*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Foucault, M. (1998). *Microfísica do Poder*. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado.
- _____. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Gajardo, J. J. (2015). Vejez y soledad: implicâncias a partir de la construcion de la nocion de riesgo. *Acta bioeth.* 21(2): 199-205
- Garritano, F.; Gastaminza, F. A. (2018). Ampliando las posibilidades de reformular um proyecto en la vejez: uma proposta de abordaje. *Oriencacion y sociedade*. Vol 18. No 1. P. 69-81
- Garcia, B. N; Moreira, D. J; Oliveira, P. R. S. (2017). Saúde mental do idoso na Atenção Primária: uma análise das percepções de profissionais de saúde. *Ver. Kairós.* 20(4): 153-174.
- Garritano, F; Gastaminza, F. A. (2018). Ampliando las posibilidades de reformular unproyecto em la vejez: uma proposta de abordaje. *Orientacion y sociedade*. Vol 18. No. 1. P. 89-81
- Goldfarb, D. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo.
- Goldman, S. N. (2020). Velhices e Serviço Social. In Denis Cezar Musial et al. (Orgs). *Políticas Sociais e Gerontologia: diálogos contemporâneos*. Maringá, PR: Uniedusul.
- Goffman, E. (1981) *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. 4ª ed.
- Groisman, D. (2002). A velhice entre o normal e o patológico. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 9 (1):61-78
- Guitierrez, D. M. D; Sousa, A. B. L; Grubits, S. (2015). Vivências subjetivas de idosos com ideação e tentativa de suicídio. *Cienc. Saúde coletiva*. 20(6):1731-1740
- Hareven, T. K (1999). Novas imagens do envelhecimento social do curso da vida. *Cadernos pagu.*(13). Pp. 11-35
- Helman, C. (2009). *Cultura, Saúde e doença*. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kessler, Eva-Marie; Agines, S.; Bowen, C. E.; (2015). Attitudes towards seeking mental health services among older adults: personal and contextual correlates. *Aging Ment Health*; 19(2): 182-91
- Kickbusch, I.; Berger, Cc. (2010). Diplomacia da Saúde Global. *R. Elet. De com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro. V.4, n. 1, p. 19-24.
- Kreuz, G.; Franco, M. H. P. (2017). O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento. *Arq. Bras. Psicol.*. (Rio J. 2003). 69(2): 168-186.

- Lampert, C. D. T; Ferreira, V. R. T. (2018). Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. *Aval. Psicol.* 17(2): 205-212
- Lima-Costa, M. F; Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Caderno Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 19(3): 700-701
- Marques, J. F. S; Sá, S. C; Freitas filho, W; Espírito Santo, L. R; Prince, K. A; Oliveira, M. V. M. (2017). Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referencia. *Arch. Health Sci (Online).* 24(4): 20-24
- Medeiros, L. F. (2019). A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero, e velhice: uma reflexão teórica. *Cadernos Saúde Coletiva.* Vol 27. No 4. P. 448-454
- Mendes, K. D. S; Silveira, R. C. C.; Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
- Mendes, K. C. C. (2013). *Uso prolongado de benzodiazepínicos: uma revisão de literatura (Monografia de conclusão de curso, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte).*
- Mendonça, R. T; Carvalho, A. C. D; Vieira, E. M; Adorno, R. C. (2008). Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e sociedade.* 17(2), 95-106.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12. ed. – São Paulo: Hucitec.
- _____. (2011). Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In B. Trench, T. E. da Costa Rosa (Orgs). *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa.* São Paulo: Instituto de Saúde.
- _____. (1997). Saúde: concepções e políticas públicas. Saúde e doença como expressão cultural. In Amâncio Filho, A; Moreira, M. C. G. B. (Orgs) *Saúde, trabalho e formação profissional* (online). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (Org.) (2002). *Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade.* 21 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Minayo, M. S. C & Coimbra Jr, C. E. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Minayo, M. C. S; Teixeira, S. M. O; Martins, J. C. O. (2016). Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativa de suicídio na velhice. *Estud. Psicl. (Natal).* 21(1): 36-45
- Moura, D. (1989). *Saúde não se dá, conquista-se.* São Paulo: Hucitec.
- Moreira, R. M. (2005). *Memória, Louira e Velhice: os ganhos no processo de envelhecimento pós reforma psiquiátrica.* (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas).
- Motta, A. B. (2002). Envelhecimento e Sentimento do Corpo. In M. C. S Minayo & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs). *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

- Mucida, A. (2009) *Escrita de uma memória que não se apaga*. Envelhecimento e velhice / Ângela Mucida. – Belo Horizonte: Autentica.
- Murray, A. (2011). The implementation of a self-administration of medication programmes within Older Persons Mental Health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 18(2): 113-21
- Nóbrega, O. T; Karnikowski, M. G. O. (2004). A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência e Saude Coletiva*. 10(2):309-313.
- Oliveira, Júlia Raso Ferreira de et al. Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2021, v. 37, n. 1
- Organização Mundial da Saúde (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization; tradução Suzana Contijo- Brasília.
- _____. (2015). Informe Mundial sobre o Envelhecimento e a Saúde. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.
- _____. (2021). Combate Mundial de Combate ao idadismo. *Relatório Mundial sobre o idadismo*.
- Papaleo Netto, Mateus. (2002). O Estudo da Velhice no Século XX: História, Definição de Campo e Termos Básicos. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan S. A.
- Pascoal, G. (2002). Anciãos transmitem cultura indígena. Reportagem: *Com ciência*.
- Passos Neto, C. D; Leite, E. S; Martins, A. K. L; Oliveira, F. B; Castro, A. P; Pimenta, C. J. L. (2020). Consumo de benzodiazepínicos por idosos usuários da estratégia saúde da família. *Revista Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 12: 883-889.
- Peixeiro, M. H. (2010). Paralisia do tempo e vazio no envelhecimento. *Revista kairos*.
- Paula, M. F. (2016). Os idosos do nosso tempo e a impossibilidade da sabedoria no capitalismo. *Serv. Soc. Soc.* n. 126. P. 262-280
- Piazza, M; Fiestas, F. (2014). Prevalencia anual de transtornos y uso de servicios de salud mental em el Peru: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Ver. Peru. Ex. salud publica*. 31(1): 30-38.
- Poltronieri, B. C; Souza, E. R; Ribeiro, A. P. (2019). Violência e direito ao cuidado nas políticas sobre instituições de longa permanência para idosos. *Interface (Botucatu)*. 23:e180124
- Pontarolo, R. S.; Oliveira, R. C. S. (2008). A terceira idade: uma breve discussão. Publ. UEPG. *Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes*, Ponta Grossa, 16 (1 115 – 123, jun. 2008.
- Porto, J. A. D. (1999). Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* Vol. 21(supl.1):S16-S111.

- Prado, M. A. M. B; Francisco, P. M. S. B; Barros, M. B. A. (2017). Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia Serv. Saúde* vol 26. No. 4. Brasília.
- Rabelo, D. F; Neri, A. L. (2014). A complexidade dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. *Pensando fam.* 18(1): 138-153
- Ramos, L. R; Veras, R. P; Kalache, A. (1987) Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Ver. Saúde públ.*, São Paulo, 21: 211-24.
- Resende, M. C; Almeida, C. P.; Favoreto, D; Miranda, E. G; Silva, G. P; Vicente, J. F. P; Queiroz, L. A; Duarte, P. F; Galicioli, S. C. P. (2011). Saúde mental e envelhecimento. *Psico (Porto Alegre)*. 41(1): 31-40
- Rotelli, F; Leonardis, O; Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In Nicácio, F. (org). *Desinstitucionalização*. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC.
- Sabroza, P. C. (1994). *Concepções sobre Saúde e Doença*. Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Saúde. Educação a distância/Escola Nacional de Saúde Pública.
- Santos, D. K. Lago, M. C. S. (2016) O dispositivo da idade, a produção da velhice e regimes de subjetivação: rastreamentos genealógicos. *Psicologia USP*. Volume 27. Número. 1. 133-144.
- Schoenmakers, D.; Lamkaddem, M.; Suurmond, J. (2017). The Role of the Social Network in Access to Psychosocial Services for Migrant Elderly-A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*; 14(10)
- Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. Enferm.* 63(1).
- Siblia, P. (2012). O copor velho como uma imagem com falhas: a moral da pele lisa e a censura midiática da velhice. *Comunicação Mídia e Consumo*. São Paulo. Ano 9. V. 9. No 26. P 83-114.
- Silveira, S. C.; Faro, A. C. M.; (2008). The contribution of the rehabilitation on Brazilian elderly people in the health and quality of life: reflexions for multidisciplinary care. *Estud. Interdiscip. Envelhec*; 13(1): 55-62.
- Sousa, J. F. (2017). O Estigma da Saúde Mental. *Psicologia.pt*. ISSN 1646-6977
- Sousa, G. S; Silva, R. M; Figueireido, A. E. B; Minayo, M. C. S; Vieira, L. J. E. S. (2014). Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface*. 18 (49).
- Souza, M. T.; Silva, D. S. Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einsten*, 8(1 Pt 1):102-6.

- Stewart, H.; Jameson, J. P.; Curtin, L. (2015). The relationship between stigma and self-reported willingness to use mental health services among rural and urban older adults. *Psycho Serv*; 12(2): 141-8.
- Torres-Hernandez, E; Arias-Lóez, B. (2019). Envelhecimento e saúde mental em contextos migratórios. *Enferm. Univ*. 16(1):86-97.
- Torres, K. R. B. O; Campos, M. R; Luiza, V. L; Caldas, P. C. (2020). Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no context de Sistema Único de Saúde. *Physis Revista de saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 30(1), e300113.
- Tsu, T. M. J. A; Tofolo, V. (1990). Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre doença mental. *Psicologia-USP*. São Paulo, 1(2):155-166.
- Uchôa, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. Saude Pública*. Rio de Janeiro, 19(3):849-853.
- Uchoa, E.; Vidal, J. M. (1994). Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504.
- Veras, R. P; Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cienc. Saúde coletiva*. 23(6).
- Vokert, J.; Andreas, S.; Harter, M; Dehoust, M. C. et al. (2018). Predisposing, enabling, and need factors of service utilization in the elderly with mental health problems. *Int Psychogeriatr*; 30(7): 1027-1037.
- Wagenr, G. A. (2015). Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. *Ver. Saúde Pública*. 49:20
- Wang, L.; Guruge, S.; Montana, G.; (2019). Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. *Can J Aging*; 38(2): 193-209.
- Zanardo, G. L. P.; Silveira, L. H. C; Rocha, C, M. F; Rocha, K. B. (2017) Psychiatric admission and readmission in a general hospital of Porto Alegre: sociodemographic, clinic, and use of Network for Psychosocial Care characteristics. *Ver. Bras. Epidemiol*. 20(3): 460-474
- Zanello, V; Silva, L. C; Henderson, G. (2015). Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 31. No. 4. P. 543-550
- Zanello, V.; Henderson, G.; Silva, L. C. (2017). Instituição Geriátrica como uma instituição totalitária: gênero e saúde mental. *Mental*. 11(20): 45-62.
- Zorzanelli, R. T; Cruz, M. G. A. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface (Botucatu)*. 22(66):721-31.

APÊNDICE

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS POR CATEGORIAS TEMÁTICAS

CATEGORIA TEMÁTICA	ESTUDOS SELECIONADOS
<p>Imagens/Percepções sobre velhice e seu próprio envelhecimento Estigmas e preconceitos</p>	<p>Envelhecimento e saúde mental em contextos migratórios. E. Torres-Hernández; B. Arias-López; (2019).</p> <p>Ampliando las posibilidades de reformular un proyecto en la vejez: una propuesta de abordaje <u>Garritano, Franco; Gastaminza, Florencia Aldana.</u> <i>Orientación y sociedad</i> Dez 2018, Volume 18 N° 1 Páginas 69 – 81</p> <p>Saúde Mental do Idoso na Atenção Primária: Uma Análise das Percepções de Profissionais de Saúde <u>Garcia, Bruno Nogueira; Moreira, Daiana de Jesus; Oliveira, Pedro Renan Santos de.</u> <i>Rev. Kairós</i>; 20(4): 153-174, dez. 2017. Artigo em Português LILACS ID: biblio-907054. Biblioteca responsável: BR195.3</p> <p>Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental /<u>Clemente, Adauto Silva; Loyola Filho, Antônio Ignácio; Firmo, Josélia Oliveira Araújo.</u> <i>Cad. saúde pública</i>; 27(3): 555-564, mar. 2011. Artigo em Português LILACS ID: lil-582616 Biblioteca responsável: BR1.1</p>
<p>Serviços de saúde mental, demandas de saúde mental (estudos de perfil e prevalência) e perfil de idosos</p>	<p>Perfil de idosos que buscam psicoterapia em ambulatório de saúde mental / Profile of elderly people seeking psychotherapy in mental health outpatient clinic <u>Ferreira, Cristiane; Costa, Camila Piva da; Gastaud, Marina.</u> <i>Rev. Bras. Psicoter. (Online)</i>; 19(3): 17-32, 2017. Artigo em Português LILACS, Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos ID: biblio-906297</p> <p>Salud mental en adultos mayores atendidos en la Red Hospitalaria Pública de Medellín, Colombia / Mental health in older adults of a Public Hospital Network of Medellin, Colombia <u>Agudelo-Suárez, Andrés A; Posada-López, Adriana; Meneses-Gómez, Edwin J.</u> <i>Rev. peru. med. exp. salud pública</i>; 32(4): 701-708, oct.-dic. 2015. Tab Artigo em Espanhol LILACS, LIPECS, INS-PERU ID: lil-790780 Biblioteca responsável: PE14.1</p> <p>Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil /<u>Borim, Flávia Silva Arbex; Barros, Marilisa Berti de Azevedo; Botega, Neury José.</u> <i>Cad. saúde pública</i>; 29(7): 1415-1426, Jul. 2013. tab Artigo em Português LILACS ID: lil-679577 Biblioteca responsável: BR1.1</p> <p>Saúde mental e envelhecimento / Salud mental y envejecimiento / Mental health and aging. <u>Resende, Marineia Crosara de; Almeida, Camilla de Paula; Favoreto, Débora; Miranda, Elizângela das Graças; Silva, Gisele Pereira da; Vicente, Joscelaine Farias Pereira; Queiroz, Lorena Ávila; Duarte, Priscylla Fonseca; Galicioli, Silvia Cristina Pereira.</u> <i>Psico (Porto Alegre)</i>; 42(1): 31-40, jan.-mar. 2011. Tab. Artigo em Português LILACS ID: lil-743277 Biblioteca responsável: BR1323.1</p>

<p>Uso de medicamentos e Medicalização da velhice</p>	<p>Consumo de benzodiazepínicos por idosos usuários da estratégia saúde da família. Passos Neto, Constantino Duarte; Leite, Eliane de Sousa; Martins, Álissan Karine Lima; Oliveira, Francisca Bezerra de; Castro, Anúbes Pereira de; Pimenta, Cláudia Jeane Lopes. <i>Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)</i>; 12: 883-889, jan.-dez. 2020. Tab Artigo em Inglês, Português LILACS, BDENF - Enfermagem ID: biblio-1103884 Biblioteca responsável: BR1208.1 Localização: BR1208.1</p> <p>Uso de psicofármacos entre idosos usuários do sistema único de saúde e do plano de saúde suplementar. Almeida, Graziela Maria Ferraz de; Lazarini, Carlos Alberto; Stefano, Isabel Cristina Aparecida; Muniz, Elaine Cristina Salzedas; Panes, Vanessa Cliveralo Bertassi; Marin, Maria José Sanches - Faculdade de Medicina de Marília - Curso de Enfermagem São Paulo. <i>Estud. interdiscip. envelhec</i>; 24(2): 111-128, set. 2019. Tab. Artigo em Português LILACS, Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos ID: biblio-1096184 Biblioteca responsável: BR574.2</p> <p>Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental / Conceptions of mental disorders and their treatment among elderly patients at a public mental health facility. Clemente, Aduino Silva; Loyola Filho, Antônio Ignácio; Firmo, Josélia Oliveira Araújo.</p>
<p>Velhice, Depressão, Suicídio, Luto e Solidão</p>	<p>O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura / The mourning/grief of the elderly on the losses of the disease and aging - Systematic Literature / El luto del anciano frente a las pérdidas de la enfermedad y del envejecimiento - Revisión Sistemática de Literatura. Kreuz, Giovana; Franco, Maria Helena Pereira. <i>Kreuz, Giovana; Franco, Maria Helena Pereira. Arq. bras. psicol. (Rio J. 2003)</i>; 69(2): 168-186, 2017. Artigo em Português LILACS, Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos ID: biblio-909775 Biblioteca responsável: BR1194.1</p> <p>Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice / Boredom while potencializer circumstance of suicide attempts in the elderly / El tedio como circunstancia que potencia los intentos de suicidio en la vejez. Minayo, Maria Cecília de Souza; Teixeira, Selena Mesquita de Oliveira; Martins, José Clerton de Oliveira. <i>Estud. psicol. (Natal)</i>; 21(1): 36-45, Artigo em Português LILACS, Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos ID: lil-787485. Biblioteca responsável: BR1274.1</p> <p>Vivências subjetivas de idosos com ideação e tentativa de suicídio / Suicidal ideation and attempted suicide in elderly people – subjective experiences Gutierrez, Denise Machado Duran; Sousa, Amandia Braga Lima; Grubits, Sonia. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>; 20(6): 1731-1740, 06/2015. Tab. Artigo em Português LILACS ID: lil-748405 Biblioteca responsável: BR1.1</p> <p>Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil / Convergence and Non-Convergence: stories of elderly who have attempted suicide and the Integrated Care System in Porto Alegre/RS, Brazil. <i>Ciênc. saúde coletiva</i>; 20(6): 1741-1749, 06/2015. Artigo em Português LILACS ID: lil-748383 Biblioteca responsável: BR1.1</p>

	<p>Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos / Factors associated with depressive symptomatology in the elderly / Factores asociados a sintomatología depresiva en ancianos. <u>Lampert, Claudia Daiane Trentin; Ferreira, Vinicius Renato Thomé. <i>Aval. psicol.</i> ; 17(2): 205-212, 2018. Tab. Artigo em Português LILACS ID: biblio-967707. Biblioteca responsável: BR1249.1</u></p> <p>Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência / Major depressive disorder in non-institutionalized elderly persons at a reference center <u>Marques, Jéssica Freitas Santos; Sá, Samara Cardoso de; Freitas Filho, Walter de; Espírito Santo, Luçandra Ramos do; Prince, Karina Andrade de; Oliveira, Marcos Vinícius Macedo de.</u></p>
<p>Saúde mental de velhos e velhas e fatores associados (gênero, riscos e vulnerabilidades)</p> <p>Velhice e gênero</p>	<p>Health status of elderly persons of Antioquia, Colombia <u>Arango, Doris Cardona; Cardona, Angela Segura; Duque, María Garzón; Cardona, Alejandra Segura; Sierra, Sara María Cano.</u></p> <p>A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos / The emotional complexity of intergenerational relationships and elderly mental health</p> <p>A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica. Facebook Twitter _ <u>Medeiros, Luciana Fernandes de.</u></p> <p>Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. Facebook Twitter _ <u>Zanello, Valeska; Silva, Lívia Campos e; Henderson, Guilherme. <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> Dez 2015, Volume 31 N° 4 Páginas 543 - 550</u></p> <p>Instituição geriátrica como uma instituição totalitária: gênero e saúde mental / Nursing home as totalitarian institution: gender and mental health / Asilo de ancianos como una institución totalitaria: género y salud mental. <u>Zanello, Valeska; Henderson, Guilherme; Silva, Lívia Campos e. <i>Mental</i> ; 11(20): 45-62, jan.-jun. 2017. Tab</u></p> <p>Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. Facebook Twitter _ <u>Aravena, José M.; Gajardo, Jean; Saguez, Rodrigo.</u></p>
<p>Práticas e abordagens na saúde mental de velhos e velhas</p>	<p>Ampliando las posibilidades de reformular un proyecto en la vejez: una propuesta de abordaje. Facebook Twitter _ <u>Garritano, Franco; Gastaminza, Florencia Aldana</u></p> <p>A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos / The emotional complexity of intergenerational relationships and elderly mental health</p> <p>Oficina de memória como estratégia de intervenção na saúde mental de idosos / Memory workshop as an intervention strategy in senior mental health.<u>Alvarenga, Márcia Regina Martins; Cerchiari, Ednéia Albino Nunes; Espíndola, Ana Cristina Lima; Martins, Patricia Cristina Statella.</u></p>