

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB)  
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADE E LETRAS (CAHL)  
CURSO DE GRADUAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

LOUCURA E ENVELHECIMENTO:  
A MÉMORIA DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS.

KAREM EMANUELLY DE OLIVEIRA TRABUCO

CACHOEIRA

2013

KAREM EMANUELLY DE OLIVEIRA TRABUCO

LOUCURA E ENVELHECIMENTO:  
A MÉMORIA DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Marcela Mary José da Silva.

CACHOEIRA

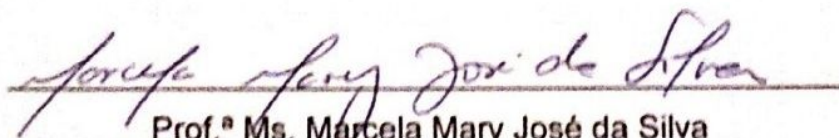
2013

KAREM EMANUELLY DE OLIVEIRA TRABUCO

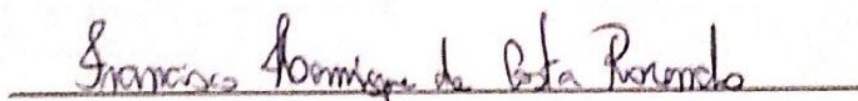
LOUCURA E ENVELHECIMENTO:  
A MEMÓRIA DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Cachoeira – BA, aprovada em 26 / 05 / 2013.

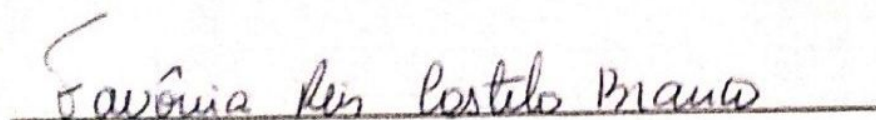
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Ms. Marcela Mary José da Silva  
(Orientador – UFRB)



Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo  
(Membro Interno - UFRB)



Prof.ª Ms. Favônia Reis Castelo Branco  
(Membro Interno – UFRB)

A minha avó, e a todos os “loucos” que me inspiram.

## AGRADECIMENTOS

Como diria Los Hermanos, “a estrada vai além do que ser ver”. Então, quero agradecer a aqueles que se fizeram presente nessa caminhada e que espero contar nas que estão por vir.

Quero agradecer ao meu Deus, provedor da minha fé.

A minha vida, os meus pais Jorge e Genivalda Trabuco, os quais eu considero o meu alicerce, agradeço por absolutamente TUDO que me ensinaram até hoje, por todo amor incondicional que nunca falta, por me permitirem estar onde estou e ser quem sou.

Aos meus irmãos, Ikaro e Sabrina Trabuco, pelo amor e cumplicidade, que mesmo no silêncio se faz presente.

A minha avó materna, a qual eu queria ter mais perto, mas mesmo por telefone, sempre me abençoou e dedicou todo um amor que era só dela.

Aos meus tios e primos, por toda a atenção, amizade e carinho que quero levar pra vida. Em especial a Juliana Trabuco, que além de prima, tornou-se uma amiga irmã.

Aos meus amigos do colégio que, embora distantes, estiveram sempre na torcida se fazendo presente e acreditando no meu potencial.

A turma da graduação, pelo apoio, ensinamento e aprendizado durante toda a trajetória acadêmica, em especial a elas que, me permitiram ser eu mesma e fizeram os dias mais leves, tornando-se as amigas que nunca imaginei encontrar dentro de uma universidade.

Aos amigos que construir nessa jornada em Cachoeira, pelo carinho.

A Mariêda Gentil, por ter-me “adotado” nessa trajetória e me dedicado uma atenção e cuidado característico dela.

As assistentes sociais, Ângela Goes e Ana Cláudia, supervisoras de estágio, que me ensinaram na prática o que é ser uma profissional. A Carol e Michele pelo apoio e idéias compartilhadas durante as idas e vindas a Santo Antônio de Jesus.

Aos entrevistados, por me concederem seu tempo e por meio de uma conversa, me mostrar que há sempre algo para além da aparência.

Aos discentes de Serviço Social do CAHL por me ensinarem as bases profissionais e éticas. Em especial, a Marcela Silva, pela paciência nas orientações

acadêmicas e por me mostrar que eu posso ir sempre mais além. Aos professores Henrique Rozendo e Favônio Castelo Branco por aceitarem o convite e se fazerem presente na banca.

E por fim, sou grata à vida, que me levou a realizar o curso de Serviço Social. Assim, concluo a mais uma etapa da minha vida, no desejo de novas conquistas e diante da assertiva que esse fim é apenas mais um recomeço, de tantos que virão.

Analiseemos então o mundo do terror, o mundo da violência, o mundo da exclusão: se não reconhecemos que esse mundo somos nós, pois somos as instituições, as regras, os princípios, as normas, as disposições e as organizações, se não reconhecemos que fazemos parte do mundo da ameaça e do abuso pela qual o doente se sente assoberbado, não poderemos compreender que a crise do doente é a nossa crise (BASAGLIA, 1924, p.126).

## RESUMO

A pesquisa monográfica teve como principal objetivo (re) conhecer a memória de violação de direitos de três indivíduos com transtornos mentais que são acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Nova Vida de Santo Antônio de Jesus – Bahia. No entanto, para uma melhor análise dos dados, antes foi preciso compreender a construção sócio histórica dos conceitos loucura e envelhecimento, e como o Estado passou a intervir sob esses segmentos da população. No mais, foram situados os marcos legais conquistados após a luta dos movimentos sociais, dando ênfase, no âmbito da saúde mental, a lei nº 10.216/2001 e a Portaria n.º 336/GM que regulamenta os serviços dos CAPS, e no que toca as questões referentes às pessoas idosas, a Lei n.º 10.741 nomeada de Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso (PNI), apontando que existe uma desarticulação entre eles. Os dados empíricos foram obtidos por meio de entrevistas semi estruturadas com os indivíduos mencionados e por meio delas, podem-se observar as políticas públicas que foram acessadas durante o processo de envelhecimento, e como esse acesso ou a ausência dele repercutiu na vida de cada um desses sujeitos. Após a análise das informações obtidas foi possível ratificar que esses indivíduos sofreram violações de direitos, no entanto, por cada um apresentar um processo de envelhecimento específico, as violações ocorreram em momentos diferentes. Frente a essas observações, foi construído, então, o objeto da pesquisa, cujos resultados serão aqui aprofundados.

Palavras - chave: Saúde Mental, Envelhecimento, Memória, Direitos.



## ABSTRACT

The aim purpose of this course The main purpose of this course conclusion research was to know/recognize violation of rights of three people with mental disorder, who are under supervision of the Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Nova Vida (Center of Psychosocial Care) in Santo Antônio de Jesus - Bahia. For better understanding of the data collected, the sociohistorical concept of madness and ageing process, and also how the state has intervene on the segments of the population, had to be clarified. It was also discussed the legal frameworks implemented after the struggles of the social movement, emphasizing, under the mental health view, the law number 10.216/2001 and the ordinance number 366/GM which regulate the CAPS service. About the elderly, the law number 10.741, also known as Senior Citizens' Statute (Estatuto do Idoso), and the National Politics of the Elderly (Política Nacional do Idoso), showing a disarticulation between them. The data collection in the fields was made by a semi-structured interview of the people referred before. It was possible to observe which Public Policies were accessed during the ageing process, and how the access to the services or even lack of it has reverberated on the life of each of the people interviewed. Analyzing the data obtained it was possible to ratify the interviewees have suffered violation of rights, but how each of them has had a specific ageing process, the violation has happened on different moments of lifetime. Given the previous observations, it was constructed the object of this research, which results will be discussed on this paper.

Keywords: Mental Health, Ageing Process, Memory, Rights

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 LOUCURA E ENVELHECIMENTO: UMA VISÃO ESTIGMATIZADA?.....	14
2.1 Contextualização da loucura: Da manifestação divina ao indivíduo “baderneiro” .....	14
2.2 Velhice e o processo de envelhecimento: Uma construção social .....	25
2.3 Estigma e suas repercussões sociais.....	30
3 CONQUISTA DE DIREITOS: UMA REFORMA EM CURSO .....	37
3.1 Estado e a proteção social .....	38
3.2 Formando-se os sujeitos de direitos: da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica.....	47
3.3 A Política Nacional do Idoso (PNI) e a estratégia do CAPS .....	56
3.4 Os aparatos legais: a (des) articulação entre a loucura e o envelhecimento....	58
4 HISTÓRIA DE VIDA: O LUGAR DA LEMBRANÇA .....	65
4.1 Conjuntura e análise institucional .....	65
4.2 O caso de Vitoria, Lucas e Ricardo .....	69
4.2.1 Educação e Trabalho .....	70
4.2.2 Saúde.....	73
4.2.3 Percepções sobre a Loucura e envelhecimento .....	76
4.2.4 Os estigmas sociais .....	77
4.3 O “Caminho de volta” .....	78
5 NOTAS (IN) CONCLUSIVAS .....	82
REFERÊNCIAS.....	85

## 1. INTRODUÇÃO

No período anterior à Reforma psiquiátrica os indivíduos tidos como incapacitados para o mercado de trabalho eram reclusos em manicômios ou asilos a fim de garantir a ordem social. Após algumas décadas, movimentos de denúncias às internações se posicionaram contra a evidente violação de direitos a esses indivíduos, havendo, então, uma progressiva ruptura com o paradigma asilar e subsequentemente, a inserção de modelos de atenção substitutivos. No entanto, devido à história da loucura e do envelhecimento, mesmo após a regularização das leis 10.216/01 (Paulo Delgado) e 10.741/03 (Estatuto do Idoso) – as quais garantem os direitos sociais das pessoas com transtornos mentais e dos idosos – sabe-se que ainda existem violações de direitos a esses segmentos da população.

Nessa perspectiva, o objeto de pesquisa – sujeitos com transtornos mentais em processo de envelhecimento – surgiu do interesse pelo campo da saúde mental e a consequente inserção em campo de estágio curricular no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Santo Antônio de Jesus - BA, bem como a participação na disciplina optativa de gerontologia. Assim, somando-se as experiências apresentadas, o interesse pelas áreas e algumas discussões em sala de aula sobre direito, pode-se pensar na interlocução entre a loucura e o processo de envelhecimento. Deste modo, a pesquisa própria deste estudo monográfico tem como objetivo (re) conhecer se houve ou não violação de direitos durante o processo de envelhecimento dos indivíduos com transtornos mentais.

Diante do exposto, o primeiro capítulo deste trabalho, intitulado de *Loucura e envelhecimento: uma visão estigmatizada?* traz uma discussão pautada em três tópicos, que transcorrem à luz das mudanças que historicamente atravessam os temas aqui analisados, a saber: loucura e velhice. O primeiro tópico *Contextualização da loucura: da manifestação divina ao indivíduo baderneiro*, apresenta a história da loucura, a qual, desde a antiguidade era considerada loquaz, até o momento em que, devido ao contexto social, passa a ser vista como um dos motivos que provoca a desordem social e por tanto, teve que passar a ser controlada pela medicina psiquiátrica por meio de internações.

O segundo tópico deste capítulo, por sua vez, *Velhice e o processo de envelhecimento: uma construção social* carrega consigo a assertiva, com base em

alguns atores, que a fase da velhice nada mais é que uma categoria construída socialmente. Em seguida, é demonstrado como, a partir do modelo francês, foram criados as terminologias de velho, idoso, terceira idade e quarta idade, e a influência direta no Brasil. Outro ponto mencionado é a questão do processo de envelhecimento compreendido com um processo dinâmico e progressivo que repercute diretamente na qualidade de vida na velhice – considerada apenas como uma fase da vida dos indivíduos. Já o último tópico, *Estigma e suas repercussões*, defende que devido à história da loucura e da velhice, mesmo com as mudanças nas concepções dos termos, ambas as categorias carregam consigo um lastro social.

Após mencionar a trajetória da loucura e da velhice, o segundo capítulo discorre sobre o momento em que a sociedade não mais podia negligenciá-los, não de forma tão clara, e desta forma, começam a emergir movimentos sociais em busca da conquista de direitos, garantindo as condições materiais e ideais para a inserção de políticas que assegurassem tais demandas no cenário brasileiro. Intitulado, portanto, de *Conquista de direitos: uma reforma em curso*, este capítulo apresenta em seu primeiro tópico, *Estado e proteção social*, uma breve discussão e análise da proteção social no Brasil, desde a concepção de seguro social à concepção de seguridade social, apontado que paralelamente a essas formas de proteção existiam percepções diferenciadas sobre cidadania.

O segundo tópico deste mesmo capítulo, *Formando-se os sujeitos de direitos: da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica*, dá ênfase a questão dos movimentos pela busca de melhores condições na saúde pública, dentre eles a Reforma Sanitária no Brasil, situando que um dos principais pontos de pauta é uma nova concepção de saúde, tornando-a uma política pública. Dentro desse quadro de lutas por direitos, surgiram também alguns movimentos simultâneos e inspirados na Reforma Sanitária, dentre elas, a luta pela qualidade dos serviços de saúde mental, bem como a luta de profissionais e de idosos pelo reconhecimento de suas demandas. Nessa conjuntura, esse tópico ainda aponta o Movimento da Reforma Psiquiátrica, a qual deu origem à luta Antimanicomial e discorre sobre a estratégia dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Política Nacional do Idoso (PNI).

Já o terceiro tópico desse segundo capítulo aborda *Os aparatos legais: a (des) articulação entre a loucura e o envelhecimento*, justificando-se que, mesmo com a regulamentação das leis das leis 10.216/01 e 10.741/03, que dispõem sobre a

proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e dos idosos, respectivamente, ainda existe uma desarticulação entre ambas. Ora pelo fato de uma tocar superficialmente em pontos da outra, ora por conceber que em alguns espaços sócio-ocupacionais os profissionais limitam o indivíduo a apenas um atributo – no caso de estudo, ou louco, ou velho –, reforçando o estigma e setorializa as demandas dos indivíduos.

Por fim, o último capítulo nomeado *História de vida: o lugar da lembrança* surgiu em cena com intuito de responder as inquietações que originaram o objeto de estudo, trazendo o discurso de indivíduos que foram acometidos por algum tipo de transtorno mental durante o processo de envelhecimento. Para tanto, o primeiro tópico aborda a *Conjuntura e análise institucional* do ambiente onde foi realizada a pesquisa empírica. Essa análise tem por finalidade contextualizar a pesquisa e o lugar do sujeito, para, no tópico subsequente, delinear a história de vida, remetendo-se as políticas públicas, que foram acessadas durante todo o processo de envelhecimento.

O terceiro tópico, denominado de *o caminho de volta* baseia-se na perspectiva de Marx, e utiliza a própria nomenclatura do ator, para reportar-se ao processo de elevação e investigação da realidade, em que, a partir de uma dada realidade, a qual vista de forma aparente e em sua singularidade, pode-se, por meio da mediação reconhecer as particularidades e a universalidade que a envolve<sup>1</sup>. Desta forma, um indivíduo acometido com um transtorno não é mais apenas um louco, mas um sujeito que é envolvido por múltiplas determinações.

O trabalho então é caracterizado pelo seu caráter político e propositivo, pois, passa (ou pelo menos tenta passar) para seus leitores que, aqueles ainda marginalizados do processo de produção e reprodução social são indivíduos dotados de saberes, que têm uma memória de acesso a não direitos que faz parte da história da sociedade brasileira.

---

<sup>1</sup>A discussão sobre a perspectiva de Marx sobre o “caminho de volta” foi baseada nas discussões de Cláudia Monica dos Santos (2010) em seu livro *Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social*. Editora Lúmen Júris, Rio de Janeiro. 2010

## 2. LOUCURA E ENVELHECIMENTO: UMA VISÃO ESTIGMATIZADA?

Ao longo dos séculos a loucura e o envelhecimento tiveram diferentes representações sociais, desta forma, o capítulo aqui apresentado se propõe a explicitar e discutir como foram concebidos tais conceitos no decorrer da história, entendendo, no entanto, que existem particularidades que os envolvem e essas variam a depender do contexto social, político e econômico. Cabe, portanto, ratificar ainda que devido à historicidade, cada representação carrega consigo um significado diferenciado e este, por sua vez, repercute diretamente no trato dado as questões. Assim, será demonstrado no primeiro tópico deste capítulo que em cada momento da história e diante do modelo de sociedade vigente da época, houveram tratos diferenciados para as questões.

Em meio às representações, nomenclaturas diferentes foram concebidas tanto ao indivíduo com transtorno, quanto ao velho. Desta forma, entende-se que há, como pano de fundo, construções sociais que estão interligadas a produção e reprodução da sociedade. Logo, todas as representações anteriormente dadas a esses indivíduos repercutem na construção histórica contemporânea do estigma social sobre a loucura e a velhice, e esse estigma transporta consigo a construção da identidade, os quais serão pontuados no segundo e terceiro tópico deste capítulo, respectivamente.

### 2.1 Contextualizações da loucura: da manifestação divina ao indivíduo “baderneiro”.

A loucura – concebida como um fenômeno social – foi interpretada de várias formas, conforme a época e a cada contexto. Historicamente foi apreendida de diferentes maneiras pela sociedade. De dono da razão, passou a ser considerado um ser que a perdeu; depois um possesso, sob o controle da Igreja; até chegar a ser classificado como um doente, quando passou para os domínios da Medicina, em especial, da psiquiatria.

Na antiguidade, a saúde mental foi entendida, por muitos séculos, como um processo de loucura encarada como falha da natureza, dádiva dos deuses ou

manifestações sobrenaturais. Nesse sentido, Foucault afirmar que o saber dos loucos estava correlacionado,

[...] ao mesmo tempo o reino de Satã e o fim do mundo; a última felicidade e o castigo supremo, o todo-poder sobre a terra e a queda infernal. A Nau dos Loucos atravessa uma paisagem de delícias onde tudo se oferece ao desejo, uma espécie de Paraíso renovado, uma vez que nela o homem não mais conhece nem o sofrimento nem a necessidade. No entanto, ele não recobrou sua inocência. Essa falsa felicidade é o triunfo diabólico do Anticristo, é o Fim, já bem próximo (FOUCAULT, 1978, p. 26-27).

E ainda acrescenta que a loucura

[...] governa tudo o que há de fácil, de alegre, de ligeiro no mundo. É ela que faz os homens "se agitarem e gozarem", assim como os deuses; foi ela quem originou "Gênio, Juventude, Baco, Sileno e esse gentil guardião dos jardins". Tudo nela é uma superfície brilhante: não há enigmas ocultos. A loucura aparece aqui como a punição cômica do saber e de sua presunção ignorante. É que, de um modo geral, a loucura não está ligada ao mundo e a suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, a suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões. (Ibidem, p. 29).

Nesse sentido, pode-se observar que a loucura, ou, aquilo "*referente a este conceito*" (STOCKINGER, 2007, p. 24), era entendida como algo interligado com o cósmico e com as fragilidades humanas, e assim, considerada uma manifestação divina – sendo esta a representação social dada na antiguidade. Desta forma,

[...] o louco era então concebido em sua excentricidade necessária e supersticiosa, dotado de determinada sabedoria profética e transformadora. Não havia, portanto, a segregação dos loucos. Propunham-se, todavia, tratamentos por sono e incubação nos templos esculapianos. Imaginava-se que ao sonharem com o Esculapio, o deus dos mortais, da saúde e da medicina e com outros bons deuses, sintomas poderiam ser apaziguados" (Ibidem, 24).

No século XV, com a emergência da Idade Média e a compreensão feudal de que o mundo seguia regras divinas, a loucura era vista como não humana e, assim, interligada a algo diabólico. Por não ser concebida como manifestação divina, tão pouco a uma doença, a Igreja propunha o salvamento da alma de modo a solucionar ou, ao menos, amenizar tais perturbações. O tratamento oferecido pelo Cristianismo

“aos loucos era de respeito, e as crises eram atribuídas aos espíritos maus” (MOREIRA, 2004, p.105). Foucault ainda salienta que

A loucura é o ponto mais baixo da humanidade ao qual Deus consentiu em sua encarnação, querendo mostrar com isso que nada existe de inumano no homem que não possa ser resgatado e salvo; o ponto último da queda foi glorificado pela presença divina, e é esta lição que a loucura ainda fornece para o século XVII. (FOUCAULT, 1978, p 157).

Por serem considerados feiticeiros ou demonizados, havia então a necessidade de ser resgatado e salvo, desta forma, Stockinger (2007) salienta que esses indivíduos eram exorcizados por meio de rituais.

Com o processo de decadência do feudalismo, houve o crescimento das cidades e, paralelamente, surgiram os problemas de caráter sanitários e sociais. Por voltado século XVII - período demarcado pela predominância de um modelo mercantilista e por ideais Iluministas<sup>2</sup> – a loucura, antes concebida com bases e princípios religiosos, cede lugar a uma segregação de caráter político, passando a ter ligação direta com o internamento. Nesse momento, a loucura passa a ser entendida como desrazão, e por sua vez, era vinculada a aspectos de desqualificação moral.

Mesmo com a Revolução Francesa, onde se pregava o ideal de liberdade, igualdade e fraternidade a todos, os loucos ainda eram mantidos a margem da sociedade. Nesse contexto, Amarante (1995) assegura que a Revolução sugeriu uma provável solução para a condição civil e política dos “alienados” que não podiam gozar igualmente dos direitos de cidadania, uma vez que, para não contradizer os lemas pregados, não poderiam mais ser simplesmente excluídos. Desta forma, o asilo tornou-se um espaço da cura da razão e da Liberdade.

Diante de tais aspectos, Moreira(2004) afirma que a loucura deve ser tratada

[...] não como fator de exclusão social, e sim de marginalização social, por entender que quando se emprega a palavra excluído entende-se que este indivíduo está fora da sociedade. A pesquisa entende que não existem pessoas fora da sociedade, mas à margem desta sociedade. Os marginalizados, os que não participam das decisões sociais, não serão aqui tratados como excluídos, mas

---

<sup>2</sup>Os pensadores iluministas defendiam e acreditavam no pensamento racional, o qual deveria ser levado adiante substituindo as crenças religiosas e o misticismo, que, segundo eles, bloqueavam a evolução do homem. Então, o homem deveria ser posto no centro e passara-se a buscar respostas para as questões que, até então, eram justificadas somente pela fé.



inclusos num regime de segregação que os impede ou dificulta de serem cidadãos com plenos direitos e deveres (MOREIRA, 2004, P.19).

No que toca a lógica de internamento, Foucault (1978) a considera relevante por dois motivos: por essa estrutura ser a mais concreta e visível experiência clássica da loucura em um determinado contexto, bem como, porque será exatamente ela a responsável por provocar escândalo, quando esse mesmo modelo passar a ser alvos de críticas.

Com o advento da Revolução Industrial, entre o fim do século XVIII e início do século XIX, cresceu o contingente de fábricas e com elas o número de operários – os quais eram submetidos a horas de trabalho e baixa remuneração– e os problemas sociais. Decorrente desses problemas aumentaram os sofrimentos psíquicos (MOREIRA, 2004). Nesse contexto, “a loucura ganha então status médico de doença” (STOCKINGER, 2007, p. 26) onde o louco é separado dos criminosos, e transferido para os manicômios, entretanto, continuam sendo segregados da sociedade.

No Brasil, a psiquiatria surge concomitantemente à chegada da Família Real em meados do século XVIII, a qual ao chegar ao país, buscou formas de implantar o modelo e a ordem portuguesa, e assim, com o intuito de colocar ordem na urbanização e disciplinar a sociedade. Nesse sentido, aqueles com o comportamento considerado desviante e inadequado às necessidades do acúmulo de capital – a saber: órfãos, epiléticos, miseráveis, libertinos, velhos, crianças abandonadas, aleijados, loucos e infratores – eram internados visando garantir a segurança da ordem pública, bem como prever uma suposta contaminação e desordem social, e a eles couberam o título de indivíduos baderneiros. Com isso,

[...] o doente mental, que pôde desfrutar, durante longo tempo, de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve essa liberdade cerceada e seu sequestro exigido levado de roldão na repressão a indivíduos ou grupos de indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem se adaptar a nova ordem social, e constituíram em ameaça a esta mesma ordem (RESENDE, 2007, p. 29).

Nesse momento em que as bases da sociedade capitalista começam a ser consolidadas, houve diversas violações de direitos<sup>3</sup>a essa parte da população. Portanto, pode-se ainda afirmar que “[...] a ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental, todo comportamento inadaptável aos limites da liberdade burguesa” (TUNDIS, 2007, p. 12), e as pessoas que não estavam aptas ao mercado de trabalho deveriam ser internadas em asilos ou manicômios. Ou seja, a loucura passa a ser vista como um empecilho ao desenvolvimento do capital.

Foucault (1978) ressalta que “os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos”(FOUCAULT, 1978, p. 13). Então, a loucura antes considerada manifesta e loquaz, nesse novo período histórico, passa a ser marginalizada. Contudo, Foucault ainda discorre que

Não é fácil levantar o sentido exato deste costume. Seria possível pensar que se trata de uma medida geral de expurgo que as municipalidades fazem incidir sobre os loucos em estado de vagabundagem; hipótese que por si só não dá conta dos fatos, pois certos loucos, antes mesmo que se construam casas especiais para eles, são recebidos nos hospitais e tratados como loucos (Ibidem, p.14).

O referido autor ainda aponta que a loucura tem, aproximadamente trezentos anos de história, e antes do século XVIII, os comportamentos considerados doentios, “eram atribuídos a possessões e eram da competência da Igreja” (Ibidem,84). Logo, pode-se notar que esse momento já era marcado pela estigmatização<sup>4</sup> de indivíduos acometidos com algum tipo de transtorno mental, já que esses eram postos a margem da sociedade.

---

<sup>3</sup> Cabe salientar que essa expressão tem base contemporânea e é compreendida como a negação ou omissão de qualquer direito – seja ele social político ou econômico – que garanta o indivíduo ter acesso a uma vida digna e goze da cidadania. Contudo, pontuo no contexto da chegada da Família Real por conceber que, ainda que a nomenclatura não existisse no referido período, já havia uma forma marginal de tratar e cuidar os indivíduos com transtorno mental, vistos na época, como loucos e incapacitados. Nesse sentido, podia se observar que havia violações de direitos, no entanto, não era compreendido como tal, uma vez que ainda não existia a concepção de direitos universais, pois apenas a classe detentora do poder (nesse caso, a família real) tinha acesso às riquezas, a saúde e educação.

<sup>4</sup>Esse conceito, tal como violação de direito, é contemporâneo e, portanto, não era utilizado no século XVIII. Entretanto, por reconhecer que os indivíduos da referida época já eram vistos de maneira diferenciada e essa visão implicava diretamente na maneira como eles eram tratados, pode-se

Diante dessa perspectiva de higienização da sociedade, cabe salientar que a definição do normal e do patológico não é mais identificada

[...] a partir de uma normatividade pessoal de cada um mas de um eixo de referencia supra-individual, emanada das necessidades da economia, entendida aqui, no seu amplo sentido, como práxis posta a serviço da produção e reprodução da vida social (RESENDE, 2007, p.20).

Dentro dessa perspectiva, cabe ainda acrescentar que os indivíduos com transtornos eram “varridos” da cena social, confinados e amontoados nos porões das Santas Casas e hospitais gerais, sob a forma de tratamentos médicos disfarçados. Nessa lógica, corroborando com o pensamento de Franco Basaglia (2005) observa-se que

[...] o internado, em vez de parecer como um doente, surge como o objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, porque toda ação contestadora foi definida dentro dos limites da doença. O nível de degradação, objetivação e aniquilação total em que ele se apresenta não é a expressão pura de um estado mórbido, mas, sobretudo o produto da ação destrutiva de uma instituição cuja finalidade era salvaguarda dos sãos diante da loucura (BASAGLIA, 2005, p. 108).

Diante disso, Foucault (1978) percebeu que havia uma preocupação com o trabalho, ou melhor, com a condenação da ociosidade que os indivíduos carregavam. A partir daí, a política asilar passa a ser vista segundo Delgado (2007), como um aspecto indissociável da dinâmica de exclusão, uma vez que as funções sociais dos hospícios restringem-se a,

[...] c) um abrigo, albergue ou asilo de velhos, menores abandonados e mendigos, isto é, dos sem-família e sem-lar; [...]; e) refúgio de criminosos, estupradores, corruptos, mal-versadores dos cofres públicos, entre outros. Aí há o interesse por parte da família, e as vezes, da pessoa, de encobrir o ato criminal com motivos de desordens psíquicas; f) recurso para internação de pessoas com problemas clínicos, neurológicos ou outros gêneros, mas que apresentam qualquer descontrole emocional (DELGADO, 2007, p.181).

---

afirmar então que já se existia um estigma. Esse termo está associado diretamente há atributos de determinados grupos, e implica na construção da identidade social. Tais conceitos serão discutidos ainda neste capítulo, no terceiro tópico.

Entretanto, essas instituições não separavam aqueles que infringiram uma lei, dos que apenas tinham algum transtorno mental. Deste modo, pode-se observar que nesse cenário, a forma de “cuidado” violava os direitos de indivíduos, pois, apesar de serem minimamente assistidos, não eram submetidos a tratamentos necessários para a recuperação da sanidade mental.

Stockinger (2007) pontua que tais instituições assistências psiquiátricas tornaram-se centro ajustadores de “desajustados” frente ao sistema (grifos do autor), pois foi constatado que “um dos fiéis retratos desta realidade era o fato dos doentes não receberem diagnósticos diferenciados, pois a 90% deles, no início do século XX, era atribuído o mesmo diagnóstico: degenerados atípicos” (STOCKINGER, 2007, p. 28).

Seguindo ainda a vertente da discussão sobre as instituições, Goffman (1996,) em seu livro “*Manicômios, Prisões e Conventos*”, relata que o modelo manicomial caracteriza-se como uma Instituição Total<sup>5</sup>, uma vez que ela é marcada pelo caráter de fechamento, onde perpassa sobre ela, uma barreira simbólica na qual as relações sociais como o mundo externo não ocorrem. As proibições são bancadas, segundo o autor, através de um esquema físico em que as portas fechadas, as paredes altas, os arames farpados, dentre outras estratégias, são montadas para assegurar a efetividade institucional. Desta forma, uma das características marcante dessa lógica é que todos os aspectos da vida passam a ser realizados no mesmo local sob uma única autoridade, bem como, cada atividade desenvolvida será sempre acompanhada por um grupo de outras pessoas, obrigados a fazê-las em conjunto. Ou seja, observa-se nesse modelo a violações de direitos no que toca, primeiramente, a questão do ir e vim e da privacidade, pois tudo passa a ser controlado, supervisionado e até mediado por outrem. Assim, começam a então coexistir relações de poder, em que a equipe de dirigentes passa a se sentir

---

<sup>5</sup>Goffman (1996) conceitua como instituições totais um ambiente de resistência e trabalho onde um elevado contingente de pessoas em situações semelhantes, separadas da sociedade mais geral por um determinado tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. Também aponta que, em nossa sociedade, existem cinco agrupamentos de instituições totais. As criadas para cuidar de pessoas que, normalmente se pensa, são incapazes e inofensivas, a exemplo das casas para velhos, órfãos e cegos; para as pessoas consideradas incapazes de cuidar de si e que são ameaças para a sociedade, neste caso, os sanatórios para tuberculosos e hospitais para doentes mentais; as usadas para proteger a comunidade contra os perigos intencionais, como as cadeias, penitenciárias; o quarto agrupamento seria as instituições que tem o intuito de realizar alguma tarefa, como as colônias, campos de trabalhos; e os estabelecimentos destinados a servir de refugio do mundo, a exemplo das abadias, mosteiros e conventos.

superior e correta e os internados, por sua vez, inferiores, fracos e até mesmo culpados.

As instituições totais são, portanto, consideradas estufas para mudar as pessoas, onde cada um passa a ser um “experimento natural sobre o que se pode fazer do eu” (GOFFMAN, 1996, p. 22). Nessa lógica, o autor garante que essas instituições provocam, ainda que não seja de forma intencional, a mortificação do eu, decorrente das humilhações, degradações e/ou rebaixamentos provocados.

Um das primeiras formas de mortificar o eu é a barreira colocada entre o internado – nesse caso, o tido como louco – e o mundo externo, seja pela proibição de sair da instituição, ou por retirar os bens materiais que eles carregam consigo, quando carregava. Deste modo, pode-se concluir que essas instituições violam o território do eu, onde “a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas” (Idem, id, p.31), onde o indivíduo encontrava-se sempre em uma posição que podia ser visto ou escutado, ainda que seja tão somente, por um colega. Pode-se observar então que, existe ininterruptamente uma violação de direito, seja pelo espaço físico ou pelas relações sociais impostas.

No que toca ao tratamento destes indivíduos no Brasil – não sendo diferente dos outros países –, esses eram entregues a guardas e carcereiros e “seus delírios e agitações eram reprimidos por espancamentos ou contenções em troncos [...]” condenados “[...] a morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas” (RESENDE, 2007, p.35). Devido ao elevado contingente de sujeitos recolhidos nesses porões, alguns tinham que ser reclusos nas prisões onde os maus tratos eram democraticamente distribuídos a todos.

Observa-se que, o final do século XVIII e início do século XIX, foram marcados pela extrema violação de direitos de indivíduos com transtornos mentais, independente da faixa etária. No entanto, essa forma de internamento mencionado não era considerada como um estabelecimento médico, mas, e, principalmente, “[...]uma estrutura semi jurídica que, além dos tribunais, decide, julga e executa. Na organização das casas de internamento, portanto, não está presente nenhuma ideia ou liderança médica” (VIEIRA, 2007, p.7).

Por tal fator, Basaglia (1924) enfatiza que a situação do internado em um hospício transforma o homem em um ser sem direito, sujeito ao poder da instituição e, portanto, encontrava-se a mercê dos médicos que decidiam por eles, os

afastavam e excluíaam da sociedade. No entanto, a grande maioria dos indivíduos que se encontravam nessas condições de tratamento, eram os segmentos oriundos das classes populares que estavam alijados do processo produtivo. Então, Basaglia (2005) ainda acrescenta que “[...] a doença, como condição comum, adquire significados concretamente distintos segundo o nível econômico e social de quem está doente” (BASAGLIA, 1924, p. 99).

Vieira (2007) traz uma analogia da relação de classe com a loucura e um paralelo com a “necessidade” de criar estratégias que retire da sociedade os considerados incapazes de produzir riquezas. Assim, a autora afirmar que

A relação entre o internamento e o aparecimento de uma nova reação à miséria produz, no decorrer do século XVI, uma nova figura do pobre, bem estranha à Idade Média. A miséria não possui mais a positividade mística que estava presente na Idade Média, mas é encerrada em uma culpabilidade. Agora, num mundo no qual os Estados substituem a Igreja nas tarefas de assistência, a miséria se tornará um obstáculo contra a boa marcha do Estado, passando de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena. Dessa forma, se o louco era, na Idade Média, considerado uma personagem sagrada era porque, para a caridade medieval, ele participava dos obscuros poderes da miséria. A partir do século XVII, a miséria é encarada apenas em seu horizonte moral e, assim, se antes o louco era acolhido pela sociedade, agora ele será excluído, pois ele perturba a ordem do espaço social. (Ibidem, p.8).

Considerando tais aspectos, Resende (2007) ainda relata que as famílias que tinham posses mantinham seus loucos em casa sob a guarda de um assistente contratado, os quais eram denominados “auxiliares psiquiátricos” (Grifos do autor). E reforça que aos pobres era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, onde sua sobrevivência era garantida a partir da benesse/caridade pública, e aqui acrescento, quando não eram jogados em porões como já mencionado. Deste modo, “[...] a imagem de loucos errantes, pobres, alvos da chacota e até mesmo da violência dos passantes, que não raro lhes atiravam pedras, não é incomum nos relatos históricos”(RESENDE, 2007, p.21).

A criação do Hospício D. Pedro II em 1852acarretou uma ampliação no número de doentes internados, de tal modo que os asilos e manicômios se espalharam pelo país fortalecendo o caráter dominante dessa ordem (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012), essa lógica, por sua vez, tornou-se uma tendência constante ao

longo da história da assistência psiquiátrica. Diante da ampliação desses serviços, Resende (2007) reafirma que

[...] a população de internados, condenados a um caminho sem retorno, não cessou de crescer; a construção de novos hospitais ou ampliação dos já existentes eram meros paliativos e as demandas por mais verbas e mais leitos a tônica dos relatórios e conclusões de encontros e congressos de especialistas (RESENDE, 2007, p. 52).

Assim como nas Santas Casas, no Hospício D. Pedro II “os doentes eram vítimas das camisolas de força, os jejuns impostos, as cacetadas, os maus tratos e até o assassinato” (MEDEIROS, 1977 apud RESENDE, 2007, p.39). E o trato a loucura permanecia pautada nas exigências do trabalho, portanto,

Um evento importante para a própria loucura, que agora é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se ao grupo, modificando o seu sentido drasticamente. Nasce, assim, uma nova sensibilidade em relação à loucura, na qual esta é arrancada de sua liberdade imaginária tão presente na Renascença e se vê reclusa pelo internamento e ligada à Razão e às regras da moral (VIEIRA, 2007, p.12).

Desta forma, observar-se que a relação estabelecida entre a loucura e a (in) capacidade de trabalhar perpassa o contexto brasileiro desde a chegada da Família Real no país. Ou seja, em ambos os momentos faz-se uma associação com o acúmulo de capital.

Por volta de 1890 – com o advento da República – surge o primeiro desenho de política pública<sup>6</sup> no âmbito da saúde mental, porém, ainda com a proposta de segregação social (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). Contudo, uma nova concepção de doença mental foi proposta por Juliano Moreira, o qual não limitou mais o discurso à loucura, ampliando o campo de intervenção e,

[...] partindo da concepção do indivíduo como ser social, dotado de algum grau de periculosidade e reunindo as percepções que sobre ele produzem diversas instituições como a polícia, a justiça e a família, com base em critérios que se referem à transgressão das leis da moralidade (Ibidem, p. 10).

---

<sup>6</sup>Segundo Resende, a psiquiatria e a Saúde Pública unem-se na perspectiva de “sanear a cidade, remover a imundície e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade” (2007, p.45), visando à prevenção e a higiene mental.

Suas ideias inspiraram em 1923 a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) cujo programa propugnava a intervenção no espaço social, ainda que com características eugênicas. Essa LBHM baseava-se no sistema de assistência hetero familiar (STOCKINGER, 2007), onde alguns pacientes eram inseridos nas colônias agrícolas<sup>7</sup> próximos das residências familiares. Esse sistema foi marcado por ser considerada uma experiência que tentou assegurar, ainda que minimamente, alguns direitos a esses indivíduos com transtornos, uma vez que tentou levá-los para fora dos manicômios. Essa tentativa foi concebida como

[...] um movimento preocupado em preservar e estimular o desenvolvimento mental normal, pretendendo através de uma psicoeducação reduzir a exposição dos indivíduos a fatores de risco para desenvolvimento de transtornos mentais graves, sociopatias, etc. (Ibidem, p. 29).

Contudo, essa proposta ainda era marcada por ter atributos controladores e ajustadores do comportamento.

Já por volta do final da década de 1950 a situação dos hospícios tornou-se caótica, “[...] superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios” (RESENDE, 2007, p.55). Com isso, ampliou-se a cobertura previdenciária e esta refletiu também na área psiquiátrica, uma vez que houve a mercantilização do cuidado a saúde tornando a doença mental um objeto de lucro. Todavia, devido às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população, foram registradas denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política privatizante da assistência psiquiátrica. Muito embora a qualidade da assistência pública não se diferenciasse daquela dos serviços privados, “a sua defesa era calcada, por um lado, em um postulado ideológico, qual seja, a defesa da coisa pública e, por outro, na hipótese de que a deterioração da coisa pública era consequência da política de privilégio do setor privado” (AMARANTE, 1997, p. 167).

Mediante a modernização da sociedade e as denúncias dos hospícios e dos asilos – os quais desempenhavam o papel de excluir os loucos, vistos como incapacitados para o mercado de trabalho (onde, os indivíduos com transtornos já

---

<sup>7</sup>As colônias agrícolas tinham como filosofia estimular o doente a trabalhar no campo a fim de reintegrá-lo através de uma perspectiva agropecuária, mas, sobretudo, reduzir o ônus que o Estado tinha com o doente. E Resende(2007) ainda afirma que o trabalho, nesse contexto, tornou-se uma imposição terapêutica.



idosos se encaixavam)– essa função, “não mais podia ser desempenhado com tanta crueza e transparência, deveria ser minimamente dissimulado [...]” (RESENDE, 2007, p.55). A sociedade descobre que não pode expor sua face violenta abertamente para não criar contradições, ou seja, a violação de direitos, antes, totalmente explícita deveriam ser amenizadas, ou, pelo menos, “maquiadas” na sociedade, tendo em vista os diversos movimentos que começaram a surgir, a princípio, em outros países.

## 2.2 Velhice e o processo de envelhecimento: Uma construção social.

No artigo “Desafios e perspectivas na velhice: a interpretação da terceira idade”, Meire Nunes (2012) faz referência à antropóloga Guita Debert, a qual defende que a sociedade define as faixas etárias separando as crianças dos jovens, os adultos dos velhos, e estes, por sua vez, dos muitos velhos. Nesse ínterim, pode-se observar que as categorias supracitadas são criações culturais que se abonam pelas construções sociais mutáveis de acordo com o momento histórico. Ou seja, a velhice constitui-se como uma categoria socialmente produzida.

Em consonância com esse argumento, Debert (2007) também salienta que essas divisões presentes nas sociedades, são no que toca as questões antropológicas, materiais relevantes para pensar na produção e reprodução social. Por ser determinada ao depender do contexto social e político, a velhice, além de sua dimensão cronológica, baseia-se nas relações sociais, e assim, existe uma multiplicidade de conceitos. O referido autor também acrescenta que ao afirmar que as categorias de idade são construções culturais e que mudam com e na história, não significa que elas não tenham efetividade, uma vez que tais categorias estabelecem os direitos e deveres diferenciados para cada recorte. Dessa forma “mais do que a idade cronológica, são os valores e conceitos depreciativos que definem o estigma da velhice” (RODRIGUES, SOARES, 2006, p. 23).

Mediante a variedade desses conceitos sobre, o que de fato, constitui-se como a velhice, Moragas (1997) define três concepções sobre essa fase da vida, a saber: velhice cronológica, velhice funcional e velhice como etapa vital. A primeira refere-se ao agrupamento por idade e é associado ao momento de afastamento do

trabalho, no entanto, torna-se um conceito equivocado, pois o impacto do tempo é diferenciado para cada indivíduo devido às particularidades que os permeiam. O segundo está correlacionado com a incapacidade do indivíduo, uma vez que, nem todas as pessoas que chegam a essa fase da vida e tornaram incapazes ou limitados para realizar quaisquer atividades torna-se um argumento sem fundamento. O último, por sua vez, é segundo a autora a concepção mais moderna e assim como as demais fases da vida (infância, adolescência e adulta) a velhice é constituída de limitações e potencialidades (REIS, et. al., 2010)

Contudo, mesmo com a diferenciação das concepções mencionadas, existem na sociedade contemporânea vários entendimentos relacionados à velhice. Todos os termos utilizados para conceber essa fase da vida ou, até mesmo o processo de envelhecer, a saber; velho, terceira idade ou “melhor idade” fazem parte da trajetória de uma formulação política, e essas, carregam consigo representações sociais. Paralelamente a alteração dessas representações, novas modificações foram surgindo ao longo do tempo e assim, emergiu também, a necessidade de políticas voltadas a essa parcela da população.

O conceito de velhice, segundo Nunes (2012) surgiu na transição do século XVIII para o século XIX – mediante a Revolução Industrial – quando a representação da velhice passa a ser associada à degeneração ou decadência, pois antes as pessoas consideradas velhas não eram afastadas das suas relações sociais e familiares.

No início do século XIX, a baronesa Francesa Maussion, afirmava que para ter uma velhice agradável era necessária paz e piedade entre família, bem como a manutenção das relações sociais das pessoas mais velhas com os mais jovens. Entretanto, apenas no final do referido século os franceses passaram a considerar relevante o tratamento social prestado a essa fase da vida. Por conta desse novo olhar, começaram a distinguir dentro dos asilos os velhos dos mendigos internados.

Na França, segundo Peixoto (2007) a questão da velhice era associada especialmente àquelas pessoas que não tinham condições financeiras de assegurar seu futuro, pois aos detentores de poder lhes eram designados os status de patriarca. Assim, podia-se observar que para esse recorte social da população eram atribuídos

[...] alocações diferenciadas para tratar cada grupo de pessoas da mesma idade: designava-se mais correntemente como velhos (*vieux*) ou velhote (*vieillard*) os indivíduos que não detinham estatuto social, enquanto os que possuíam era em geral designados como idosos (*personne âgée*) (PEIXOTO, 2007, p. 71).

Nesse sentido, já se podia observar a utilização de nomenclaturas diferentes que eram carregadas de significados e representações diferenciados. Contudo, cabe salientar que, para cada contexto sociopolítico, há variações na representatividade da nomenclatura. O termo velhote no século anterior não estava ligado à classe, uma vez que também eram utilizados para velhos ricos e associavam-se ao bom cidadão, bom pai. Desta forma, o século XIX entrelaçou as nomenclaturas ao processo de produção, e, por conseguinte, a classe social, de tal modo que, a noção de ser velho passou a ser “assimilada à decadência e confundida com a incapacidade para o trabalho” (Ibidem, p.72).

Em meados do século XX, com a eminência de uma nova concepção sobre o envelhecimento, foram realizadas na França algumas discussões sobre a Política de Integração Social da Velhice, a qual almeja à transformação da imagem das pessoas que estão envelhecendo a fim de exprimir uma nova realidade de velhice. Simultaneamente houve uma revisão nas políticas sociais, em que a proposta de segregação – pautada na exclusão por meio dos asilos – foi substituída por uma de integração; bem como a transformação nos termos de tratamento, dessa forma, a palavra “velho(a)” é suprimida dos documentos, passando-se a empregar o termo idoso<sup>8</sup>.

Diante disso, Nunes (2012) aponta que “a definição conceitual de terceira idade segue a terminologia francesa, para definir uma categoria etária cujo princípio cronológico pode variar de 60 a 65 anos, ficando ausente uma unanimidade sobre o que é ser idoso.” (p. 12). Essa variação decorre, essencialmente, da concepção cultural do país.

Com a institucionalização das aposentadorias na França, surge a terminologia “terceira idade”, a qual foi designada para representar os jovens que se aposentava e foi caracterizada por “uma nova etapa da vida, em que a ociosidade simboliza a pratica de novas atividades sob o signo do dinamismo” (PEIXOTO, 2007, p. 76), e encontra-se entre a aposentadoria e a velhice, ou seja, ela não é substitutiva da

---

<sup>8</sup>Essa terminologia foi introduzida na sociedade por ser considerada menos estereotipada e passar mais respeito, no entanto ela suscitou diversas críticas de alguns especialistas na área.

nomenclatura “idoso (a)”. Outra expressão francesa é a da “quarta idade”, conferida aos indivíduos com a idade de ou superior a 75 anos.

Essas concepções européias, que tiveram sua origem na França, influenciaram diretamente as designações da velhice concebida no Brasil. Sendo assim, o uso das nomenclaturas não se diferenciaram. Do mesmo modo, “os documentos oficiais publicados antes dos anos 1960 denominavam as pessoas pertencentes a esta faixa de idade simplesmente de velhas” (ibidem, p.77). Devido a essas mudanças, no final da referida década, passou-se a também utilizar o termo idoso<sup>9</sup>.

No Brasil, no que toca a questão do envelhecimento, pode-se ressaltar que o número de pessoas mais velhas aumentou consideravelmente nos últimos anos, e dentro desse percentual, enquadra-se também o contingente de pessoas com transtornos e que estão envelhecendo. Com base em dados do Censo de 2010, a população brasileira constitui-se por 190.755.799 habitantes, e nesse quadro cerca de 6.503.287 (3,4%) estão entre os 60 e 64 anos, e 4.852.789 entre 65 a 69 (2,5%). Ainda dentro desse número de habitantes, 2.611.536 (1,4%) do total de habitantes brasileiros possuem algum tipo de deficiência mental/intelectual. Nesse percentual de 1,369% cerca de 125.996 (0,1%) de idosos com 60 a 64, bem como 96.769 (0,1%) entre 65 e 69 anos, apresentam algum tipo de deficiência mental/intelectual. Ou seja, aproximadamente 6% da população brasileira encontram-se entre 60 e 69 anos e dentro desse percentual cerca de 0,1% são acometidos com algum tipo de deficiência.

Contudo, em consonância com Peixoto (2007), cabe ainda salientar que, nesse contexto, essas mudanças não corresponderam à implantação de novas políticas sociais voltadas para essa parte da população, mas, e, sobretudo, apenas a “trocas de etiquetas” (SOUZA, 1998, apud NUNES, 2012). Tais políticas devem ser voltadas para resgatar a dívida com aqueles que foram excluídos durante o processo de envelhecimento.

Segundo Papaléo Neto (2002) com base em uma visão biogerontológica, esse processo de envelhecimento é concebido como um processo dinâmico e progressivo, que pode implicar diretamente “[...] modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de

---

<sup>9</sup> Assim como na França, o termo idoso marca uma forma de tratamento mais respeitosa no Brasil.

adaptação do indivíduo ao meio ambiente [...]” (PAPALÉO NETTO, 1996 apud RODRIGUES; SOARES, 2006, p. 2), e esse processo, por sua vez, repercute diretamente na qualidade de vida<sup>10</sup> na velhice – compreendida apenas como uma fase da vida dos indivíduos.

Por se caracterizar, como tendo uma dimensão existencial, o envelhecimento também é responsável pela mudança na “relação do homem como o tempo, com o mundo, com sua psique e com sua própria identidade, revestindo-se não só de características biopsíquicas como também sociais e culturais” (NUNES, 2012, p. 8). Desta forma, pode-se avaliar que o envelhecimento é um processo, essencialmente, particular e não ocorre apenas na esfera física. Em contrapartida, esse processo pode ser comprometido por outras relações que estão interligados com a sociedade na qual o indivíduo encontra-se inserido. Pois, “[...] diferenças de gênero, classe, de credo religioso, de etnia, de inserção profissional também estão presentes nas construções das representações e das experiências do envelhecer” (MORAGAS, 1997 apud REIS, 2010).

O idoso, para além da idade biológica, que, por vezes, acaba o estigmatizando, carrega consigo uma carga de memória que se caracteriza como a reconstrução da história de vida feita a partir da rememoração das vivências de cada um. Moreira (2004) utiliza-se das palavras de Von Simson (2000) e conceitua memória como a capacidade humana de reter fatos e experiências do passado e de retransmiti-los às novas gerações, através de diferentes suportes empíricos, seja pela voz, música, imagens, textos, dentre outros aparatos. Ainda segundo Von Simson (2000) apud Moreira (2004), há diferentes tipos de memória: individual, coletiva e subterrânea ou marginal. A primeira corresponde à memória guardada pelo próprio indivíduo e se refere às próprias vivências e experiências, mas que também contém os aspectos da memória do grupo social onde ele se formou, isto é, onde foi socializado. A segunda é

[...] aquela formada pelos fatos e aspectos julgados relevantes e que são guardados como memória oficial da sociedade mais ampla. Ela geralmente se expressa naquilo que chamamos de lugares da memória que são os monumentos, hinos oficiais, quadros e obras literárias e artísticas que expressam a versão consolidada de um

---

<sup>10</sup> Segundo o conceito proposto pela Organização Mundial da saúde (OMS) “Qualidade de vida é a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta, suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”.

passado coletivo de uma dada sociedade (SIMSON, 2000: p.64 apud MOREIRA, 2004, p.17).

A última é a categoria de memória subterrânea ou marginal, que se difere da coletiva e é decorrente do processo de marginalização sofrida por grupos da população, onde suas memórias ficaram guardadas, à margem dos registros oficiais. VonSimson define as memórias subterrâneas ou marginais como:

[...] as que correspondem a versões sobre o passado dos grupos dominados de uma dada sociedade. Estas memórias geralmente não estão monumentalizadas e nem gravadas em suportes concretos como textos, obras de arte e só se expressam quando conflitos sociais as evocam ou quando os pesquisadores que se utilizam do método biográfico ou da história oral criam as condições para que elas emerjam e possam ser registradas, analisadas e passem, então, a fazer parte da memória coletiva de uma dada sociedade (MOREIRA, 2004, p.64-65).

No entanto, a primeira e a última, por vezes não são respeitadas. Isso é decorrente do estigma criado em torno das pessoas mais velhas, que apesar de ter toda uma história, não é levada em consideração.

### 2.3 Estigma e suas repercussões sociais

Por conceber que, todo o passado repercute diretamente na maneira pela qual, todo e qualquer fenômeno histórico é compreendido no presente, repassar a história da loucura e os aspectos da velhice tem o intuito de contextualizar o estigma construído socialmente das categorias supracitadas na história. Logo, cabe ainda salientar que essa construção é fruto do campo de produção e reprodução do sistema vigente.

Em consonância com Resende (2007), o qual afirmar que a exclusão foi à tendência central da assistência psiquiátrica brasileira desde seus primórdios até os dias de atuais, observar-se no cenário brasileiro contemporâneo que mesmo após as conquistas no âmbito da saúde mental, os indivíduos acometidos com algum tipo de transtorno mental— devido à sua história — são, ainda, excluídos, no entanto, em muitos casos, apenas de forma mais sutil.

Resende (2007) também comenta que antes a população era reduzida e a curta duração média da vida não permitia que determinados transtornos que incidem mais na “idade madura e na velhice” aparecessem em proporção significativa. Por ter aumentado o número de pessoas envelhecendo no Brasil, outros tipos de transtornos foram aflorados e/ou carregados até essa fase da vida. Segundo Gustavo Kalache (2010) esse aumento de pessoas envelhecendo no país nos últimos anos é decorrente de dois fatores essenciais, a saber:

- 1) Significativas quedas das taxas de mortalidade, ou seja, mais pessoas estão ultrapassando o limiar da velhice estabelecido pelas Nações Unidas com 60 anos. A esperança de vida ao nascer no Brasil passou de cerca de 50 anos em 1950, para quase 74 atualmente, com previsões de que ultrapassará facilmente o limiar dos 80 anos antes de 2050.
- 2) Vertiginosas quedas das taxas de natalidade: o número médio de filhos que uma mulher esperava ter ao final de sua vida reprodutiva era de virtualmente 6 em 1975 passando a 1,8 (abaixo do limiar de reposição) em 2009. Obviamente quanto menor o número de jovens ingressando na população, maior o percentual dos que chegam á velhice. Em termos práticos, passaremos, em 2050, a ter três pessoas no grupo etário de 15 a 64 anos para cada uma mais de 65, enquanto hoje este coeficiente é de dez em uma (KALACHE, 2010, p 189-190).

Nesse sentido, pode-se observar que há no país um aumento significativo de idosos (as), alterando assim, a pirâmide populacional, bem como a sua dinâmica. Ainda, segundo dados da pesquisa em 2011 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no país, “que alcançava 41,5 anos sete décadas atrás, atualmente ultrapassa os 73 anos. O Brasil tem 7,4% de idosos com mais de 65 anos no total de seu contingente populacional” (NUNES, 2012, p.8). Podendo observar um aumento do número de idosos se comparado com o ano anterior (dados apresentado anteriormente, como base no censo 2010). Apesar disso, existe também um índice de pessoas que são acometidas com transtornos mentais.

Como mencionado anteriormente, existe no país 190.755.799 habitantes (CENSO, 2010), sendo que 160.934.649 moram na zona urbana e apenas 29.821.150 na zona rural. No entanto, das 2.611.536 de habitantes que possuem algum tipo de deficiência mental ou intelectual, um total de 2.165.748 de pessoas são da zona urbana e apenas 445.788 da rural. Nesse sentido, pode-se observar que um grande percentual de pessoas que são acometidas com transtornos mentais

reside nas cidades, e, portanto, pode-se estimar que tal percentagem seja decorrente da forma de vida que se leva. O ritmo do dia a dia devido ao tempo destinado ao trabalho e/ou estudo e conseqüentemente, a ausência de lazer, são fatores que podem contribuir para o stress, ansiedade, dentre outros tipos de transtornos. É relevante lembrar que o transtorno mental, nos dias atuais, não deve ser associado diretamente e exclusivamente ao surto psíquico, mas também estão correlacionados a oscilações emocionais que podem deixar o indivíduo sem condições, ainda que momentâneas, de realizar atividades que fazem parte de sua rotina. Resende (2007) menciona que

O próprio conceito de doença mental era muito mais restrito do que nos dias de hoje e limitava-se aos aspectos eminentemente exteriores da loucura, ao comportamento diretamente observável, mormente quando este se constituía em estorvo para o ambiente familiar imediato e para a comunidade (RESENDE, 2007, p. 22).

Moreira (2004) ainda acrescenta, que

A dificuldade de definição de loucura na atual sociedade pode ser observada numa pesquisa realizada entre jovens universitários e pré-universitários, na cidade de São Paulo. Nesta pesquisa os jovens entenderam loucura como um estado de perda de consciência de si no mundo que condena à pessoa a existir à maneira de uma coisa. Outra qualificação da loucura neste caso foi apontada como doença, ou ainda, como um desequilíbrio emocional de uma pessoa, cujo efeito é um desvio do comportamento, ou falta de ajustamento, em relação a normas sociais. Entre os jovens, a loucura ainda foi apontada como a fuga da realidade, em oposição com a definição feita pelo mesmo grupo em que a loucura é uma tomada de consciência de si e do mundo, uma rejeição de um mundo pré estabelecido e moldado normalmente (MOREIRA, 2004, p. 19-20).

A velhice, por sua vez, dentro de uma sociedade capitalista acaba sendo relacionada diretamente como algo negativo e improdutivo, uma vez que, segundo essa ordem, os idosos tornam-se incapacitados. Nesse sentido, os indivíduos nessa fase da vida acabam sendo marginalizados e portanto,

[...] o desajuste do idoso no meio social como protagonista, reflete uma inadequação aos padrões sociais ideais estabelecidos pela sociedade exigidos pelos grupos sociais e pelos indivíduos como condições capazes de conferir, a cada um, a personalidade social, isto é, a posição de cidadão e o respeito. O desajuste mais evidente,



é, sem dúvida alguma, provocada pela perda de seu papel profissional (SALGADO, 1980, p. 23 apud NUNES, 2012, p. 15).

Paralelamente, observa-se o culto a juventude, a beleza, a virilidade e a força física. E o indivíduo, tem que negar a velhice e tentar se identificar como jovem de alguma maneira.<sup>11</sup>

Com isso, pode-se observar que devido à história e a “desqualificação” da loucura, bem como a da velhice, persiste na sociedade uma visão estigmatizada dos indivíduos que demandam pelos serviços substitutivos<sup>12</sup>, pois, “tendemos a inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original e, ao mesmo tempo, a imputar ao interessado alguns atributos desejáveis, mas não desejados” (Goffman, 2008, p.15). Cabe também aludir que existem duas vertentes sobre o termo estigma<sup>13</sup>; a condição de desacreditado, onde a característica “anormal” já é conhecida ou evidenciada, e a condição de desacreditável, a qual não é perceptível ao outro. No mais, Goffman ainda aponta três tipos de estigmas, são eles:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família [...] (GOFFMAN, 2008, p.14).

O estigma, então, é caracterizado pela relação entre atributo e estereótipo, na qual um indivíduo que poderia se relacionar socialmente de forma natural possui um traço – mesmo que invisível na aparência física – que o afasta e destrói a possibilidade de atenção para outros atributos. Logo, um atributo que, então,

---

<sup>11</sup>Essa cultura da beleza jovem está relacionado a uma representação social gerontofóbica que acarreta um “medo irracional de envelhecer e tudo que se relaciona com as representações que levam os indivíduos a serem senis, fracos, doentes e, em decorrência, velhos” (NUNES, 2012, p.14).

<sup>12</sup>Os serviços substitutivos foram criados após a regulamentação da Reforma Psiquiátrica com o intuito inserir na sociedade aqueles que foram, por séculos, marginalizados e sem acesso a direitos. Tem como principal objetivo garantir a sociabilidade, o convívio familiar, a interação e um cuidado humanizado.

<sup>13</sup>Entendido como algo que foge os padrões pré-estabelecidos, logo, não faz parte do padrão da normalidade imposto na sociedade. Esses, por sua vez, foram construídos socialmente no decorrer da história do mundo, a qual influência diretamente na história brasileira. Esse termo, segundo Goffman, era utilizado para se referir a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava.

estigmatiza alguma pessoa pode reafirmar a normalidade de outrem, e isso não significa que o indivíduo estigmatizado, não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso. Assim sendo, o estigma categoriza os indivíduos e passa ser analisado por meio da evidência de algum atributo, e mais, essa categorização, segundo Goffman (1962) acarreta na discriminação dos mesmos.

Devido a esse estigma que os indivíduos com transtornos mentais carregam, em diversos momentos lhe é associado apenas o atributo da doença e por tanto, a loucura. Com isso, observa-se que a questão da identidade acaba se restringindo a apenas uma característica particular (nesse caso, em especial, o louco), e isso, por vezes, setorializa o sujeito fazendo-o perder sua história. O mesmo acontece com a questão da velhice, onde se faz apenas uma relação com a questão da incapacidade para o trabalho, e desta maneira, qualquer outro atributo não é conferido.

Corroborando com o afirmado por Kalache (2010), pode-se ressaltar que o idoso de amanhã é o adulto subempregado, a criança desamparada e o doente de ontem, do mesmo modo, um portador de transtorno, além dessa característica, é um (a) homem/mulher, branco/negro, rico/pobre, novo/velho, dentre outros fatores. Ou seja, tanto o envelhecimento quanto a loucura são fatos que se constitui de outras questões que devem ser analisados e levados em consideração.

Contudo, Goffman (1962) também assegura que as pessoas estigmatizadas tendem a ter as mesmas crenças que as pessoas tidas como normais, no entanto, em alguns momentos, devido aos padrões incorporados pela sociedade, acreditam que ficam no lugar abaixo do que deveriam estar. E, por conta dessa “inferioridade” na qual o indivíduo se coloca, por vezes, usará seu estigma para ganhos secundários ou como desculpa pelo seu fracasso que, na verdade, pode ser decorrente de outras razões. Ao mesmo tempo, ao se colocar em meio a pessoas que não apresentam um estigma o “indivíduo pode descobrir que se sente inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão ou receberão” (GOFFMAN, 1962, p. 23), pois há uma sensação de não saber o que os outros pensam sobre ele.

Em conformidade com tais aspectos, é posto em questão a construção da identidade em torno desses grupos, tanto dos loucos, quanto dos velhos. Segundo Bogo (2008) o conceito de identidade envolve duas naturezas, uma de criação espontânea e outra por meio da consciência e intervenção humana, onde são perceptíveis as contradições das relações sociais. Desta forma, a construção de

uma identidade não deve ser vista de forma isolada, mas, e, sobretudo, num meio da relação de totalidade, a qual se relaciona com a universalidade e as particularidades. Ele ainda pontua que a construção da identidade social vem marcada por relações de poder, e desta forma, as pessoas desempenham ou desempenham seus papéis sociais para produzir meios de vida. Com isso pode-se afirmar que a existência de uma cultura possibilita o aparecimento da identidade.

Mediante a formação da identidade que é, em muitos casos, imposta pela sociedade, importa mencionar que, em alguns casos, os sujeitos estigmatizados acabam limitando seu círculo de relações sociais e afetivas com pessoas do mesmo grupo, ou seja, “os membros de uma categoria de estigma particular tendem a reunir-se em pequenos grupos sociais cujos membros derivam todos da mesma categoria” (GOFFMAN, 1962, p.32).

Mesmo com os avanços ocorridos no âmbito da saúde mental e a conquista de direito dos idosos – pontos que serão discutidos no segundo capítulo deste trabalho – ainda prossegue na sociedade uma visão estigmatizada sobre a loucura e esses, por vezes, podem acarretar a violação de direitos de indivíduos com transtornos mentais. Não sendo diferente no caso dos idosos. E quando um indivíduo além de apresentar um transtorno, encontra-se em processo de envelhecimento, é duplamente estigmatizado. Diante desse aspecto e, por reconhecer o envelhecimento como um fenômeno natural do ser humano, é preciso salientar que todos os indivíduos estão envelhecendo, até mesmo aqueles considerados apenas como “loucos”.

Diante disso, torna-se relevante reconhecer as particularidades que envolvem o sujeito, interligando-as com a memória de direitos (ou não direitos) que esses indivíduos possuem, os quais foram ou não violados devido aos estigmas. Deste modo, ao entender o indivíduo como um ser social que apresenta uma história de vida composta de diversos momentos, pode-se correlacionar com a memória da sociedade e das políticas que existia em determinado período, e assim saber quais as Políticas Públicas que eles tiveram acesso e quais passaram a ter na conjuntura atual – essas análises subsidiaram a pesquisa de campo que será explanada no terceiro capítulo.

Pode-se ainda identificar que mediante as mudanças na história da sociedade, tanto no nível internacional quanto nacional, existem diferentes formas de ver e, conseqüentemente, de cuidar dos indivíduos com transtornos mentais e

idosos. Observa-se assim, portanto, que existe um trato histórico que corresponde ao modelo de sociedade vigente.

Essas mudanças carregam consigo um lastro social e essas, por sua vez, implicam diretamente na construção da identidade e de estigmas sociais, os quais acarretaram e acarretam violações de direitos a estes sujeitos. Costa e Tundis (2007) afirmam que na sociedade brasileira atual “os grupos sociais desprovidos de poder e significação, mas possuidores de identidade permanecem alvos preferenciais dos aparatos de controle, rotulação e reclusão.” (Introdução do livro *Cidadania e Loucura*, 2007).

### 3 CONQUISTA DE DIREITOS: UMA REFORMA EM CURSO.

Por considerar relevantes os aspectos sociais da loucura e do envelhecimento, após ter contextualizado a história dos mesmos, o primeiro tópico destes capítulos e propõe a apresentar brevemente como se configurou a proteção social no Brasil a partir, especificamente, do final da década XIX com a emergência do capitalismo. Essa breve contextualização justifica-se pela abordagem histórica, que reconhece que o modelo de proteção, como base do sistema de saúde vigente, influencia diretamente nas questões que perpassam o trato concebido ao louco que está em processo de envelhecimento.

É de grande valia, também explicar como e por onde foi assegurada a conquista de direitos da população brasileira que permaneceu por décadas alijadas da proteção social, enfatizado, essencialmente, o setor saúde. Para tanto, será pontuada no segundo tópico deste capítulo, a Reforma Sanitária Brasileira, a qual traz no seu trajeto uma nova concepção de saúde, que passa assim, a ser desenhada e concebida como uma política pública. Essa reforma, por sua vez, encoraja os profissionais e usuários do âmbito da saúde mental, que entendendo a proposta pela busca de garantia de direitos, constroem sua própria reforma intitulada de Reforma Psiquiátrica e vão à busca dos direitos. O mesmo acontece com os idosos, e os profissionais que atuam na área, os quais, juntos, criaram outros movimentos para buscar o reconhecimento e a institucionalização de suas demandas.

No entanto, mesmo com a conquista legal de direitos, por meio da lei 10.216/01 que dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, bem como da lei 10.741/03 que regula os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, o terceiro tópico deste capítulo ainda se propõe a demonstrar e analisar a desarticulação existente na materialização de tais leis, pois uma não trata – ou trata minimamente – da questão da outra, havendo assim, uma setorialização das demandas dos indivíduos. No mais, concebe-se que, por haver sempre transformações societárias e conseqüentemente, a necessidade de conquistar novos espaços e novos direitos, as reformas aqui pontuadas são consideradas processuais e mutáveis, por tanto, estarão sempre em curso. Tal afirmação é

baseada nas mudanças das configurações concebidas até os dias atuais, donde os indivíduos portadores de transtorno mental, antes excluídos do mundo dos direitos e da cidadania, são como aponta Amarantes (1995), postos no cenário contemporâneo como novos sujeitos de direito com novos direitos para os sujeitos.

### 3.1 Estado e a proteção social.

A ideia de proteção social está, aqui, diretamente relacionada à política social, e é concebida, segundo Vianna (2002) como uma modalidade de política pública e dessa forma, uma ação de governo com objetivos específicos. A mesma, pontua que, a política social pode ser produzida sob diferentes estruturas legais e institucionais, em contextos distintos, como resultado de pressões sociais, sejam elas mais ou menos organizadas, onde as demarcações dos objetivos podem variar mediante as circunstâncias democráticas ou autoritárias. A autora ainda se reporta a Marshall (1965)<sup>14</sup>, o qual afirma que a política social é um termo que, apesar de ser bastante usado não possui uma definição precisa e o seu significado varia, pois depende do contexto.

Portanto, a proteção social deve ser entendida em sua dimensão política e histórica, e considerando tais aspectos, deve ser compreendida dentro de uma noção de tempo e espaço, aonde coexistem os elementos econômicos, sociais, culturais, tecnológicos, ideológicos, dentre outros. Vianna (2002) também aponta que a proteção social emerge no Ocidente Europeu, entre o século XVI e XVII, num contexto de transição do sistema feudal para o capitalismo, onde há uma expansão significativa do comércio e das cidades, e, por conseguinte, a pobreza se torna saliente, incômoda e considerada um risco social. Neste cenário, o Estado era responsável por proteger a sociedade da ameaça representada pela pobreza, e para tanto, eram organizados um modelo de assistência baseado na perspectiva da caridade destinado aos pobres – como salientado no capítulo anterior, aos loucos couberam o mesmo destino – havendo então um deslocamento do papel da igreja

---

<sup>14</sup> Essa discussão pode ser mais aprofundada no texto Em torno do conceito de Política Social: Notas introdutórias de Maria Lúcia Vianna.

ao Estado, e desta forma, ao longo do tempo, aqueles que eram alvos da caridade, passam a ser das políticas públicas.

A passagem do século XIX para o século XX foi marcada pelo início do processo de industrialização no âmbito mundial e, posteriormente, no cenário brasileiro, o qual se fortaleceu devido a Primeira Guerra Mundial e tornou-se uma mola propulsora na economia. Devido ao investimento na área, e a consequente necessidade de mão de obra para realizar as atividades, diversas pessoas se deslocou para os centros urbanos nos quais estavam localizadas essas indústrias. Esse elevado número de pessoas trabalhando (ou apenas esperando uma vaga de trabalho) – desde crianças a idosos –, desencadeou, simultaneamente, a necessidade de uma infraestrutura que comportasse tal demanda, desde habitação, saneamento básico, saúde, dentre outros.

Devido a ausência de políticas, a vulnerabilidade social tornou-se mais evidente e diversas expressões da questão social ficaram latentes. Neste cenário pode-se observar que o trabalho é apropriado pelos grandes capitalistas burgueses, e o proletariado passa a vender, por tempo indeterminado (leia-se carga horária de trabalho), sua força humana de trabalho ao sistema capitalista transformando-se, como já sinalizado por Marx, em uma mercadoria. Mercadoria esta (força de trabalho) que consiste no “conjunto das faculdades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores-de-uso<sup>15</sup> de qualquer espécie” (MARX, 2008, p. 197).

Por conta desse tempo dedicado ao trabalho, às famílias, antes responsáveis pela garantia da proteção social via solidariedade tradicional, não conseguiram mais desempenhar seus papéis. Nesse contexto, Paim (2009) assinala que a questão da saúde passa a ser vista como uma questão social e desta forma, um problema que não estava mais restrito apenas ao indivíduo, mas, um problema que demandava repostas da sociedade e, sobretudo, do poder político, pois respingava tanto na família, enquanto instituição privada, quando na comunidade.

Destarte, na referida passagem dos séculos o Estado precisou criar, ainda que de forma gradativa, medidas de proteção social, e assim passou a ofertar um novo modelo de proteção social, que é marcada como “um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais

---

<sup>15</sup> Valor que o capitalista paga pela força diária do trabalho.

visando enfrentar situações de risco social ou privatizações sociais” (JACCOUD, 2009, p.58). Vianna (2002) corrobora com tal afirmação apontando que inauguraram os seguros sociais<sup>16</sup> como modelo de proteção social para fazer face aos riscos sociais associados ao mercado de trabalho (leia-se estrutura produtiva industrial).

Esse modelo de proteção instalado no Brasil deu origem aos direitos sociais, contudo, esses direitos eram organizados por meio do seguro social e estavam diretamente vinculados, apenas, ao trabalho formal. Paim (2009) discorre que esse modelo pode também ser chamado de meritocrático, pois é controlado pelo Estado e os serviços só são garantidos para aqueles que contribuem com a previdência social.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o setor saúde, dentre outras políticas, caracterizou-se, a priori, como um desenho excludente e seletivo, uma vez que a oferta de serviços é dirigida a apenas a uma parte da população representada pelos trabalhadores assalariados e estava relacionada diretamente a medicina previdenciária, focada desde aquela época na mercantilização da saúde, ou seja, em sua origem a saúde não atendia toda população. Cabe reforçar que os direitos sociais emergentes nesse período eram interligados ao sistema vigente, uma vez que, eram assegurados os direitos apenas a aqueles que dele participava.

O sistema previdenciário no Brasil teve início com a aprovação da Lei Elói Chaves em 1923, onde foi institucionalizada as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) responsáveis por proporcionar que os trabalhadores formais tivessem acesso à assistência médica. Peixoto (2007) sinaliza que esse sistema de CAPs era restrito a cada empresa e financiado pelos empregadores e empregados. Posteriormente, o modelo supracitado foi substituído pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), no qual foi criado um instituto para cada categoria de trabalhadores, e não mais por empresas. Entretanto, os trabalhadores rurais, os autônomos e as domésticas não eram inseridos, ou seja, esse mecanismo ainda excluía a população não integrada no mercado de trabalho (leia-se trabalho formal). Em 1960, com a criação da Lei Orgânica da Previdência Social, foram uniformizados os benefícios previdenciários e em 1966 houve a unificação dos mesmos no Instituto

---

<sup>16</sup> O primeiro seguro social foi adotado na Alemanha por Bismarck (1880). Seu modelo de política social tinha como principal objetivo o enfrentamento do movimento operário, o realizou através da troca de benefícios (a saber, a cobertura de riscos para os assalariados) pela restrição da atividade sindical. Nesse sentido, Viana (2002) afirma que a legislação Bismarckiana foi muito mais política que social. No entanto, esse modelo difundiu-se pela Europa.



Nacional de Previdência Social (INPS) o qual, ainda garantia os benefícios sob a lógica de proteção baseada no seguro social, e permanecia excluindo do processo as categorias mencionadas anteriormente (BOSCHETTI, 2008)<sup>17</sup>.

Nestes termos, no que toca a política de saúde, Paim (2009) reforça que

[...] Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimentos em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados e municípios. Como o direito à saúde não estava vinculado à condição de cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidente, bem como os de seus familiares (PAIM, 2009, p. 33).

Com a eminência da ditadura militar no país, além da criação do INPS, o qual Bravo (2011) afirma que essa medida teve o intuito de aumentar o poder regulatório do Estado sobre a sociedade e era uma fonte de recursos para investimentos na área econômica, outras estratégias foram criadas, dentre elas a ampliação dos direitos sociais em detrimento dos direitos políticos e civis – esses últimos foram restritos por meio de instrumentos legais de repressão denominados de Atos Institucionais (AI). Carvalho (2002) afirma que houve no Brasil uma inversão na pirâmide dos direitos, pois primeiro foram construídos os direitos sociais, posteriormente os políticos e por último, os civis, que ainda hoje, continuam inacessíveis a maior parte da população. Ele reforça seu pensamento exemplificando que

Na sequência inglesa, havia uma lógica que reforçava a convicção democrática. As liberdades civis vieram primeiro, garantidas por um judiciário cada vez mais independente do Executivo. Com base no exercício das liberdades, expandiram-se os direitos políticos consolidados pelos partidos e pelo Legislativo. Finalmente, pela ação dos partidos e do Congresso, votaram-se os direitos sociais, postos em prática pelo Executivo. A base de tudo eram liberdades civis (CARVALHO, 2002, p. 220).

---

<sup>17</sup> Essa discursão é detalhada na obra “Seguridade Social e Trabalho: Paradoxos na construção Das políticas de previdência e assistência” de Ivanete Boschetti publicado no ano de 2008 pela editora UNB, onde o segundo capítulo nomeado de “A expansão assimétrica e desigual” retrata o desenvolvimento e as mudanças do sistema de Proteção social brasileiro, bem como a consolidação dos benefícios e avanços das categorias profissionais nos diferentes contextos sócio-político do país.

Entretanto, após demonstrar o exemplo acima, também afirma que houve percursos diferentes em outros países, não apenas no Brasil, e que essa inversão acarreta diretamente no modelo de cidadão e de democracia do país.

No século XIX, além da concepção de direito civis e políticos – considerados como os primeiros direitos humanos – surgiram os sociais, econômicos e culturais que são caracterizados como coletivos e exigem uma intervenção estatal. Apenas no século XX há uma expansão dos direitos humanos, os quais, na contemporaneidade, passam a vislumbrar os indivíduos de forma concreta e particular, assim, são percebidos enquanto sujeitos com necessidades específicas, e passam a nomear; “direito das mulheres”, “direito das crianças”, “direito dos portadores de deficiência”, dentre outros (RABENHORST, s/a, grifos do autor, p. 12). Contudo, mesmo conseguindo perceber que existem categorias que necessitam de direitos específicos, essa distinção acaba acarretando uma setorialização de demandas<sup>18</sup>.

Mesmo com a concepção de direitos humanos, durante o período demarcado entre 1964 a 1974, o Estado brasileiro utilizou-se em sua intervenção o binômio repressão/assistência (BRAVO, 2011) e a partir de então, as reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Nesse sentido, observa-se

Um novo padrão de organização de serviços médicos previdenciários foi implantado, com a prioridade na contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços da Previdência, cabendo ao Estado propiciar o crescimento e a expansão da iniciativa privada, o que tornou altamente lucrativa a prática médica (Ibidem, p.61).

Diante do aludido pode-se afirmar que, não apenas na origem da saúde enquanto política, mas durante a maior parte de sua trajetória, tal setor apresentou características que o torna, como já pontuado, seletivo. Nesse momento, mesmo com a extinção das CAPs, ainda persiste uma lógica privatista que acarreta na exclusão de parte da população que não tem condições materiais de acessá-la. Como pontuado no capítulo anterior, essa lógica previdenciária e privatista refletiu

---

<sup>18</sup>A questão da setorialização será discutida no terceiro tópico deste mesmo capítulo, no entanto, dando ênfase a questão da loucura e do envelhecimento.

diretamente no âmbito da saúde mental e essa, por sua vez, também se tornou objeto de lucro.

A década de 1970, ainda sob o regime militar, foi demarcada pela recessão econômica ocasionada pela crise do “milagre econômico” especificamente em 1979, essa acarretou um elevado índice de desemprego, a pauperização da classe trabalhadora, dentre outras mazelas sociais, no mais até o referido ano, o setor saúde não contava com a participação ativa dos trabalhadores, pois estes não possuíam direito de liberdade de expressão, deveriam permanecer omissos aos problemas e a conseqüentemente, sem direitos. Os efeitos dessa conjuntura fizeram com que reaparecessem no cenário político pressões de movimentos sociais que lutavam para recobrar o espaço vetado com o início da ditadura. Desta forma, o Estado se viu obrigado a começar ampliar as políticas sociais, pois a proposta de reforma na saúde brasileira começou a tomar forma e estruturar-se, paralelamente, na luta pela redemocratização do país.

Saúde e democracia passaram a ter uma relação constante, e diante dessa relação, o início dos anos 1980 foi marcado pelo reaparecimento dos movimentos sociais, uma vez que a democracia política não resolveu os problemas econômicos e permaneceram os da área social (CARVALHO, 2007). Nessa conjuntura, houve uma ampliação da luta pela saúde e além, dos movimentos dos trabalhadores, vários outros movimentos se destacaram, dentre eles:

[...] os movimentos de bairro de periferia urbana e favelas, na luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde; os movimentos de bairro de “classe média, visando a melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor; o movimento político dos partidos oposicionistas, com propostas alternativas de políticas de saúde, enfatizando o setor público e a promoção da saúde; os movimentos desencadeados pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas questões concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde e o movimento sindical que, a partir de sua organização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essas questões (BRAVO, 2011, p. 87).

Esses movimentos, constituídos por sujeitos conscientes dos seus direitos, e buscavam incessantemente através da militância, lutaram pelo fim do regime ditatorial vigente, bem como pela redemocratização do país, desta forma, tornaram-

se atores sociais relevantes na discussão e, conseqüentemente, na redefinição das novas formas de organizar e gerir as políticas sociais.

Em meio a esses movimentos, especificamente em 1988, como reflexo da ampla mobilização, foi promulgada a Constituição Federal. Por meio dela inaugura-se um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social, baseado no tripé previdência, assistência social e saúde, responsável pela universalização dos direitos (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012) e formalização da proteção à sociedade brasileira, vinculando-a ao ideal de cidadania. Cabe frisar que a proteção social pautada na lógica de seguro não foi suprimida, essa permaneceu por meio da previdência social. A Constituição aponta, em seu artigo 194 que

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos. I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (BRASIL, Constituição Federal, 1988).

Nesse contexto, são formalmente inseridos como sujeitos de direitos os indivíduos com transtornos mentais e os idosos. Com isso, cabe demonstrar que o quinto artigo da Constituição afirma que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, Constituição Federal, Art. 5º). E, em sua segunda seção, no que toca a política de saúde, essa deve ser garantida a todos os indivíduos, sem distinções, pois ela se constitui como

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, Constituição Federal, 1988, Art. 196).

Paim (2009) reafirma que esse modelo de proteção social vincula o direito à saúde a condição de cidadania e passa a ser financiado por toda a sociedade por via de contribuição e imposto. Logo, esse modelo opõe-se à lógica do seguro que prevaleceu por décadas no Brasil, no entanto, não o elimina. Contudo, cabe sinalizar que a proteção social baseada na lógica da Seguridade Social teve como referência histórica o Plano Beveridge de 1942 da Inglaterra, onde pela primeira vez foi instaurado um modelo de ordem social baseada na condição de cidadania, e deste modo, os cidadãos passaram a ter direitos sociais garantidos pelo Estado. No entanto, só foi adotado no Brasil mais de quarenta anos depois. Fleury e Ouverney (2008) alegam que a partir desse modelo o acesso aos benefícios sociais depende – ou pelo menos deveria depender – unicamente das necessidades dos indivíduos.

Durante todo o período anterior a Constituição Federal, se observou no Brasil um modelo de cidadania baseada na concepção de *Cidadania Regulada*, a qual agrupava como cidadão apenas “aqueles incluídos no processo produtivo e cujas ocupações eram reconhecidas pelo Estado, o que lhe garantia acesso aos direitos sociais” (BOSCHETTI, 2008, p.88), ou seja, os direitos sociais nessas décadas eram restritos aos indivíduos assalariados que tinha sua profissão regulamentada por lei. A parcela da população que não atendia ao requisito supracitado e, portanto, era considerada como “pré-cidadão” ficava excluída, pois os direitos, como já sinalizado anteriormente, nessa forma de cidadania eram limitados apenas para os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. Santos (1979) então, afirma que,

Por cidadania regulada entendo o conceito cujas raízes encontram-se, não em código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por extensão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania esta embutida na profissão e direitos de cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa o processo produtivo, tal como reconhecido por lei (SANTOS, 1979, p. 68 apud FLEURY; OUVERNEY, 2008, p.35).

Esse modelo ocasionou desigualdades sociais e várias formas de injustiças, assim, fazia-se necessário, como afirmava Castel “construir um outro modelo que garanta um mínimo de benefícios a todos os cidadãos, não importando o lugar que cada um ocupa ou o status que cada um tem na ordem de trabalho” (BOSCHETTI, 2008, p.96-97), desta forma, com o intuito de amenizar ou tentar corrigir essas expressões da questão social, foi inaugurada a partir da Constituição Federal uma concepção de *Cidadania Universal*. Essa nova vertente reconhece o direito à saúde e a assistência como universal, ou seja, a todo e qualquer cidadão que dela necessita.

Na virada dos anos 1990, o governo brasileiro adotou o ajuste neoliberal como orientação político-econômica em todas as dimensões econômicas e sociais, no entanto, mais uma vez de forma “retardatária” (SOARES, 2002 – Grifos da autora). O neoliberalismo tem como pressuposto um Estado mínimo, com prevalência do mercado na gestão das relações econômicas, no qual Soares (2002) aponta que esse ajuste não se caracteriza apenas na natureza econômica, mais também uma redefinição na esfera política-institucional e das relações sociais. Draibe (1997 apud CARVALHO, 2007) ainda acrescenta que como o novo ajuste, algumas propostas foram sugeridas na área social, a saber:

- a) privatização através da transferência da produção de serviços públicos para o setor privado;
- b) descentralização das políticas sociais para outras esferas de governo (estados e municípios) como forma de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto público.
- c) a focalização, orientada para a concentração de ação estatal em determinados serviços (considerados essenciais e não passíveis de oferta pelo mercado) e em segmentos específicos da população, mais vulneráveis e expostos a situações de pobreza extrema. (DRAIBE, 1997 apud CARVALHO, 2007, p. 78).

Neste cenário, ainda pode ser observado no país dois projetos societários antagônicos, de um lado a proposta reformista do ideal sanitário e do outro, o privatista. O primeiro, por sua vez, pregava a instauração de um Estado democrático de direito, no qual o setor saúde deveria se caracterizar como prega a Constituição Federal, um direito social e dever do Estado e, assim sendo, deve-se ampliar e democratizar o acesso e ter um financiamento efetivo. Todavia, a lógica privatista era demarcada pela ação reduzida do Estado, em que uma de suas premissas era a

parcerias, e como seu próprio nome se refere, a privatização neste campo, havendo uma dicotomia entre a universalização e a focalização dos direitos. Diante desse aspecto, Dagnino (s/a) defende que a última década do Brasil é marcada por uma *confluência perversa* entre o projeto político democratizante e o projeto neoliberal, onde a perversidade é posta devido ao fato dos projetos apontarem para direções antagônicas.

### 3.2 Formando-se os sujeitos de direitos: da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica.

Na transição entre o período autoritário da ditadura militar brasileira e a redemocratização, observou-se no país, diversas e diferentes manifestações sociais que buscavam o reconhecimento de suas demandas, a conquista de novos espaços na sociedade e assim, de direitos, tanto sociais, quanto políticos, econômicos, culturais, dentre outros. Nesse cenário, os indivíduos que se encontravam excluídos do processo de produção e reprodução social, sem nenhuma forma de proteção, foram às ruas e tornaram-se protagonistas de suas conquistas, e por tanto, transformaram-se em sujeitos de direitos, uma vez que foram institucionalizados, por meio da Constituição Federal, direitos a esses sujeitos.

Como salientado no primeiro capítulo e reforçado no tópico anterior, os movimentos sociais tomaram fôlego e foram em busca do fim da ditadura militar e de um novo modelo de proteção social pautado na concepção de Seguridade social, onde todos têm acesso as Políticas Públicas. Nesse contexto a participação social tornou-se manifesta, uma vez que, devido à repressão e a lógica de privatização dos serviços de saúde, fortaleceram o desejo de mudança. Nogueira (2004) discorre que, em determinadas situações, quem participa almeja resolver algum problema ou postular a posse de bens e direitos, modificando sua distribuição. Os manifestantes desejavam mudar o modelo e as bases da sociedade vigente.

No que toca, especificamente, a política social de saúde, antes baseada num modelo previdenciário, na qual, apenas poucos tinham acesso, foi instituído o Projeto da Reforma Sanitária, onde os integrantes desse projeto desejavam que o Estado atuasse em função da sociedade, pautado na concepção de um Estado

democrático e de direito, responsáveis pelas políticas sociais, e por tanto, da saúde. Bravo (2011) sinaliza que se destacavam como fundamentos desse projeto a democratização do acesso, a universalização das ações, a descentralização, a melhoria da qualidade dos serviços como adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações e a participação social. O movimento sanitário então iniciou seus trabalhos em meados dos anos 1970, e se fortaleceram com a abertura política na década seguinte. A princípio, o movimento era constituído apenas por um conjunto de intelectuais e técnicos, porém no decorrer de sua trajetória foi recebendo reforço de integrantes de lutas específicas que estavam deflagradas na sociedade civil no mesmo período, dentre elas os sindicatos, partidos e associações. Nesse sentido, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB)<sup>19</sup> é caracterizada como um movimento pela democratização da saúde, que deixou de ser interesse apenas de técnicos e assumiu uma dimensão política, dessa forma, tornou-se uma luta em favor das classes.

Com a segunda Guerra Mundial, a saúde passou a ser compreendida nos seus aspectos biopsicossociais, passando a existir uma preocupação com a saúde pública. Com isso, passou a haver questionamentos com relação ao entendimento da saúde apenas na sua dimensão biológica e, desta forma, a ser compreendida não apenas como ausência e/ou presença de doença, mas como um conjunto de fatores sociais, psicológicos, ambientais, culturais, condições de alimentação, emprego, lazer, entre outros aspectos. Esse conceito de saúde ampliada foi estimulado pela Nação Unida, assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, agregada pela Reforma Brasileira e posteriormente incorporada pela Constituição. Nessa acepção, um dos conceitos fundamentais dentro da RSB é a concepção de determinantes sociais<sup>20</sup>, com isso emerge a compreensão de que

[...] a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, por quanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia

---

<sup>19</sup>Para uma maior compreensão acerca dos aspectos conceituais que permearam a Reforma Sanitária Brasileira pode ser consultado o livro organizado por Teixeira, Sonia Fleury, 1989. Reforma sanitária - Em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco.

<sup>20</sup>Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) “qualidade de vida é a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas ocupações”.



alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade.  
(PAIM, 1997, p. 13)

Importa ainda sinalizar que a RSB, entendida como “um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” (Escorel, 1988:5 apud PAIM, 1997, p.13) foi gestada no interior do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1979, o qual formulou, pela primeira vez, a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS) com um conjunto de princípios e diretrizes, e tornou-se o grande estimulador de conferências e produções acadêmicas. Diversas Conferências Nacionais de Saúde foram realizadas, contudo, cabe aqui explicar apenas a 8ª conferência realizada em Brasília no ano de 1986, uma vez que nesta, cerca de cinco mil participantes se reuniram e sistematizaram alguns estudos sobre a Reforma. Os temas centrais discutidos nesta Conferência foram:

I ) A saúde como direito inerente a à personalidade e à cidadania; II ) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, municípios, territórios) na prestação de serviços de saúde; III ) Financiamento setorial. (Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987 apud BRAVO, 2011, p. 110)

Como fruto dessa mesma Conferência foi criado um relatório que inspirou o Capítulo sobre Saúde da Constituição Federal. Nela, o SUS é definido como:

As ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III- participação da comunidade (BRASIL, Constituição Federal, Art. 198).

No entanto, antes da legalização do SUS, foi elaborado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que objetivava aspectos semelhantes, dentre eles, transformar a saúde em direito. O capítulo da Constituição desdobrou-se, posteriormente, na Lei Orgânica de Saúde de 1990, responsável pela implementação do SUS (Lei 8.080), que dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Mediante a regulamentação da lei mencionada, além da saúde tornar-se um direito social, passa a ter caráter universal, desta forma, esse sistema não deve ser visto, tão pouco, destinado aos pobres, mas e, sobretudo, deve ter ações e serviços voltados a aqueles que necessitem, sem barreiras de acessibilidade social, econômica e/ou cultural.

O SUS reforça o já assegurado pela Constituição, reafirmando em seu Artigo 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado tem o dever de prover as condições indispensáveis a seu exercício. E ainda reconhece o novo conceito de saúde ao salientar que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, Lei nº 8.080/90 de 19 de Setembro de 1990).

Outros pontos são discorridos na lei, dentre elas os objetivos, princípios e diretrizes, organizações e competências. Apesar de serem pontos demasiadamente relevantes, não serão discutidos nesse trabalho.

Na emergência dos movimentos sociais, surgiram também alguns desdobramentos simultâneos a Reforma Sanitária Brasileira, dentre elas, a luta pela qualidade dos serviços de saúde mental. Dentro dessa conjuntura, aparece por volta de 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), os quais movidos pela militância ideológica e política com referência das reformas realizadas em outros países iniciaram um forte processo de questionamentos com relação às políticas de assistência psiquiátrica vigente na época. O MSTM tinha como objetivos e palavras de ordem a algumas denúncias, dentre elas:

- denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos foram identificados como verdadeiros campos de concentrações;
- denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;
- primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter

ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços.  
(VASCONCELOS, 2010, P.23)

Frente a essas denúncias e reivindicações, o movimento foi ganhando corpo, inspirando-se nos modelos de lideranças mundiais da psiquiatria como Franco Basaglia, responsável pela regulamentação da Lei 180 da Reforma Psiquiátrica na Itália. Com a aprovação dessa lei, houve na Itália o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por serviços comunitários abertos, rompendo com a privação dos direitos e cidadania dos indivíduos. Essa mudança ocorreu porque a doença mental passou a ser compreendida com um fenômeno complexo que envolve aspectos não apenas biológicos, mas também sociais e psíquicos.

Nesse cenário, em 1979, núcleos estaduais, principalmente de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais reúnem técnicos de várias áreas para discutir o papel político que deveriam desempenhar para transformação da realidade assistencial, onde a substituição do modelo asilar era a principal característica. Com isso, Delgado afirma que,

Temos, em consequência, dois aspectos a considerar, quanto ao futuro dos grandes asilos públicos no Brasil. Em primeiro lugar, a <<desospitalização>>, isto é, o conjunto de procedimentos destinados a transformar um modelo assistencial baseado na segregação hospitalar em uma prática assistencial que não isole o paciente da comunidade. Inclui-se aqui a reintegração social dos segregados, que vem sendo designada genericamente como <<ressocialização>>. Um segundo aspecto, não dissociado do primeiro, implica definir novo papel a ser desempenhado pelas instituições públicas concretas que até então cumpriam papel asilar. (DELGADO, 2007, p.182)

Segundo Amarante (1997) o MTSM torna-se o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, estabeleceu uma agenda para o setor que, sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduz a estratégia da Desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas, e nesse sentido, as propostas no plano legal do movimento formalizou a Reforma a partir dos anos 80 – até os dias atuais –, onde as reivindicações foram feitas não só pelos trabalhadores do campo da saúde mental, mas, em especial, por associações dos próprios usuários dos serviços deste campo (OLIVEIRA e BARISON, 2008). Neste panorama, as vozes das famílias e dos usuários dos serviços deixaram de ser apenas objeto de escuta terapêutica e passaram a ser vozes de cidadãos que passaram a contribuir

no planejamento, execução e avaliação dos serviços prestados na política de saúde mental.

Implica também salientar que o movimento tinha o intuito de apontar às inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica que tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento e, desta forma, propôs alguns objetivos, são eles:

- a) não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário;
- b) regionalização das ações em saúde mental integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais especiais com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referências;
- c) controle de internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados;
- d) expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogas e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- e) humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais. (VASCONCELOS, 2010, p. 24-25)

Então, o MSTM e a reforma se ampliam no sentido de ultrapassar a natureza exclusivamente técnico-científica, e, sobretudo, de se tornar um movimento social que transforme o campo da saúde mental e conseqüentemente a maneira de ver e cuidar do indivíduo tido como “louco”. Em harmonia com tal aspecto, Gonçalves e Sena (2001) afirmam que

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. (GONÇALVES E SENA, 2001, p 51).

Stockinger (2007) completa a afirmativa ao mencionar que o movimento deixou claro que não bastava uma Luta Antimanicomial, todavia era preciso trazer o “louco” para a sociedade e fazê-lo conviver com o diferente dele. (grifos do autor)

Essa perspectiva da reforma baseia-se essencialmente na nova concepção de proteção social apresentada na Constituição Federal e nos princípios e diretrizes

do SUS, os quais tocam na questão da universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e a participação da comunidade. Desta forma, o lema da luta manicomial – imbuída dentro da Reforma Psiquiátrica e inspirada no movimento da Itália – “Por uma sociedade sem manicômios”, tem como intuito resgatar os indivíduos para o convívio social e assegurar os seus direitos. Ou seja, luta-se pela viabilização dos objetivos do movimento da Reforma Psiquiátrica por meio do processo de Desinstitucionalização, uma proposta de mudança no padrão das relações envolvidas com a saúde mental que desloca o centro de atenção da instituição para a comunidade (HIRDES, 2009). Contudo, é necessário pensar a Desinstitucionalização não apenas como a substituição do hospital por um aparato de cuidados externos que envolvem questões de caráter técnico, administrativo e assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos, mas que haja, de fato um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

A Desinstitucionalização, por sua vez, constitui-se não apenas como uma desospitalização – tirar dos hospícios e pronto – mas, a criação de outros aparatos de cuidados, amenizar e gradativamente eliminar a *ideologia do isolamento do doente mental* (DELGADO, 2007, p. 185). Desta forma, em consenso com Amarante (1995), pode-se afirmar que o tratamento deve deixar de ser motivo de exclusão dos indivíduos em espaços de violência e mortificação “para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico.” (AMARANTE, 1995, p. 494). E assim, Amarante (1997) também assegura que a Reforma Psiquiátrica é um *processo permanente* de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos: assistencial, cultural, e conceitual (Grifos do autor, p. 165).

Neste curso foi construído o Projeto de Lei 3.657/89 conhecido como Lei Paulo Delgado – o primeiro instrumento legal de defesa dos direitos dos usuários, que foi sancionada apenas em 2001 (Lei 10.216) após anos em tramite – que detém a oferta de leitos manicomiais financiados com dinheiro público, redireciona os investimentos para outros dispositivos assistenciais não manicomiais e torna obrigatória a comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente. Em 1990 ocorre a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência

Psiquiátrica em Caracas que delibera a Declaração de Caracas responsável por obrigar que os países da América Latina (inclusive o Brasil) se comprometessem a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica revendo o papel centralizador dos hospitais psiquiátricos, e assim, assegurar os direitos civis e humanos dos usuários, proporcionando a sua permanência em seu meio comunitário. Essa conferência consolidou, de fato, a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Posteriormente, foi aprovada em 2003 a Lei Federal 10.708 que institucionaliza o Programa de Volta pra Casa – o qual foi formulado como proposta desde a época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, como uma concretização das reivindicações histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira – e tinha como uma das suas finalidades a inserção social das pessoas com transtorno mental que possuem um longo histórico de internações em hospitais psiquiátricos. Tal programa foi uma das iniciativas mais efetivas na reintegração social destes indivíduos e potencializadoras no processo de Desinstitucionalização e redução de leitos. Entre outros aspectos, o programa abonava o indivíduo com um auxílio-reabilitação, estimulava o exercício dos direitos civis e oferecia ao indivíduo uma emancipação sem ignorar as limitações pessoais. Esses passos são considerados avanços relevantes no âmbito da saúde mental, pois indicam e evidenciam que, os indivíduos com transtornos mentais, antes vistos como baderneiros e sem qualquer tipo de direito, passam a ser sujeitos que, legalmente, tem direitos assegurados, o que não significa que serão respeitados.

Neste mesmo cenário de lutas e conquistas no âmbito da saúde mental, pode-se observar que em meados do século XX passa-se a existir uma preocupação com o envelhecimento, uma vez que, como salientado no terceiro tópico do primeiro capítulo deste trabalho, há um aumento na expectativa de vida, e assim, aumenta-se o número de idosos no país. Então, na década de 1970, a imagem do idoso, a concepção de direitos e de cidadania passou a ser discutido devido aos questionamentos e a mobilização dos próprios idosos.

Em meados da década de 80, torna-se ousado o movimento da sociedade civil exigindo a valorização e o respeito à pessoa idosa, dentre eles professores universitários, associações, idosos politicamente organizados e alguns parlamentares comprometidos com a questão. Assim, a referida década foi marcada também pelo aumento do número de associações e federações de aposentados e pensionistas em busca do reconhecimento de suas demandas. E em 1985, com a

criação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), o Movimento de Aposentados e Pensionistas ganhou grande visibilidade despertando nos aposentados e pensionistas a consciência dos seus direitos (HADDAD, 2000 apud ESCOBAR, p.6).

A atenção política dada ao tema da velhice insere-se numa perspectiva internacional de nação, onde a Organização das Nações Unidas (ONU) passou a motivar ações para o envelhecimento da população mundial. Ocorreu em 1982 a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena, na qual foi adotado o “Plano de Ação Internacional” que constituiu o alicerce das políticas organizadas para este grupo de população, formalizando a proteção e o amparo dos idosos, inclusive no Brasil. Essa mobilização influenciou a construção da Constituição Federal – importante instrumento de defesa do direito dos idosos – e essa, colocou sob a família, a sociedade e o Estado o dever de amparar os idosos, no que toca as questões do “respeito à dignidade humana e a direitos inquestionáveis, como proteção e qualidade de vida” (NUNES, 2012. P.9). Em 1991 a ONU aprova os princípios a favor das pessoas idosas em torno de cinco eixos: independência, participação, cuidados, auto realização e dignidade (ESCOBAR, p.6), porém, apenas em 2003, o Estado regulamenta o Estatuto do Idoso – que será especificado, junto com a lei de saúde mental no tópico seguinte.

Contudo, mesmo com a aprovação da lei que assegura legalmente todos os direitos dos indivíduos com transtornos mentais, o Brasil precisa reconhecer que, diante de tantos séculos vigendo um modelo assistencial excludente, ainda há necessidade de uma luta constante para que de fato ocorra a materialização da lei, pois, o estigma ainda é latente. Vasconcelos (2010) defende então que o campo da saúde mental é convidado a refazer-se por inteiro, ampliando não somente seu foco de abordagem, mas procurando romper os saberes tradicionais e buscando recompor seu conhecimento e as novas premissas, no entanto, que estas não sejam somente somatórias, mas, novos rearranjos. Não sendo diferente no campo da atenção aos idosos, pois, apenas em 1994, o Brasil institucionalizou uma política de direito a essa categoria.

A partir destes marcos passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências

terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), respeitando as particularidades e necessidades de cada local.

### 3.2.1 A Política Nacional do Idoso (PNI) e a estratégia do CAPS.

Segundo Lobato (2007 apud ESCOBAR, p.7) ainda na década de 80 a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) realizou diversos seminários para debater a questão do idoso no Brasil, os quais culminaram, posteriormente, num seminário maior em Brasília, e foi originado um documento intitulado “Políticas públicas para a Terceira Idade nos anos 90”. Depois esse documento, subsidiou a formulação da lei 8.842/94, que regulamenta a Política Nacional do Idoso (PNI). Então, o ano de 1994 constitui-se como o marco na história dos direitos da população idosa.

A PNI dispõe sobre a política nacional, cria o Conselho Nacional do Idoso e concebe como idoso as pessoas com idade superior a sessenta (60) anos. Em seu primeiro artigo, traça como objetivo assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Um dos princípios dessa política, assim como sinalizado na Constituição, garante que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (BRASIL, PNI, 1994, Art. 3, Inc. I). E acrescenta no inciso III do mesmo artigo o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza. No mais, é pontuada a participação do idoso nas políticas, a prioridade no atendimento, o apoio a estudos e pesquisas sobre envelhecimento, as competências dos conselhos de idosos e da União, bem como a quais são as ações governamentais: na área de promoção e assistência social; na de saúde; educação; de trabalho e previdência social; de habitação e urbanismo; de justiça e de cultura, esporte e lazer.<sup>21</sup>

Há pessoas que são idosos (as) ou que estão em processo de envelhecimento dentro das instituições que ofertam os serviços substitutivos, e desta

---

<sup>21</sup> Os detalhes de cada item mencionado encontram-se na Política Nacional do Idoso.



forma, além de ter os direitos garantidos na PNI, são cuidados em tais instituições. O trabalho ora explanado irá se deter apenas os serviços do CAPS, uma vez que a pesquisa empírica – demonstrada no capítulo subsequente – será realizado em uma dessas instituições.

Os CAPS ofertam serviços substitutivos, foram frutos dos movimentos da Reforma Psiquiátrica, e tem como principal objetivo, ser um dos novos paradigmas de cuidado da loucura. Assim sendo, por meio dos profissionais, este foi uma das instituições que resgatou os indivíduos dos manicômios e hospitais psiquiátricos e lhes proporcionaram o direito social e a liberdade, conseqüentemente, a cidadania. Deste modo, os CAPS tornaram-se os responsáveis pela demanda e pela rede de cuidado no território, porém, é necessário garantir a relação entre trabalhadores e usuários, pautando-se na formação de vínculo e no acolhimento.

Foi ratificada a Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002 que estabelece os CAPS e esses, poderão constituir-se em três modalidades de serviços: definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, onde a atenção deve incluir, do mesmo modo, ações voltadas aos familiares objetivando a reinserção social do usuário. As três modalidades de serviços, por sua vez, cumprem o mesmo papel no atendimento público em saúde mental.<sup>22</sup>

Essas instituições devem ser compostas por uma equipe técnica que tem por base, como proposto na Reforma Sanitária e Psiquiátrica, o princípio da multiprofissionalidade, com vistas a compreender o indivíduo em todas as suas particularidades e não apenas o fator biológico da doença. A equipe mínima deve ser composta: um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; quatro profissionais de nível médio, quais sejam, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Os recursos humanos distribuídos nesses serviços devem, portanto, ser capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com

---

<sup>22</sup> Na portaria que regulamenta a instituição são delineadas e especificadas as principais características, as atividades e os recursos humanos que devem compor cada modalidade de serviço.

transtornos mentais severos e/ou persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento que podem variar entre: intensivo, semi-intensivos e não-intensivo, conforme definido no parágrafo único do 5º Artigo:

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. (BRASIL, Portaria n.º 336/GM, 2002).

É inegável e legítimo o avanço ocorrido no âmbito da saúde mental com a regulamentação da portaria aqui discutida, apesar disso, é necessário pontuar que os serviços, mesmo como base no princípio do SUS da universalidade, é, por vezes, seletivo, uma vez que, apenas as cidades com população entre 20.000 e 70.000 habitantes podem ser contempladas com os benefícios do CAPS. Desta forma, as pessoas que apresentam algum tipo de transtorno e reside em um município não cumpra essa normativa, ou fica sem atendimento, ou necessita ir para o município mais próximo que ofereça o serviço. No mais, a PNI, pontua em que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, e assim, deve ser objeto de conhecimento e informação para todos, no entanto, o processo de envelhecimento, dentro de instituições como essas, é separado ou até mesmo menosprezado pelos profissionais, pois, devido à dúplici realidade dos indivíduos (doença e estigma), esse processo não é reconhecido como tal.

### 3.3 Os aparatos legais: a (des) articulação entre a loucura e o envelhecimento.

Tendo em vista o estigma concebido a indivíduo com transtornos mentais e a pessoas já idosas, observa-se que existe, de forma ainda mais violenta, uma dualidade de estigmas quando além de “louco é velho”. Nesse sentido Basaglia que

[...] o que aproxima as situações limite relatadas é a violência exercida por quem está com a faca na mão sobre quem se vê irremediavelmente subjugado. Família, escola, fabrica, universidade

e hospital são instituições baseadas em uma divisão nítida dos papéis, isto é, na divisão do trabalho: seja entre servo e senhor, professor e aluno, empregador e trabalhador, médico e doente ou organizador e organizado. Isto significa que o que caracteriza as instituições é a clara divisão entre quem dispõe e quem não dispõe poder, de onde se pode deduzir que a subdivisão dos papéis apresenta a relação de abuso e violência, entre poder e não poder, que se transforma na exclusão do não poder por parte do poder: a violência e a exclusão estão na base de qualquer relação que se instaure em nossa sociedade (BASAGLIA, 1924, p.91).

Diante do exposto, cabe pontuar que no período anterior a Constituição, e portanto, da Reforma Psiquiátrica, onde não existia uma concepção de direito para aqueles que não estavam inseridos no mercado de trabalho é, de forma mais amena, reproduzida por via dos estigmas nos dias atuais. O louco e o velho, duas categorias que não produzem o capital, são objetos de violência, que por sua vez, ocasiona a violação de diversos direitos determinados no e pelo sistema sócio-político e econômico vigente através das relações de poder.

Kalache (2010) enumera os direitos de idosos, e aqui, os mesmo são considerados para os indivíduos com transtornos mentais. Dentre eles, cabe citar o direito a vida e a saúde, onde o Estado brasileiro é responsável por garantir essas proteções e neles, consiste o respeito à integridade física e moral, bem como o acesso aos serviços de saúde; o direito a viver livre de violência, maus tratos e abusos, sejam eles verbais, emocionais, sexuais, físicos e/ou financeiros; o direito ao trabalho, o qual deve independender da idade ou de alguma deficiência, no entanto, deve respeitar as limitações dos indivíduos; o direito a educação e a informação; o direito ao benefício social, pois mesmo com a instituição daqueles que independem da contribuição financeira, diversos brasileiros não conseguem gozar; bem como o direito a ser reconhecido perante leis, onde o poder público cria leis específicas para, nesse caso, o idoso e o indivíduo com transtorno. Diante do último direito mencionado, foram criadas a lei de saúde mental e o Estatuto do Idoso, logo explanados.

Dentre as mudanças ocorridas no âmbito da política de saúde mental no país, houve em 2001 a regulamentação da lei 10.216, a qual organiza e assegura a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, pois redireciona o modelo assistencial vigente, com ela o processo de substituição de leitos psiquiátricos por uma rede substitutiva de cuidado na comunidade acelerou-se.

Nesta lei, como já sinalizado na Constituição de 1988 e na Lei 8080/90, é reafirmado que os direitos independem de qualquer atributo social e o papel do Estado:

Art. 1º: Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra

Art. 3: É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, Lei 10.216, 2001)

Bem como, enumera em seu artigo segundo quais os direitos dos indivíduos acometidos com transtornos, bem como de seus familiares ou responsáveis, nos atendimentos em saúde mental de qualquer natureza, ao garantir que

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (IDEM, ID).

No que toca a política para idoso do país, apenas em 2003 é formalizado a Lei n.º 10.741 denominada de Estatuto do Idoso, a qual foi concebida como “uma cartilha de códigos de proteção para a pessoa idosa, que tem como princípios doutrinários a equidade, a integralidade, a universalidade” (NUNES, 2012, p. 9). Ela foi elaborada com participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, aprovada pelo Congresso Nacional com o intuito de ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades dessas pessoas e trata dos mais variados

aspectos da vida, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes mais comuns cometidos contra as pessoas idosas.

O Estatuto é destinado à regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, afirmando em seu terceiro artigo que

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, Estatuto do Idoso, 2003).

Ao mencionar os direitos fundamentais, como a saúde, liberdade, alimentação, dentre outros, aponta, respectivamente, que:

Art. 9.º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Mesmo com tais direitos assegurados aos idosos, o Estatuto apresenta uma contradição ao garantir o benefício assistencial mensal para prover a subsistência (Art. 34) – conforme o proposta na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)<sup>23</sup> – bem como o direito a transporte coletivo público urbano e semi urbanos (Art. 39) à

---

<sup>23</sup> A lei 8742/93 denominada Lei Orgânica da Assistência Social aponta logo em seu primeiro artigo – Das definições e dos Objetivos – que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, é a política de Seguridade Social não contributiva que prove os mínimos sociais através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade. E subsequentemente, define os objetivos da política, onde, uma dos pontos mencionados é a proteção à velhice, habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência, e a garantia de um salário mínimo de benefício mensal a pessoa portadora de deficiência e idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provido por sua família.

apenas idosos com idade superior aos 65 anos, uma vez que nesse mesmo Estatuto é conferido como idosos as pessoas com 60 anos (Art. 1).

O Estatuto do Idoso toca em alguns aspectos da saúde mental ao apontar, em seu segundo artigo que o idoso deve gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízos da proteção, preservando a saúde física e mental; no inciso dois do artigo 10 que o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral; que deve ser assegurado aos idosos que esteja no domínio de suas faculdades mentais, o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for (Art. 17); bem como, no que toca a profissionalização e ao trabalho, que o idoso tem direito de exercer atividades profissionais respeitando as condições físicas, intelectuais e psíquicas. Já a lei de Saúde mental n.º 10216/01 faz uma única alusão à questão do idoso de forma bem breve e indireta ao discorrer, logo em seu primeiro artigo – exposto nesse mesmo tópico – que os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental são assegurados independentes da idade.

Entretanto, pode-se observar que, em alguns espaços sócios ocupacionais, mesmo com a articulação existente entre tais marcos legais – ainda que sejam de forma muito sucinta – parece que o indivíduo portador de transtorno mental constitui-se apenas como uma pessoa doente que não envelhece. Ou seja, reforça a ideia do estigma, onde o atributo da loucura é superposto as demais características que perpassam o ser. Desta forma, no que tange a materialização das leis mencionadas, o louco é só louco, que não apresenta questões de gênero, de raça, tão pouco, financeiras, culturais, ocasionando, por vezes, a setorialização do sujeito.

Dentro dessa lógica, cabe ratificar que um dos motivos que ocasiona essa desarticulação entre as políticas sé a falta de discussões dentro das academias, pois, as políticas são estudadas separadamente. Essa problemática na formação implica diretamente numa atuação profissional que analisará as demandas isoladamente, e, ao deparar-se com situações que demandam a articulação entre as leis e as políticas não saberão como atender – esses profissionais, além de trabalhar diretamente com os usuários, podem também ocupar cargos na formulação destas políticas. Poz, Lima e Perazz (2012) afirmam que, no que toca a questão da Reforma Psiquiátrica os recursos humanos é o pilar mais frágil. Essa assertiva baseia-se no fato que, ao contrário de outros setores da saúde, que necessitam para seu funcionamento de tecnologias e aparelhos sofisticados, na

saúde mental o artifício utilizado é essencialmente humano. Diante disso, os autores ainda salientam que assim, é necessário formar profissionais com competências e habilidades para atuarem nos variados dispositivos da atenção à saúde mental e apontam que há necessidade de enfrentar três desafios, concomitantemente, quais sejam:

[...] aumentar o número de profissionais especializados para suprir a demanda gerada pela expansão dos serviços; adequar a formação para que o profissional reconheça a multiplicidade dos determinantes da saúde mental e o caráter intersetorial desse campo de atuação; e capacitar, treinar e supervisionar profissionais que já estão no sistema de saúde (POZ, LIMA, PERAZZ, 2012, p. 633)

Aqui ainda acrescento que esses aspectos não se diferem no âmbito dos cuidados as pessoas que estão em processo de envelhecimento ou já, encontram-se na terceira idade, pois ambas as áreas são constituídas por equipes interdisciplinar e/ou multiprofissional. O desafio então é articular a formação profissional às políticas, onde a saúde e a educação devem ser pensadas conjuntamente. Essa mudança, por tanto, poderão nortear não apenas o pensamento, mas o planejamento e a realização das ações de saúde. Assim sendo, tanto a política de saúde mental, quanto à política para idosos, serão desenvolvidas de forma articulada.

Neste cenário, observa-se então a política de saúde mental e para as pessoas idosas avançou muito se comparadas como eram organizadas e estruturadas no Brasil no período anterior a Constituição Federal e as decorrentes leis, apesar disso, é indispensável reconhecer que ainda faz-se necessário, novos avanços e novas conquistas, e por tal motivo, afirma-se que tanto a reforma sanitária, quanto a psiquiátrica, bem como os movimentos de idosos, ainda encontram-se em curso na contemporaneidade e, portanto há a necessidade de dá visibilidade a esses segmentos da população. E por compreender essa necessidade, que a pesquisa empírica caracteriza-se como um estudo propositivo, uma vez que busca evidenciar a violação de direitos de indivíduos em processo de envelhecimento e com transtorno, bem como tenta instigar nos leitores a percepção que esses sujeitos não são apenas *loucos ou velhos*, mas indivíduos com uma memória que deve ser levado em consideração, pois se constitui como parte da memória da sociedade no país.

#### 4. HISTÓRIA DE VIDA: O LUGAR DA LEMBRANÇA.

Após conhecer a história da loucura e construção social em torno do termo velho, bem como as políticas sociais formuladas após a Constituição Federal que perpassam as categorias mencionadas, esse capítulo se constituiu a partir da história de vida de três pessoas, sujeitos da pesquisa, na perspectiva de (re) conhecer a memória de violação de direitos (ou não) durante o processo de envelhecimento dos mesmos, apontando quais as políticas públicas que foram acessadas na trajetória de vida e o duplo estigma que os envolvem. No entanto, a fim de delimitar o objeto, será dada ênfase as políticas de saúde, educação e o trabalho, o que não significa que outras políticas não serão mencionadas.

Nesse sentido, antes de explanar, de fato, a pesquisa empírica, no primeiro tópico deste capítulo será feita uma breve contextualização normativa e organizacional do ambiente donde foi realizada a pesquisa, no intuito de apontar em que contexto institucional os pesquisados estão inseridos. Por fim, o último tópico mostrará que, por meio do diálogo realizado, ao conseguir obter informações sobre a vida do sujeito pesquisado, o pesquisador sai do campo da aparência e consegue perceber as particularidades e universalidade que as envolvem, e assim, as determinações que perpassam os sujeitos.

##### 4.1. Conjuntura e análise institucional.

Como apontado no capítulo anterior, a pesquisa empírica foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), especificamente na cidade de Santo Antônio de Jesus. Essa instituição disponibiliza serviço de média complexidade, tem caráter público, é regulamentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e vinculada a Secretária Municipal de Saúde da prefeitura. O motivo pela escolha da referida instituição se deu devido à inserção como estagiária, onde foram realizados os três períodos de estágio curricular obrigatório do curso de serviço social, e essa imersão,



por sua vez, possibilitou a formação de vínculos com os usuários, e deste modo, a probabilidade de colher informações para fundamentar a pesquisa.

O CAPS Nova Vida tem aproximadamente oito anos instalado na cidade, e devido ao número de demandas, tornou-se uma unidade de porte II. O principal intuito de implantá-lo foi assegurar aos usuários de transtornos mentais e às suas famílias o direito de ser tratado no município em que reside, e para aqueles que moram nas cidades circunvizinhas, um lugar mais próximo. Esses, por sua vez, ficavam sem tratamentos ou tinham que ser levados para hospitais psiquiátricos em outras cidades, a exemplo, de Salvador. Como todos os CAPS – independente da cidade e do porte – o do município de Santo Antônio desenvolve atividades junto com as famílias dos usuários na perspectiva de revalorização do convívio familiar; busca meios para viabilizar a cidadania dos usuários tentando reintegrá-lo a comunidade; e realizar atividades e/ou oficinas que fortaleçam a socialização e a emancipação individual. Desta forma, pode afirmar que, como regulamentado em lei n.º 2016/01 e na portaria n.º 336/GM, o município de Santo Antônio de Jesus, ao garantir o direito ao acesso à política de saúde mental, assegura (ou pelo menos tenta assegurar) a não violação desse direito, que, conseqüentemente, viabiliza outras demandas.

Como proposto pela Portaria n.º 336/GM a instituição está apta e capacitada para realizar prioritariamente atendimento a pacientes que apresentam quadro de transtorno mental em sua área territorial, para tanto, são ofertados serviços de segunda a sexta, das 08:00 as 18:00 horas . No entanto, o atendimento aos usuários somente são realizados de segunda a quinta-feira e nas sextas pela manhã, pois todas as sextas, no período da tarde são realizadas reuniões administrativas com os profissionais com intuito de planejar novas atividades, discutirem o planejamento para a semana seguinte, bem como apontar estratégias para o maior desempenho de atividades e avaliações interdisciplinar.

Encontra-se ainda, localizado no mesmo endereço, o ambulatório psíquico do município, que, apesar de facilitar a localização para os próprios usuários, seja aqueles que já se encontram utilizando os serviços, ou os que chegam demandando-o, acaba, por vezes, transformando-se em um ambiente com um elevado contingente de pessoas – devido a demandas dos dois serviços – e assim, como apontado no livro de Goffman (1996), todos passam a ser observados a todo o momento, ocasionando, ainda que de forma sutil, uma violação de direito no que diz

respeito à privacidade. Além do mais, tal medida contraria o estabelecido no Art. 3º da Portaria mencionada, o qual afirma que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, ou dentro, apenas, dos *limites* da área física de uma unidade hospitalar geral ou de um conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que seja *independente* de sua estrutura física, tenha acesso privativo e equipe profissional seja própria. [Grifos da autora]

No que se refere aos recursos humanos, é assegurado o atendimento com psicólogos, psiquiatras, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermeiros, educadora física, técnico de enfermagem, os oficineiros, professores e músicos, compondo uma equipe mais completa do que é a proposta na Portaria. Já no que toca a questão da estrutura física, a instituição é constituída por uma recepção, uma área de acolhimento e artesanato, três salas de atendimento, uma de contenção, uma sala para as escolas, uma sala de enfermaria, um fumódromo, um refeitório, uma cozinha, quatro banheiros e uma área de horta. Essa estrutura possibilita a realização das atividades ofertadas e permite a interação dos usuários. Além de utilizar o próprio espaço institucional, algumas atividades são realizadas na praça, localizada na frente do CAPS, o que possibilita a visibilidade e uma possível desestigmatização dos usuários, uma vez que há a interação com a sociedade.

Toda a verba para custear os profissionais, as despesas institucionais e as atividades realizadas, é repassada “fundo a fundo” pela Secretária de Saúde do município, assegurados pelo art. 3º da Lei nº 8.142/1990; art. 1º do Decreto nº 1.232/1994; NOB/1996; Portarias Conjuntas SE-SAS/MS nº 04/1999, nº 42/1999 e nº 1/2000.

O CAPS Nova Vida atende cerca de duzentos e oitenta usuários, aproximadamente 45 usuários por turnos – o limite de pessoas que podem ser atendidas na modalidade de porte II segundo a Portaria –, essas pessoas apresentam transtornos mentais severos ou não, a exemplo de esquizofrenia, bipolaridade, depressão, síndrome do pânico, ansiedade, dentre outros. Todos eles possuem um prontuário, um cartão de entrada e um Programa Terapêutico Individual (PTI). O último é construído junto com o próprio usuário, tem como objetivo demonstrar sua modalidade; intensivo, semi-intensivo e não intensivo, e a partir desse diagnóstico da modalidade, coloca-se no PTI os dias que cada um deverá frequentar a instituição e as atividades que eles irão realizar, baseada nos

gostos e afinidades do próprio. Ou seja, esse programa constitui-se como um plano para o usuário, onde também será analisada a evolução ou regressão ao tratamento psicossocial. Na tentativa de garantir uma evolução, algumas atividades são realizadas e organizadas na unidade pelos profissionais, dentre elas: os campeonatos de futebol, o artesanato, os corais, os teatros, as caminhadas, a capoeira, a plantação de horta, as danças, os grupos de convivência, a oficina de atualidades, dentre outros. Também são concretizadas diversificadas festas durante o ano como o carnaval, a páscoa, a semana na luta antimanicomial, o São João e o Natal. Todavia, vale mencionar que essas atividades é um direito dos usuários, contudo, eles só participam das atividades sugeridas se tiverem interesse, ou seja, mesmo constando em sua PTI, eles não são obrigados a participar, caracterizando o respeito à liberdade dentro da instituição.

Já ao que diz respeito aos medicamentos, esses são solicitados e entregues na própria cede da instituição, exceto os de alto risco, pois estes só são disponibilizados na e pela Diretoria Regional de Saúde (DIRES), no entanto, para a obtenção do mesmo é feito um requerimento médico. Essa disponibilização de remédios tem o intuito de assegurar o direito à saúde a todos, sem distinções, como proposto pela Constituição Federal e no SUS.

Existe na instituição uma equipe multiprofissional, com isso tenta-se realizar algumas práticas que permitam a interação entre a equipe. A fim de facilitar o diálogo entre os profissionais, além das reuniões realizadas nas sextas pela tarde, é utilizado como um dos instrumentos técnico-operativo os prontuários, onde todos os profissionais relatam quaisquer que seja a ação realizada com usuário, bem como a realização de atividades e visitas domiciliares em conjunto. Além da interdisciplinaridade, observa-se também um trabalho em rede com outras instituições, dentre elas o ambulatório, o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas (CAPS AD), no qual são encaminhados os usuários com transtornos mentais decorrente da utilização das substâncias supracitadas; com o Centro de Referência a Assistência Social (CRAS); com a Unidade Básica de Saúde (UBS), pois ao deparar-se com a necessidade de um médico clínico, ou outras demandas, os profissionais fazem o encaminhamento e vice-versa.

Diante dessa lógica, o CAPS, de Santo Antônio reforça o seu papel na reforma, pois ofertam serviços que são considerados de grande relevância para o curso atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira e são estratégias para o ordenamento

da rede de atenção psicossocial em seu território de referência. Ao contrário do papel dos manicômios, coloca os indivíduos que demandam por seus serviços como sujeitos de direitos e, mesmo com suas limitações, responsáveis pelas suas escolhas.

Dentro dessa lógica, após a realização da observação participante durante o processo de estágio já mencionado, foram realizadas entrevistas não estruturadas<sup>24</sup> com três usuários do serviço mencionado, a fim de conhecer a memória individual e subterrânea/ marginal de cada, discutidas por Von Simson (2000) no capítulo 1 (um) deste trabalho, e assim poder identificar, através da história de vida, se houve ou não violações de direitos durante o processo de envelhecimento. De tal modo, a pesquisa foi realizada com uma mulher de 54 anos, solteira, professora e bipolar, que no momento em que a pesquisa foi realizada estava em crise; um homem de 61 anos, divorciado, gerente de hotelarias e gastrônomo, acometido com o transtorno esquizoafetivo e depressão; e outro, de 50 anos, casado, servente. Importa destacar os sujeitos que participaram da pesquisa, o fizeram de forma voluntária, que essas são as profissões de cada um, porém, eles não permanecem trabalhando, no mais, mesmo com a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido e autorização dos indivíduos para usar suas histórias, os nomes empregados aqui serão fictícios.

#### 4.2. O caso de Vitoria, Lucas e Ricardo.

Esse tópico deter-se-á à relação entre o campo ideal (teoria) e o campo do real, fazendo uma interlocução ao que foi ponderado nos capítulos anteriores e a memória de direitos dos sujeitos pesquisados. No intuito de enfatizar os pontos considerados mais relevantes, e assim, propiciar uma maior visibilidade a determinadas colocações dos indivíduos, será subdivididos alguns tópicos para organizar a exposição das respostas e suas análises. Essa divisão não se caracteriza como a fragmentação do real, uma vez que se reconhece a complementariedade e a interlocução entre todas as questões aqui mencionadas.

---

<sup>24</sup> Foi utilizado apenas um roteiro com alguns tópicos do que se pretende conhecer, esse instrumento garantiu a obtenção das informações desejadas no projeto, bem como deixou o sujeito pesquisado mais livre para se expressar como quisesse sem precisar seguir uma ordem fixa.

A pesquisa teve como objetivo (re) conhecer se houve/há ou não violação de direitos na vida de cada indivíduo durante o processo de envelhecimento, nesse sentido, será feita uma análise das políticas públicas acessadas durante a trajetória de vida. Logo, é necessário reforçar o que de fato se constitui como violação de direito. Segundo Lucas (2013)

*“O direito ele vem através do conhecimento e da cultura. Nós aqui, brasileiros, deixamos nossos direitos passarem despercebidos, por falta de conhecimento. E por falta também, do governo, dos órgãos competentes esclarecer esses direitos, leva o povo o conhecimento de seus direitos... Isso me machuca muito, machuca! (E chorou) É revoltante. A gente ver tanta gente sofrendo, tanta gente sem seu direito, sendo largada, deixada de lado. E o governo sabe disso, mas não fala muita coisa, em todas as áreas. Ai, as pessoas falam: - poxa vida, eu estou precisando disso, to precisando daquilo. Mas poxa, você tem direito, então vai. Vai procurar seus direitos. As pessoas não são politizadas. E quando vão, as pessoas que estão lá pra passar informação ou para atender, fala não, não tem. Ai a pessoa volta e se contenta com o não tem.” (LUCAS, 61 anos)*

Lucas diante da sua colocação assegura que o Estado ao cancelar as informações sobre direitos, demonstra o não cumprimento de seu dever no que toca a questão do publicitar informações aos cidadãos, no entanto, o Estado reconhece a sua omissão e, portanto a responsabilidade social sobre seu ato. Diante disso, o entrevistado corrobora com a assertiva de que violação de direito se constitui como a omissão ou negação de direitos, seja por parte das instancias governamentais, por profissionais que atuam na ponta dos serviços ou pelo simples fato do cidadão não saber que tem direito, tendo que o próprio indivíduo procure, por outra via que não a estatal, conhecer o que é ser por direito. Nessa lógica, os tópicos subsequentes demonstraram os impactos diretos nos indivíduos, observando se, a classe, tem interferência.

#### 4.2.1 Educação e trabalho.

Sabe-se que durante décadas a educação era restrita a uma parcela da população brasileira, por conta da necessidade de controlar a questão do consumo e da formação dos trabalhadores. Essa restrição é decorrente da ausência estatal na

sociedade devido à lógica capitalista vigente demarcada entre a década de 1950 a 1990, a qual minimiza a responsabilidade do papel do Estado diante da garantia de direitos. Nesse momento era possível observar que a maior parte dos direitos sociais não era viabilizada a todos os cidadãos e, como mencionado no capítulo dois, ficava vinculada restritamente àqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho formal, os quais eram organizados de acordo com as categorias profissionais assalariadas.

Lucas, por ser filho de pais comerciantes, os quais tinham condições materiais de prover o acesso à educação, estudou durante 14 anos em escola privada, organizada pela lógica de internato ou semi-internato, e ao concluir o colegial, ainda chegou a ingressar e cursar por dois anos a universidade. Vitoria chegou a concluir o colegial, entre a época de 70 a meados de 90, nos colégios públicos, os alunos faziam magistério, assim, ela o fez e em seguida, secretariado. Já Ricardo, por sua vez, teve que abdicar dos estudos para, por meio do trabalho infantil, ajudar financeiramente a subsistência da família, ou seja, lhe foi restrito o direito a educação em detrimento do trabalho. Cabe expor que, na conjuntura atual, além da educação ser mais acessível para as pessoas que não tem condições financeiras para arcar com essa despesa, pois se tornou uma política pública, existe também o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA) que assegura, legalmente, os direitos sociais a essas categorias posicionando-se com relação à obrigatoriedade dos estudos e o trabalho infantil.

Assim, pode-se observar que a ausência de um marco legal que assegurasse os direitos se viabilizasse as políticas sociais, bem como um corte classista, acarretou a violação de um dos direitos essenciais na face da infância, de um dos sujeitos pesquisados e essa ausência, conseqüentemente implicara outras violações, a exemplo da formação profissional. Essas pessoas que compõem a pesquisa fazem parte de uma geração que encontram-se em processo de envelhecimento e que carrega consigo uma memória sistemática de violações de direitos.

Vitoria, por ter feito magistério e secretariado, seguiu a carreira de professora e foi secretária do irmão por um tempo no BRADESCO, no entanto, devido ao transtorno mental que foi deflagrado – a informação que emocionou a usuária, e por isso, não foi relatada –, está, por meio de uma das oficinas do CAPS, tendo que “aprender” o alfabeto. Ricardo, como mencionado anteriormente, teve que começar

a trabalhar desde cedo, fazendo “uns biscates para ganhar um dinheirinho”, trabalhou também como servente com carteira assinada em Salvador (cidade que morou por algum tempo), e depois, foi ser pedreiro. Lucas, por ter concluído os estudos teve um leque de oportunidades no mercado de trabalho, desde a gastronomia em um dos maiores hotéis da cidade onde residia a encarregado de suprimentos da usina de Itaipu e gerente geral de condomínios, tornando-se profissional com carteira assinada nos lugares mencionados. Em contra partida, devido ao ritmo acelerado e o tempo dedicado ao trabalho, pois o mesmo o fazia de segunda a domingo, sem direito a férias e lazer, ocasionou o florescimento de um surto psíquico. Como o próprio explana

*“Trabalhei na hotelaria, depois eu fui gerente de uma churrascaria muito grande e eram servidos mais de 3 mil refeições por dia, só no almoço. [...] Depois trabalhei em uma casa noturna, fui ser gerente dessa casa noturna, e era de segunda a domingo. E eu entrava 7 da noite e sai 11 do outro dia, foram dois anos trabalhando só a noite. E esse trabalho, tanto na gastronomia, na área de hotelaria, como na área de lazer, de divertimento, eu trabalhava de segunda a domingo. Eu não tinha férias, não tinha feriado. Daí foi acumulando, aí foi eclodir quando fui trabalhar como síndico no edifício [...]. Então eu trabalhei 5 anos nesse condomínio. Eram 150 e poucas crianças, área de lazer, piscina, segurança... todo um conforto, e todo um trabalho, toda uma preocupação, todo um desgaste, que era chefe geral de tudo. [...] Lidar com uma média de 70 famílias não é fácil, cada cabeça uma sentença. Então eu fui me desgastando, me desgastando, até que um dia eu entrei uma crise e depois desse dia eu nunca mais voltei. Foi mesmo um surto. Eu tive um surto no trabalho e comecei a quebrar tudo, a sair de mim. E fiquei, como dizem, doidinho. Fiquei com a mente totalmente...” (LUCAS, 61 anos).*

Implica explicar que o trabalho aqui discutido, realizado com uma carga de horário excessiva, muitas vezes, sem condições para ser realizado e posto como um fator que pode causar o transtorno mental – não necessariamente manifestado através do surto como no caso supracitado, uma vez que outros tipos transtornos, a exemplo da ansiedade, são manifestados apenas por meio de oscilações de humor temporárias – não é o trabalho indicado por Marx, onde, diante de seu caráter ontológico, torna-se categoria central para a compreensão da sociedade, fundante do ser social e responsável pela transformação social, mas, sobretudo, como este é apropriado pelo sistema capitalista. Os indivíduos, dentro dessa lógica, são obrigados a vender sua força de trabalho para os grandes capitalistas, e trabalhar de

forma excessiva para poder, como menciona Lucas, oferecer conforto para aqueles que podem pagar. Essa apropriação do trabalho é aqui pontuada, para além do fator do adoecimento, como uma violação do próprio direito a vida, uma vez que este implica diretamente a indisponibilidade do sujeito ter acesso a outros direitos, como o lazer.

Por ter trabalhado por anos com carteira assinada, Lucas pode contribuir por 28 anos para a Previdência social e ter direito ao auxílio doença, assim sua proteção social é, no que se refere a esse direito, uma vez que a proteção social não se encerra neste aspecto, assegurada pela lógica do seguro, no entanto, o no momento, encontra-se suspenso. Vitória é assistida pela política de assistência social, e recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o qual é viabilizado para as pessoas acometidas com transtornos mentais e/ou idosos, com um valor equivalente a um salário mínimo. Já Ricardo não teve condições de contribuir, e assim, não recebe nada pela previdência, e até o presente momento, mesmo depois de algumas tentativas *“correndo atrás, num dá nada”* como o próprio afirma, porém ainda está encaminhando para tentar *“se encostar”*.

#### 4.2.2. Saúde

*“A saúde nessa época, assim, os médicos eram clínicos gerais, a maioria né, não tinha tanta especialidade como hoje em dia. E as doenças também nem tanto como têm hoje. Assim, as doenças corriqueiras eram como coqueluche, sarampo, caxumba, e a alimentação e a própria vida, em si, era mais tranquila” (LUCAS, 61 anos).*

Vale reiterar que, no período anterior a Constituição Federal, a saúde não era concebida como uma política pública, e, por tanto, só existia as Santas Casas de Misericórdia ou hospitais vinculados ao INPS. No entanto, para ter acesso a esse segundo, fazia-se necessário, como assinalado no segundo capítulo deste trabalho, ser contribuinte. Ou seja, a saúde seguia, e ainda segue um princípio classista, onde, apenas os que tinham um trabalho formal, conseqüentemente, um salário fixo, podia acessá-la. Nesse contexto, apenas Lucas, que além de ter acesso à educação, também teve acesso à saúde, pois os seus pais tinham a carteirinha do INPS, os demais, ou iam até as Santas Casas, ou se tratavam em casa por meio de medicamentos caseiros.



Então, pode-se observar que, quanto menor a posição social, no que diz respeito à renda financeira, maior a probabilidade de violações de direitos. Essa comprovação autentica o que foi pontuado no primeiro capítulo, quando sinalizado que desde o período que antecede a reforma psiquiátrica, aos loucos, cabiam destinos distintos ao depender do lugar social e econômico que o mesmo se encontrava. Na conjuntura atual, todos os três são acompanhados e tratados por uma instituição pública organizada pelo SUS.

De tal modo, no que toca a questão da saúde mental, todos foram acometidos com o transtorno mental depois do período que ocorreu a Reforma Psiquiátrica, dessa forma, nenhum deles chegou a ser internado em uma instituição manicomial, portanto, não foram vítimas desse modelo e assim, não sofreram essa violação de direito. Os usuários de saúde mental concebem os manicômios como o ambiente que, por muito tempo, os deixavam aprisionados, sem contato familiares e/ou outras pessoas que faziam parte das relações sociais, e o tratamento disponibilizado era violento. Diante disso, Lucas salienta que, quando era usuário do CAPS de Foz do Iguaçu, chegou a visitar uma unidade que ainda tinham pessoas internados e afirma, com bastante ênfase, que esse modelo de atendimento era péssimo e que *“não tem tratamento humano, não se trata assim nem animal quanto mais gente”*, corroborando com o exposto no primeiro capítulo quando é pontuado que os indivíduos eram submetidos a condições subhumanas de tratamento. Já Ricardo e Vitória, nunca passaram por outra instituição substitutiva pra conhecer, tão pouco para fazer tratamento.

Subsequentemente, um ponto relevante a ser explanado é o momento em que foi desencadeado o transtorno. Na conversa com Vitória, ao indagá-la sobre a lembrança do momento, ela afirma rapidamente que sim, emociona-se e cala-se. Logo em seguida, começa a falar sobre outros assuntos, o que demonstra a sensibilidade do assunto. Já Ricardo discorre com naturalidade que ocorreu há tanto tempo, que ele nem lembra mais. Lucas já recorda de forma muito clara, como já pontuado, o mesmo teve seu primeiro surto no ambiente de trabalho, e detalha também como foi atendido mediante a crise.

*“O SAMU veio, me pegou, levou para a psiquiatria. Não tinha manicômio, não tinha nada disso. Me deram atendimento de urgência, me aplicaram a medicação, a famosa injeção. Ai depois eu fiquei um ano em tratamento psicológico, só com psicólogo, sem*

*frequentar o CAPS... Ela me encaminhou depois de um ano para o CAPS, fiquei um ano fazendo seções de terapia, como melhorei um pouquinho, não conseguir chegar ao ideal, ela me encaminhou p o CAPS. Fiquei seis anos no de lá, depois fui transferido para o daqui” (LUCAS, 61 anos).*

Essa colocação demonstra além da fragilidade do trabalho em rede, a utilização da medicalização da loucura como forma de conter o indivíduo que se encontra em surto psíquico e a concepção de normalidade ou não para ser inserido em uma unidade de serviço substitutivo. Essa concepção é realçada quando o sujeito pesquisado afirma que por não chegar ao *ideal* foi encaminhado ao CAPS. O julgamento e conseqüentemente o encaminhamento do sujeito a uma unidade, deve ser precedida pelo conhecimento do profissional aos serviços e que esses possam ofertar serviço não apenas ao usuário, mas também aos seus familiares, no mais, deve-se levar em consideração a vontade no indivíduo para que seja possibilitado o direito da escolha.

Diante do exposto, cabe mencionar o lugar da crise psíquica. Essa depende do transtorno mental que o usuário apresenta, e varia, desde a agressividade, moleza, tristeza, risos, dentre outros sintomas ou uma mistura de todos eles. Vitória, por ser bipolar, ora oscilação o humor de forma inconstante com picos excessivos de risos e muitas conversas, ora coloca-se isolada de todos e fala apenas o essencial. No período em que foi realizada a pesquisa, apresentava-se dentro do primeiro quadro, muito feliz, no entanto, por querer estar envolvida em tudo e com todos, respondia de forma rápida o que lhe era solicitado. Ricardo assinala que nunca teve uma crise, e afirma ter adquirido a “*doença da cabeça*” por que a bateu, expondo assim a sua concepção sobre seu próprio transtorno. Lucas, por ser esquizoafetivo, um tipo de transtorno que engloba a esquizofrenia com depressão, em suas crises ouve vozes e afirma que ficar no seu lugar quieto, no entanto transforma-se em uma “*bomba relógio que pode explodir a qualquer momento*” ao depender do que fazem ou falem com ele, ou seja, sua reação é inconstante.

Essas crises são decorrentes, na maioria das vezes, do uso irregular do medicamento ou pelo fato de não tomá-lo. Entretanto, também pode ser manifestada quando passam por uma emoção muito forte, ou por ser já característico da doença, como no caso de Vitoria. Todos os pesquisados frequentam o CAPS regularmente, na modalidade intensiva, ou seja, vão todos os dias.

#### 4.2.3 Percepções sobre a Loucura e envelhecimento.

Por séculos foi utilizada a terminologia loucura/louco para conceber os indivíduos que adquiriam um tipo de transtorno, a eles cabiam apenas a marginalização/exclusão. Eram reclusos em manicômios sem, ao menos, entender o motivo pelo qual lhe fez ser posto em tal ambiente. Com os movimentos sociais, diversas pessoas com transtornos mentais se tornaram sujeitos que lutaram por mudanças, pois já reconheciam os seus direitos. Nessa perspectiva, cabe pontuar aqui qual a concepção dos entrevistados sobre esse aspecto. Lucas, logo afirma,

*“O transtorno é medicação. Por enquanto, alguns tipos de medicamentos. Mas a evolução na ciência esta cada vez mais evoluída, tanta doença que hoje já tem cura, acredito que o transtorno vai chegar o dia que vai ter cura. Já existe estudos sobre isso, já tem cientistas estudando, fazendo experiência. Consigo viver bem tomando meus medicamentos e frequentando aqui, se eu paro como parei, ou tomando os medicamentos não regularmente, ai eu entro em crise” (LUCAS, 61 anos).*

Observa-se que é feita pelo usuário uma interlocução entre a loucura e a medicalização, reconhecendo que, apenas por meio dela, ele consegue viver bem, caso contrário, entra em crise. Além disso, é pontuada a esperança em encontrar uma cura para a doença. No mais, por reconhecer que um indivíduo que tem um transtorno também se encontra em processo de envelhecimento, e, por conseguinte, será um idoso, ele continua explanando seu pensamento, e pontua.

*“O velho em si – acho que nem poderia usar esse nome, velho – o termo velho eu acho péssimo! Pesado de mais pra falar. O idoso, aqui no Brasil não, mas têm alguns países que o idoso é privilegiado, pela experiência, pelo conhecimento, pelo vivenciamento que ele já teve. Então, que dizer, a gente é um fosso de informação, e não se reconhece. [...] eu adoro ser velho, velho não idoso. Estou adorando ser idoso, porque muitos conceitos, muitas referências, muitas importâncias, o que tinha como jovem, hoje tem muito mais valor. Muito mais do que no tempo em quem é jovem. Esta no fogo total, e num tem tempo de experimentar as coisas, você come engolindo. E o idoso não, o idoso mastiga, vai a fundo. Então, tem um prazer total. O jovem tem prazer relâmpago” (Idem, id).*

A princípio a colocação reforça a substituição do termo velho, por idoso, trazida para o Brasil por meio de inspirações Europeias, que julgava, assim como a fala do entrevistado, pejorativo. Esse pensamento também assegura o já exposto em capítulos anteriores sobre a memória da pessoa idosa, o qual carrega consigo, além de aspectos da vida pessoal, fatos que compõe a história da sociedade do país, bem como a experiência que foi adquirida pelo tempo de vida, mas apesar disso, muitas vezes esses aspectos não são levados em consideração ou são menosprezados.

Vitoria, por encontrar-se em crise, não se posicionou com relação a nenhum dos aspectos. Já Ricardo, com poucas palavras e muita segurança afirma, tanto sobre a loucura quanto o envelhecimento: *“É uma coisa normal né? Tenho uma vida normal, boa, satisfeita!”*. Essa afirmativa traz consigo indagações sobre normal e anormal. O que de fato são? Com base em que foram criados? Na verdade, não são apenas ponto de vista e o lugar que se ocupa? Pois bem, tais conceitos foram criados paralelamente à ordem burguesa, a qual desejava higienizar a sociedade, como já explanado no primeiro capítulo. Então, esses conceitos, na verdade, foram produzidos e reproduzidos por séculos apenas por jogo de interesses, onde, a classe detentora de poder, julgar incapaz e conseqüentemente, anormal, aqueles que não contribuíam para a lógica vigente. Esse julgamento, por sua vez, acarretou a construção de um estigma que também foi carregado por séculos.

#### 4.2.4 Os estigmas sociais.

O fato de o indivíduo frequentar o CAPS, uma instituição específica para cuidar de pessoas com transtornos mentais, carrega consigo o estigma da loucura, reproduzido socialmente ao longo dos séculos e que ainda persiste no cenário atual. A questão da velhice é outro fato que também envolve uma série de determinantes que a coloca como algo negativo. Contudo, essas concepções sobre os assuntos foram alteradas paralelamente as mudanças sociais, históricas e econômicas do país.

Esses estigmas tornam-se mais latentes (e até mesmo mais impetuosos) quando esses vêm associados a outro estigma. Então, um indivíduo, quando tem um

transtorno somado ao fator da velhice ou simplesmente está apenas em processo de envelhecimento, porém está próximo de tornar-se um idoso – outro foco da pesquisa –, é estigmatizado duplamente. Lucas, enquanto indivíduo que, além de ter um transtorno já é um idoso, confirma essa assertiva ao pontuar que “a idade já é certo peso, mas junto com o transtorno, tem um peso maior”. De tal modo, o indivíduo é associado a apenas esses atributos e passam a ser vítimas do preconceito, ou colocam-se no lugar de coitadinhos, como já sinalizado.

Em dos momentos da escuta, um dos entrevistados afirma que foi discriminado pela ex-mulher, tanto por, na época, estar se aproximando da velhice, quanto, e ainda de uma forma mais violenta, por ter adquirido um transtorno. A mesma o estigmatizava colocando, por diversas vezes, em situações constrangedoras entre amigos ao falar: – *Ah! Você é louco, você é doido mesmo.* Então, esse posicionamento, além de confirmar que ainda existem pessoas que colocam a loucura como um “problema” que deve ser inferiorizado, e mediante a esse posicionamento passam a não respeitar o outro e violar seus direitos. Nesse caso, foi posto um assunto da vida privada como público.

Por conta desse posicionamento, o sujeito da pesquisa decidiu por um fim no seu relacionamento e procurar novos horizontes. Conheceu outra mulher, no entanto, quando o perguntei se falou como ela sobre seu transtorno e qual foi à reação dela ao descobrir, ele se posiciona.

*“Não. A reação foi assim... Como o vínculo já estava muito forte várias outras coisas, que a gente foi se conhecendo, porque eu também não ia falar pra ela: - Ow, (risos) eu faço CAPS e isso e isso e aquilo. Porque aí podia ser que não daria continuação, aí, devagarzinho, eu fui falando com ela, falei pra ela que era depressão, que eu tinha umas coisas sobre depressão. Aí ela falou tudo bem [...]. E a compensação de outras coisas, o amor, a convivência, o carinho, a amizade, o companheirismo... Porque tem que ter um pouco de tudo, pra poder dá certo o relacionamento” (LUCAS, 61 anos).*

Essa postura demonstra que, por reconhecer que existe um estigma sobre a loucura e que esse, por sua vez, acaba, em determinados momentos, afastado o outro, ele preferiu deixar para mostrá-la quando já houvesse um vínculo firmado entre os dois. Outro ponto que lhe fez omitir o fato foi o sofrimento que passou anteriormente com sua ex-esposa. Em contra partida, nessa mesma fala, observa-se o lugar do carinho e do respeito pelo outro.

Desencadeando a ideia de respeito, foi indagado aos três entrevistados como era o tratamento dentro da instituição. Cabe lembrar que um dos papéis do CAPS, como explanado no segundo capítulo, é formação de vínculos, o colhimento, a escuta, colocarem o indivíduo como um sujeito de direitos, e para tanto é preciso haver uma interação entre profissionais e usuários, bem como entre os próprios usuários. E dentro dessa lógica, todos afirmaram que são tratados “super bem”, tanto pelos funcionários, profissionais e colegas, e por tanto, consideram “muito bom” estar na unidade.

Nesse contexto, observa-se que ainda há violações de direitos a indivíduos que estão em processo de envelhecimento e que tem um transtorno, entretanto, essa violação pode ser decorrente da ausência de um marco legal em alguma face da vida trazendo implicações diretas sobre outras.

#### 4.3. O “Caminho de volta”

O reconhecimento do sujeito enquanto um indivíduo que não se limita a apenas um atributo – no caso da pesquisa aqui debatida, loucura e/ou envelhecimento – mas, e, sobretudo, é caracterizado por outras determinações e como mencionado no tópico anterior, por uma trajetória de vida, só foi possível a partir do caráter investigativo baseado na concepção de Marx e na interlocução entre teoria e prática. Com base no método de Marx, pode-se assinalar que teoria e prática são categorias diversas, entretanto indissociáveis, o que assinala a existência de uma unidade entre ambas, porém, essa unidade não deve ser compreendida como identidade. Observa-se então que a prática – enquanto uma dimensão dada no campo do real, no concreto, que se apresenta na singularidade e por sua vez, é visto de forma caótica, na superficialidade e imediatez – necessita do campo ideal (pensamento) para ser elevado e investigado. Nessa perspectiva, através da teoria, o real é interpretado no campo ideal (do pensamento), ou seja, o concreto é transformado em concreto pensado e então passa a ser analisado em suas particularidades.

A princípio é relevante pontuar o que cada categoria existe no real, essas, por assim ser, são níveis de abrangência do concreto, os quais, segundo Santos (2010)

constituem como as instâncias da totalidade social. A singularidade se constitui como o dado no real, o aparente, e esse, tornam-se o ponto de partida para o conhecimento, pois é por meio dela que as leis se manifestam; a particularidade é responsável pelas determinações que envolvem e constitui o singular, sendo também o campo em que ocorrem as mediações; o universal é o âmbito que mostra legalidade, se aproxima da realidade investigada, e, portanto, se afasta da aparência imediata, sendo considerada a categoria que envolve a singularidade e a particularidade.

Conhecendo as categorias supracitadas e após ter pontuado que a compreensão do real foi feita por meio de uma pesquisa com caráter investigativo, é relevante então mostrar como se deu o processo de conhecimento. Santos (2010), baseada nas concepções de Karl Marx sinaliza que existem dois caminhos, o “caminho de ida” e o “caminho de volta”, os quais são responsáveis pela elevação do real e a sua transformação em concreto pensado. No entanto, além disso, implica sinalizar que esse processo não altera o dado apenas o conhecimento que se tem sobre ele.

No primeiro passo, considerado também como o ponto de partida, o concreto (real) ainda se mostra apenas como uma “representação caótica” e aparente, sendo assim esse momento é demarcada pela elevação desse singular ao universal, onde ocorre o processo de abstração em busca das suas determinações. Esse ponto de partida também se caracteriza como ponto de chegada, “o caminho de volta”, no entanto, apenas ao realizar esse retorno do universal ao singular, se conhece a essência. Contudo, o singular encontrado nesse momento não é mais o mesmo – elevou-se ao concreto pensado – uma vez que foi reconhecido as determinações e contradições que o envolve, sua totalidade. Esse segundo momento, nada mais é que o encontro entre a aparência e essência. Ou seja, todo esse processo envolve a elevação do real ao ideal, e o retorno do ideal ao real.

Esse caminho de volta propicia o pesquisador a sair do campo aparente e conhecer a essência do fenômeno. Desta forma, ao realizar o diálogo com os indivíduos e poder analisá-los, evidenciou que, os indivíduos vistos apenas como “loucos” – caracterizando assim a setorialização do ser, como já apontada neste trabalho – são constituídos de outras características que são negligenciadas ou nem são levadas em consideração.

Nesse cenário, é importante revelar que os indivíduos também estão em processo de envelhecimento, o qual é considerado natural e dinâmico, pois o mesmo ocorre independente de ter ou não um transtorno. Também é possível observar em todos os indivíduos pesquisados cortes de classe, gênero, etnia, estado civil, opção sexual, religião, dentre outros fatores relevantes que influenciaram e influenciam diretamente na maneira como o indivíduo foi e dever ser percebido na produção e reprodução social, bem como nas relações, sejam elas, pessoais ou com os profissionais que os cuidam. Ou seja, o singular, apresenta suas próprias particularidades, inserida em um contexto universal que é composto por várias totalidades.

Esses aspectos, por sua vez, foram fatores que ocasionaram violações de direitos durante o processo de envelhecimento, desde o período da infância, quando os direitos a educação e saúde foram negados, quando, por consequência da falta dessas políticas, foram submetidos a condições pauperizadas de trabalho, bem como a negação, no contexto atual, do direito assistencial sendo negado ou suspenso, ou quando ainda são tratados apenas como “doentes mentais”.

Todos os pontos mencionados no transcorrer deste capítulo são aparentemente fáceis de ser compreendidos e pontuados (se não forem julgado até como óbvios), contudo, os mesmos só poderão ser percebidos e posto em prática, se esse indivíduo for ouvido e após essa intervenção, o pesquisador e/ou profissional de determinado serviço, poder analisá-los por meio da interlocução entre teorias a conjuntura na qual eles encontram-se inseridos, pois a essência dos fatos está presente em qualquer situação, entretanto, precisa ser desvendada.

## **5.NOTAS (IN) CONCLUSIVAS.**

Tentou-se, ao longo da abordagem ora apresentada, analisar os contornos pelos quais progressiva, histórica e politicamente passaram as categorias *loucura* e *velhice* na sociedade brasileira para, fundamentalmente, apontar para a importância da existência de políticas públicas que garantam os direitos das pessoas com transtornos mentais e em processo de envelhecimento. Sinaliza-se então a relevância de momentos definitivamente cruciais que, através de movimentos



coletivos, com atores diversos, alcançou-se a passos lentos garantias legais, expostas durante a análise aqui apresentada, mas que dependem de uma estrutura complexa para que haja a sua materialização.

Logo, importou até aqui, reafirmar que com emergência dos movimentos no Brasil, surge em cena, por volta da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica – baseada nos princípios da Reforma Sanitária, a qual almejava a saúde como direito e assim, uma política pública – objetivando, como um dos seus principais focos, a conquista dos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais, dentre outros, dos indivíduos com transtornos mentais, uma vez que, durante o período que a antecede, os direitos não eram garantidos a essa parcela da população, e por tanto, não eram vistos como cidadãos. Paralelamente a reforma, emergiu também no cenário do país, composto pelo mesmo movimento da reforma, a Luta Antimanicomial inspirada no modelo Italiano de Franco Basaglia que tinha como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse mesmo contexto, o movimento das pessoas idosas, composta não apenas pela categoria, mas também por profissionais e familiares, reivindicam as demandas, buscando também uma lei e/ou uma política que normatizassem e assegurassem os seus direitos.

Diante das lutas sociais, foi regulamentada a Constituição Federal e subsequente a ela, diversas leis, portarias e políticas foram institucionalizadas para tornar os sujeitos que antes eram apenas alvos de caridade, em sujeitos de direitos. No entanto, a história que envolve, especificamente, os indivíduos com transtornos mentais e idosos – objetos da pesquisa – é demasiadamente longa e por tanto, ainda na contemporaneidade, as repercussões são latentes. Essas, por sua vez, são decorrentes de um lastro social que influenciou a construção e repercussão de estigmas que ainda se manifesta, mesmo que de forma mais sutil e menos violenta.

Devido a esse lastro social, mesmo com os avanços na área de saúde mental e da pessoa idosa, essa políticas ainda não criaram ou criam minimamente uma cultura que impacta nos serviços (não impactando como deveria), conseqüentemente, mesmo que seja preconizado pelo SUS e por tantas outras legislações, o ideal de Intersetorialidade entre as políticas, na prática, o indivíduo é limitado ao atributo que lhe é mais latente, acarretando na setorialização dos indivíduos e por sua vez, reforçando o estigma social.

No caso da pesquisa ora esboçada, o indivíduo é caracterizado apenas como um “louco”, donde os demais determinantes que o envolve, não são, na grande

maioria das vezes, nem reconhecidos. Essa característica, como apontada no capítulo dois, decorre da ausência de uma interlocução entre as políticas públicas, que em essência afeta diretamente e conseqüentemente na oferta dos serviços.

Essa desarticulação gera impactos diretos sobre o usuário que demanda pelo serviço, e esses impactos, podem gerar violações de direitos. Outro ponto observado que causa violação de direito é a ausência de políticas de proteções sociais em algum momento durante o processo de envelhecimento. A negação ou omissão de qualquer política seja ela, educação, assistência, saúde, trabalho, acaba ocasionando o não acesso a outras delas. E esse fato repercute na fase da velhice.

Com isso, pode-se observar, em meio aos dados empíricos, que a falta de acesso à política de educação na infância, inviabilizou um trabalho mais rentável em outra fase da vida, assim como, o não ter condições financeiras impossibilitou o direito a saúde, uma vez que ela não era considerada uma política pública antes da Constituição, de tal modo, nem todos podia acessá-la. Esse reconhecimento de qual a política não acessada em uma fase da vida, e como ela acarretou no não acesso em outro momento, só é possível a partir de uma conversa, “pesquisando” na memória do sujeito os fatos, e por meio da aparência do sujeito, revelar e analisar as particularidades e universalidades que o envolvia.

No marco dessas considerações, as análises e a pesquisa empírica apresentadas tentam, portanto, mostrar que o indivíduo com transtorno mental em processo de envelhecimento apresenta uma memória de violação de direito, e acrescenta ainda que as violações vão sempre existir, no entanto elas podem ser mais manifestas em uns do que em outros, e variam ao depender do contexto social, político, cultural e principalmente, econômico pelo qual os indivíduos encontram-se inseridos.

Contudo, por mais que se tente chegar a uma conclusão exata sobre o assunto, observam-se sempre e constantemente sucessivas mudanças, não apenas no âmbito teórico-legal, mas, na própria maneira de ver e intervir sobre os sujeitos. Isso decorre do fato do real não ser estático, e por tanto, ter uma dinâmica constante. Por tal motivo CORROBO COM diversos autores, OS QUAIS afirmam que tanto a reforma sanitária, quanto a psiquiátrica ainda estão em curso e presentes no cotidiano, mas que elas só obterão sucesso e eficácia se a própria sociedade mudar o seu posicionamento e pensamento, e se, sobretudo, o ator principal neste cenário assumir as responsabilidades que são suas. Ou seja, o

Estado deve garantir as condições ideais para a materialização de direitos garantidos constitucionalmente e conquistados coletivamente para assim cobrir políticas públicas de qualidade no seio das relações sociais.

## REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, Mirtes Guedes. Monografia final. In: **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; et. al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. NEUROBIOLOGIA, 72 (1) jan./mar., 2009

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira In **Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury** (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. **Novos sujeitos, novos direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica**. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, Jul/Set, 1995.

BARISON, Mônica Santos; OLIVEIRA, Joanna Mota Santos. Direito e Cidadania: os Impactos da Interdição Civil no Cotidiano de Vida dos Portadores de Transtornos Mentais In **Cadernos UniFOA** edição nº 08, dezembro 2008

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e a reforma psiquiátrica** / Franco Basaglia; Organização Paulo Amarante; tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. – Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 1924.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**. 2 ed – São Paulo: Cortez.

BOGO, Ademar. A identidade para além da cultura. In **Identidade e luta de classes**. 1 ed. – São Paulo: Expressão Popular. 2008.

BARISON, Mônica Santos; OLIVEIRA, Joanna Mota Santos de. **Direito e Cidadania: os Impactos da Interdição Civil no Cotidiano de Vida dos Portadores de Transtornos Mentais**. Cadernos UniFOA, edição n 08, dezembro de 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. A expansão assimétrica e desigual. In **Seguridade Social e Trabalho: Paradoxos na construção Das políticas de previdência e assistência**. Brasília: UnB, 2008.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei Orgânica de Saúde**. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 36/89, de 24 de Julho de 1989. A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental. **Lei Paulo Delgado**. Brasília, 1989.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental Congresso Nacional. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de saúde. **Relatório Final da 8ª Conferencia Nacional de Saúde**. Brasília: CONASS, 1986.

\_\_\_\_\_. Portaria do Ministério da Saúde n.º 336/GMde 19 de fevereiro de 2002.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e Trabalho: Paradoxos na construção Das políticas de previdência e assistência**. Brasília: Ed. UnB, 2008

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In **Serviço Social e Saúde**. / Ana Elizabete Mota [et al.], (ORGS). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e praticas profissoionais**. 4. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011

Carvalho, Jose Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, Ailtom mota de. **Políticas sociais: afinal do que se trata?** Agenda Social. Revista do PPGPS/ UENF. Campos dos Goytacazes, v.1, n.3, set-dez/ 2007, p.73-86. Issn 1981-9862.

CENSO. Tabela 1.3.1 - População residente, por tipo de deficiência, segundo a situação do domicílio e os grupos de idade - Brasil - 2010

DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?** s/a.

DEBERT, Grin Guita. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade,**

**memória e política.** Organizado por Myriam Morais de Barros. Reimpr. – Rio de Janeiro. Editora FGV, 2007.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In **Cidadania e Loucura;** políticas de saúde mental no Brasil/ Silvério Almeida Tundis, Nilson do Rosário Costa (Organizadores). – 8.ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade / Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo (Organizadores). – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994

DUARTE, Marco José de Oliveira. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In **Saúde e Serviço Social.** / Maria Inês Souza Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Andréa de Souza Gama, Giselle Lavinias Monnerat (orgs.). – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004 da pagina 150 a 164.

**Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

FLEURY, Sônia; OUVENEY, Assis Mafort. **Política de saúde:** uma politica social. In Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. / Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura.** / Tradução: José Teixeira Coelho Netto; Revisão de texto: Antonio de Pádua Danesi; Revisão de provas: Aníbal Mari, José Bonifácio Caldas, Plínio Martins Filho e Vera Lúcia B. Bolognani; Produção: Plinio Martins Filho. Éditions Gallimard, 1972. Direitos em língua portuguesa reservados à EDITORA PERSPECTIVA S. A. – São Paulo – Brasil, 1978.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** Notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada. [Tradução de Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes]. – 4.ed. - Rio de Janeiro: LTC, 2008.

\_\_\_\_\_. **MANICÔMIOS, PRISÕES E CONVENTOS.** Editora Perspectiva. São Paulo. 1996.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil:** contextualização e reflexos sobre o cuidado com doente mental na família. In Revista Latino-am Enfermagem março 2001.

HIRDES; Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil:** uma (re) visão. In revista Ciência e Saúde Coletiva, 2009

JACCOUD, Luciana. **Proteção social no Brasil:** Debates e desafios. IN Brasil/MOS. Concepção e gestão da Proteção Social não-contributiva no Brasil. Brasília: UNESCO, 2009.

KALACHE, Alexandre. Direitos das pessoas idosas. In **Direitos Humanos: percepções da opinião pública: análises de pesquisa nacional**. Organização Gustavo Venturi. – Brasília: Secretária de Direitos Humanos, 2010.

MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes. **O que é cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 2002. – (Coleção primeiros passos; 250).

MARX, Karl, 1818-1883. **O capital: crítica da economia política: livro I**/Karl Marx; tradução de Reginaldo Sant'Anna. – 25ªed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 2v.:(966p.)

MINAYO, Maria Cecília de Souza; NETO, Suely Ferreira Deslandes Otavio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOREIRA, Reginaldo. **Memória, loucura e velhice: Os ganhos no processo de envelhecimento pós reforma psiquiátrica (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas/SP)**. Campinas, São Paulo: [s.n.], 2004.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. . In: **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Gestão participativa, Estado e democracia**. In Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo. Cortez, 2004.

NUNES, Meire. **Desafios e perspectivas na velhice: a interpretação da Terceira Idade** In REVISTA PORTAL de informações, n 22, Ano II, jun. 2012: 6-17. ISSN 2178-3454.

OLIVEIRA, Jullymara Laís Rolim; et. al. **CAPS e Serviço Social: um novo paradigma no campo da Saúde Mental**. In Portal de Periódicos - FAFIC

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In **Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury** (organizadora).

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASCHEL, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. **A importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde**.

PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Organizado por Myriam Moraes de Barros. Reimpr. – Rio de Janeiro. Editora FGV, 2007.

POZ, Mario Roberto DAL; LIMA, José Carlos de Souza; PERAZZI, Sara. **Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica**. IN *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: 2012.

Portal de Saúde do Governo; acessado 21/01/2012 as 17:58h.  
in [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)

RABENHORST, Eduard R. **O que são Direitos Humanos?** s/a.

REIS, Ana Paula Souza. et. al. **Os discursos e as histórias de envelhecimento.** V seminário de Extensão da PUC Minas – Campos Coração Eucarístico. Setembro de 2010.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In **Cidadania e Loucura**; políticas de saúde mental no Brasil/ Silvério Almeida Tundis, Nilson do Rosário Costa (Organizadores). – 8.ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

RODRIGUES, Lizete de Souza; SOARES, Geraldo Antunes. **Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea.** Revista *Ágora*, Vitória, n.4, 2006, p.1-29.

SANTOS, Cláudia Mônica. **Na prática a teoria é outra?** Mitos e dilemas na relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social. Editora Lúmen Júris, Rio de Janeiro. 2010

SOARES, Tavares Laura. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** – 2 ed. – São Paulo, Cortez, 2002. – Coleção Questões da Nossa Época; v.78

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira:** Perspectivas humanistas e existenciais. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TEXEIRA, Sonia Fleury (Org.). Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In **Reforma Sanitária:** Em busca de uma teoria. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. Introdução Cidadania, classes populares e doença mental. In **Cidadania e Loucura**; políticas de saúde mental no Brasil/ Silvério Almeida Tundis, Nilson do Rosário Costa (Organizadores). – 8.ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade./ Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (Org.). – 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VENTURI, Kalache. Direitos das pessoas idosas. In **Direitos Humanos:** percepção da opinião pública: análises de pesquisa nacional / organização Gustavo Venturi. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

VERSIANI, Flávio; SUZIGAN, Wilson. O processo brasileiro de industrialização: uma visão geral. Texto preparado para a seção relativa à industrialização da América Latina no X Congresso Internacional de História Econômica, Louvain, agosto de 1990.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **Em torno do conceito de Política Social: Notas introdutórias.** Rio de Janeiro, dezembro de 2002.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. **Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault.** ISSN 1981-1225 Dossiê Foucault N. 3 – dezembro 2006/março 2007.