



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – ATENÇÃO À
SAÚDE MENTAL

LEIDIANE MACIEL LEAL

HISTÓRIA DE VIDA E TRANSTORNO MENTAL:

Sentidos e implicações da doença na vida de uma mulher
idosa atendida no CAPS Renascer em Belém do Pará

Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
Gerência de Ensino e Pesquisa
BIBLIOTECA

Belém, Pará
2015

LEIDIANE MACIEL LEAL

HISTÓRIA DE VIDA E TRANSTORNO MENTAL:

Sentidos e implicações da doença na vida de uma mulher idosa atendida no CAPS Renascer em Belém do Pará

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção à Saúde Mental, da Universidade do Estado do Pará (UEPA)/ Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV), como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Mello Pontes

**Belém, Pará
2015**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca da UEPA/CCBS, Belém - PA

L435h Leal, Leidiane Maciel .

História de vida e transtorno mental: Sentidos e implicações da doença na vida de uma mulher idosa atendida no CAPS Renascer em Belém do Pará / Leidiane Maciel Leal; Orientadora, Andréa Mello Pontes. _ 2015.

69f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Atenção à Saúde Mental) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2015.

1. Mulheres idosas. 2. Saúde mental. 3. Vida - História. I. Pontes, Andréa Mello, orient. II. Título.

CDD: 21. ed. 618.97.

LEIDIANE MACIEL LEAL

HISTÓRIA DE VIDA E TRANSTORNO MENTAL:

Sentidos e implicações da doença na vida de uma mulher idosa atendida no CAPS Renascer em Belém do Pará

BANCA EXAMINADORA:

Andréa Mello Pontes

Orientadora
Doutora
Faculdade de Serviço Social
Universidade Federal do Pará

Maria Auxiliadora Pereira

Membro
Doutora
Faculdade de Enfermagem
Universidade do Estado do Pará

Alessandra Genú Pacheco

Membro
Mestre
Assistente Social
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

Examinada a monografia em: 28 de janeiro de 2015

Dedico este trabalho a todos os pacientes e/ou usuários que conheci durante essa trajetória. Com suas histórias de vida e suas vivências, me ensinaram a ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter possibilitado que eu fizesse essa residência, pelo meu crescimento profissional, por ter conhecido amigas maravilhosas e por ter me amparado nos momentos mais difíceis que passei durante esse percurso.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Andréa Mello Pontes por ter aceitado me orientar e por ter contribuído de maneira esplêndida com seus conhecimentos.

À banca de examinadoras que contribuiu com sua competência e sabedoria, agradeço pelo interesse e disposição.

À segunda família que ganhei composta por oito mulheres sensacionais: Jhéssyca Carvalho, Elisângela Monteiro, Luna Cardoso, Isabelly Paiva, Jessica Martinho, Brena Maués, Karolyne Santos e Brenda Sousa que me proporcionaram momentos únicos, de alegrias, de histórias, de companheirismo, de partilhas, de amor... Sempre me apoiando, não me deixando cair de forma nenhuma na ocasião em que me encontrava sem chão e nem permitiram que eu desistisse. Muito obrigada a tudo que vocês me ensinaram.

As minhas amigas Adriana Moraes, Caroline Cravo e Kelly Ferreira que me apoiaram, compreenderam meus momentos de ausência e me incentivaram para que eu concluísse essa especialização.

À Coordenação da Residência Multiprofissional (COREMU) e à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da FPEHCGV pelo apoio acadêmico e pela oportunidade de exercer essa residência.

À equipe da Clínica Psiquiátrica da FPEHCGV, sobretudo às minhas preceptoras Sara Raiol, Elizabeth Silva, Márcia Souza, Vera Lacerda e Josedéia Santos que com paciência contribuíram para o meu aprendizado. Agradeço ainda aos outros profissionais, que embora não sendo preceptores, estiveram dispostos a colaborar.

Aos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) onde passei. Agradeço por me ensinarem e por compartilharem suas experiências acerca da prática em saúde mental.

E, por fim, agradeço à SESPA e à direção do CAPS Renascer por permitirem que eu realizasse a pesquisa na instituição e, principalmente, à usuária e sua família

que cordialmente aceitaram participar do estudo compartilhando sua história de vida, suas experiências, suas angústias e suas dúvidas.

A todos (as) muito obrigada!

"O narrador conta o que ele extrai da experiência - sua própria ou aquela contada por outros. E, de volta, ele a torna experiência daqueles que ouvem a sua história".

Walter Benjamin

RESUMO

Considerando ser a longevidade uma das grandes conquistas do século XX, observa-se a presença de muitos idosos com transtorno mental. Apesar das conquistas sociais, muitos sofrem cotidianamente preconceitos e exclusão social, principalmente por serem vistos como ameaça à sociedade. A loucura, tal como a velhice, é temida principalmente nas sociedades consideradas politicamente desenvolvidas. Diante de tal problemática e, considerando ainda que a maioria dos pacientes atendidos é do sexo feminino, emergiu o interesse de realizar estudos que possam contribuir para dar visibilidade a esses indivíduos socialmente excluídos da história oficial e para a desconstrução das representações sociais negativas até aqui construídas em torno dos indivíduos com transtorno mental, auxiliando na ruptura da identidade estigmatizadora que lhes foi atribuída. Desse modo, o presente estudo apresenta como objetivos, por meio da história oral de vida, compreender o sentido que mulheres idosas com transtorno mental atribuem ao processo de adoecimento e suas implicações, além de identificar os aspectos socioculturais que possam ter contribuído para o surgimento e/ou agravamento do transtorno mental e destacar a importância da história oral de vida do paciente para a prática do Assistente Social que atua na saúde mental. Para alcançar os resultados realizou-se entrevista com uma idosa usuária do CAPS Renascer, a partir da qual foi possível coletar sua história de vida. De acordo com os dados obtidos verificou-se que as principais implicações foram na mudança da rotina da entrevistada, bem como na sua relação com os familiares, na medida em que se intensificou a rede de apoio dos parentes após o adoecimento.

Palavras-chave: Idosa; Saúde Mental; História de Vida.

ABSTRACT

Whereas it is the longevity of the great achievements of the twentieth century, we see the presence of many older people with mental disorders. Despite the social conquests, many suffer daily prejudice and social exclusion, mainly because they are seen as a threat to society. Madness, such as old age, it is feared especially in societies considered politically developed. Faced with this problem, and also considering that most of the patients treated are female, emerged interest in studies that may help to give visibility to these socially excluded individuals in the official history and the deconstruction of the negative social representations constructed here around individuals with mental disorders, helping to break stigmatizing identity assigned to them. Thus, the present study has the following objectives through the oral history of life, to understand the meaning that older women with mental disorders attribute to the disease process and its implications, and identify the socio-cultural aspects that may have contributed to the emergence and / or worsening mental disorder and highlight the importance of oral history of life of patients to practice social worker engaged in health mental. Para achieve the results held up interview with an elderly user of CAPS Reborn, in which it was possible to collect his life story. According to the data obtained it was found that the main implications were interviewed in the routine of change as well as their relationship with family members, to the extent that intensified the support network of relatives after the illness.

Key-words: Senior; Mental health; Life History.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FPEHCGV	Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
GRT	Grupo de Referência Técnica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
PTI	Plano Terapêutico Individual
SEPs	Serviços de Emergências Psiquiátricas
SESPA	Secretaria Estadual de Saúde do Pará
SIB	Setor de Internação Breve
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA LOUCURA E O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	17
2.2. REFORMA PSIQUIATRA E AS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	21
2.3. CONCEITUAÇÃO DE ENVELHECIMENTO E VELHICE.....	26
2.4. PESSOA IDOSA E TRANSTORNOS MENTAIS.....	30
3. SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E HISTÓRIA DE VIDA	33
3.1. SERVIÇO SOCIAL E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	33
3.2. SERVIÇO SOCIAL E RELATOS DE HISTÓRIA DE VIDA.....	36
4. HISTÓRIA DE VIDA E A PESQUISA DE CAMPO NO CAPS RENASCER	39
4.1. MÉTODO DA PESQUISA: HISTÓRIA ORAL NA MODALIDADE HISTÓRIA DE VIDA	39
4.2. CAPS RENASCER E O CENÁRIO DA PESQUISA.....	41
4.3. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.3.1 Algumas memórias da infância.....	43
4.3.2 Sobre a adolescência.....	44
4.3.3 Idade Adulta: trabalho, casamento e perdas.....	44
4.3.4 Velhice.....	46
4.3.5 O processo de adoecimento e suas implicações sob o olhar de Hera.....	48
4.3.6 Aspectos socioculturais: determinantes ou agravantes para o adoecimento psíquico.....	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
GLOSSÁRIO	58
APÊNDICE A	61
ANEXO A	64
ANEXO B	67
ANEXO C	69

1. INTRODUÇÃO

A longevidade é uma das grandes conquistas do século XX. A melhoria das condições de saneamento básico e higiene, e os avanços científicos e tecnológicos da medicina são alguns dos fatores determinantes para o aumento da expectativa de vida da população mundial, o que contribuiu para o aumento do contingente populacional de idosos.

No Brasil, tal como nos países desenvolvidos economicamente, também é notório o rápido envelhecimento da sociedade. Este fenômeno deve-se, sobretudo, às quedas da fecundidade em âmbito global, somadas ainda à oportunidade dada as pessoas de cuidarem melhor da saúde, podendo usufruir mais dos avanços tecnológicos da Medicina e da Farmacologia, o que pode explicar a expressiva ampliação da população idosa.

Segundo pesquisa recente do IBGE (2010), atualmente existem em torno de 20 milhões de idosos no país, ou seja, 10% da população. Em 2050, estima-se que existam no Brasil 33 milhões de pessoas com 70 anos ou mais, o que significa que seremos o sexto país em número de idosos. Este fenômeno traz consigo demandas emergentes que rebatem diretamente na formulação e execução das políticas públicas dos países, gerando grandes impactos na sociedade, isto é, alterações nos aspectos econômicos, sociais e políticos, bem como nos arranjos familiares.

O crescimento do contingente populacional de idosos vem permitindo, ainda, o prolongamento da convivência intergeracional nas mais diversas instituições sociais. Diante deste cenário, cabe ressaltar que a velhice, historicamente vista como pertencente à esfera privada, agora passa a ser considerada uma questão pública, haja vista gerar implicações econômicas e políticas não só para a família, mas para a sociedade como um todo, pois o aumento da longevidade tem como consequência direta a elevação de gastos com seguridade social, bens de consumo, assistência médica (com especial destaque para os que usufruem dos serviços de tratamento à doença mental) e demais serviços específicos voltados a esta faixa etária.

Há algumas décadas ainda predominava a imagem negativa da velhice na qual esta era permeada por juízos valorativos de discriminação e desvalorização do sujeito, ou seja, representações sociais que relacionavam a velhice a um momento de declínios e perdas. No entanto, o que se vê no contexto atual, sobretudo através

da mídia, é a velhice como fase produtiva, dinâmica e com qualidade de vida, apresentada também como o momento das conquistas e concretização de sonhos postergados. Além disso, o mercado consumidor vem investindo em produtos e serviços voltados para este público, a exemplo de produtos de beleza, remédios, empréstimos bancários, opções de pacotes turísticos, academias de ginástica, etc. A maioria das pessoas idosas hoje consegue se enxergar enquanto cidadãos de direitos e por isso ampliou-se o número daqueles que lutam por aposentadoria digna, melhoria na prestação de serviços, respeito, valorização e efetivação dos direitos preconizados no Estatuto do Idoso.

Cabe ressaltar que apesar das conquistas referidas, muitos idosos ainda sofrem cotidianamente preconceitos e exclusão social, principalmente quando a velhice se associa a existência de transtorno mental.

Historicamente os doentes mentais são vistos como ameaça à sociedade, daí a necessidade de prendê-los, de afastá-los da comunidade, enfim de excluí-los, pois “[...] prender os loucos é essencialmente imunizar a sociedade contra o perigo que eles representam” (FOUCAULT, 1991, p. 430).

A loucura, tal como a velhice, é temida principalmente nas sociedades consideradas politicamente desenvolvidas. A partir do entendimento weberiano de que o indivíduo socializado pertencente a um meio (família, religião, partido, etc.) e que tal meio forma uma identidade padrão, com normas a serem seguidas pela coletividade, podemos inferir que as pessoas com sofrimento psíquico são afetadas por este padrão, na medida em que, ao agirem conforme suas emoções e imaginação, são tratadas como desviantes do juízo coletivo e por isso são alijadas da esfera social.

Lévi Strauss (1974) também considera a doença mental como recusa de padrões socialmente aceitáveis. O autor defende que tal doença pode ser avaliada como incidência sociológica na conduta dos homens, pois quando este se aliena do sistema simbólico do grupo no qual convive, ou seja, quando se recusa a participar da vida social em obediência aos padrões impostos, a sociedade passa a compreender isto como manifestação das perturbações mentais.

A partir da experiência profissional enquanto Assistente Social Residente na Emergência Psiquiátrica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, foi possível observar que a assistência voltada aos pacientes se restringe em sua grande maioria, à utilização de medicamentos como recurso terapêutico. Raramente,

senão nunca, considera-se a história do paciente. Tomemos como exemplo as fichas de acolhimento psicossocial que constam nos prontuários; estas possuem poucas informações sobre o passado e o presente do paciente, e nenhuma informação acerca do meio social em que este vive e a relação com a doença. Ademais, observa-se na prática que muitos familiares, seja por preconceito, por não saberem lidar com a doença e com o doente, ou por falta de conhecimento, percebem o hospital, ou seja, a internação como única opção de tratamento para a doença mental – embora existam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Sistema Único de Saúde e outras formas de tratamento continuado – e assim sendo os familiares questionam e até se recusam a aceitar quando o paciente encontra-se de alta hospitalar, negando, em alguns casos, a recebê-lo de volta em casa. Tais atitudes, além de contribuírem para a exclusão dos pacientes do meio familiar, levam-no, conseqüentemente, a ser excluído da comunidade, pois lhes são negados o direito à participação e ao convívio social.

Diante de tal problemática e, considerando ainda que a maioria dos pacientes atendidos seja na Emergência Psiquiátrica, seja nos CAPS, é do sexo feminino, surgiu o interesse em realizar estudos que possam contribuir para dar visibilidade a esses indivíduos socialmente excluídos da história oficial, pois compreendemos que esta pesquisa permitiria o registro desse grupo social. Ademais, contribuiria para a desconstrução das representações sociais negativas até aqui construídas em torno dos indivíduos com transtorno mental, auxiliando na ruptura da identidade estigmatizadora que lhes foi atribuída.

Ainda hoje, a prática de valorizar e utilizar a história do paciente como forma de conhecer melhor a doença, em sua dimensão sociocultural, se faz pouco presente. Pedroso (2008) cita a tentativa de um psiquiatra do Hospital Juliano Moreira na década de 1970 de incentivar a equipe do hospital a ouvir a história dos pacientes. Conforme tal psiquiatra os pacientes eram tratados como se não tivessem história, os prontuários tinham pouca informação, por isso, a necessidade de motivar a equipe para realizar a coleta da história de vida dos pacientes.

Perante o exposto acima, o presente estudo apresenta como objetivos, por meio da história oral de vida, compreender o sentido que mulheres idosas com transtorno mental atribuem ao processo de adoecimento e suas implicações, além de identificar os aspectos socioculturais que possam ter contribuído para o surgimento e/ou agravamento do transtorno mental e destacar a importância da

história oral de vida do paciente para a prática do Assistente Social que atua na saúde mental.

Para o alcance dos resultados, realizou-se entrevista com uma mulher idosa usuária dos serviços do CAPS Renascer, em Belém do Pará. O contato inicial com esta instituição realizou-se por ocasião de nossa visita enquanto residente de Serviço Social, na qual nos foi possível conhecer o trabalho realizado no centro, bem como atuar profissionalmente, além de identificar a presença de algumas pessoas idosas.

Após autorização da Coordenação Estadual de Saúde Mental e do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, iniciamos o trabalho de campo que consistiu inicialmente em consultar os prontuários de algumas pacientes, a fim de verificar qual dessas melhor se enquadrava no critério de inclusão para a pesquisa. Feito isso, iniciou-se o processo de entrevistas.

Os estudos acerca do referido tema encontram-se neste trabalho divididos em seis capítulos. O primeiro, intitulado *Introdução*, apresenta de maneira sucinta dados sobre o crescimento da população idosa e seus reflexos, tece algumas considerações sobre a loucura e ainda expõe o objetivo do estudo e as razões de sua realização, bem como a metodologia utilizada para o alcance dos resultados.

Já o segundo capítulo, *Fundamentação Teórica*, contextualiza a temática da doença mental na Europa e no Brasil, suas formas de tratamento desde a Idade Média até os dias atuais e a criação das primeiras instituições de tratamento em âmbito nacional. Apresenta, ainda, o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, as principais mudanças na política de saúde mental a partir de 1989, além das redes de serviços de atenção à saúde mental existentes no Estado do Pará.

O capítulo *Envelhecimento Humano e Saúde Mental* conceitua os termos envelhecimento e velhice, apresenta dados estatísticos sobre o número de pessoas idosas residentes no Brasil e na cidade de Belém, além dos principais transtornos mentais que acometem a população idosa.

Serviço Social, Saúde Mental e História de Vida é o quarto capítulo deste trabalho, apresenta a atuação do Serviço Social na saúde mental no contexto brasileiro desde a formação dos primeiros profissionais no país, além de como se dá a prática dos mesmos nos CAPS e hospitais nos dias atuais. Este capítulo aborda ainda a importância da história oral como estratégia de intervenção da profissão.

No quinto capítulo, intitulado *História de Vida e a Pesquisa de Campo no CAPS Renascer*, justifica o uso da abordagem qualitativa e do método história oral na modalidade história de vida e descreve o cenário da pesquisa. Apresenta também como ocorreu a coleta de dados e os resultados obtidos.

Por fim, nas *Considerações Finais* trata-se das principais conclusões alcançadas pelo estudo, além da importância da realização deste trabalho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA LOUCURA E O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O nascimento da loucura confunde-se com o nascimento da humanidade e historicamente é temida pelos homens.

O conceito de loucura para uma determinada sociedade, isto é, do que é "normal" (socialmente aceitável) e patológico varia de país para país, de época histórica para época histórica, de acordo com o seu desenvolvimento cultural (costumes, tradições e hábitos), ou conforme certos tipos de evolução social e política. A doença mental é demarcada não somente por aspectos patológicos do indivíduo em si, como também por parâmetros sociais e culturais, conforme nos indica Fonseca:

Não só as diversas alterações dos instintos e dos estados de ânimo, as perturbações da consciência e da ação, no plano individual, mas também, os atrasos do desenvolvimento intelectual, as anomalias da personalidade e as vivências acentuadas de conteúdo traumatizante, que passam a abalar certas susceptibilidades individuais" ou ser influenciadas pela ação desestabilizadora do meio. (FONSECA, 1997, 170).

Michael Foucault em *A História da Loucura* afirma que a doença mental é identificada a partir do momento em que:

[...] se perturba e se obnubila o relacionamento entre o homem e a verdade. É a partir desse relacionamento, ao mesmo tempo que da desnutrição desse relacionamento, que a loucura assume seu sentido geral e suas formas particulares. A demência, diz Zacchias, aqui empregando o termo no sentido mais geral da loucura, *in hoc constitit quod intellectus non distinguit verum a falso*. Mas se esta ruptura só pode ser entendida como negação, ela tem estruturas positivas que lhe atribuem formas singulares. Segundo as diferentes formas de acesso à verdade, haverá diferentes tipos de loucura. (FOUCAULT, 1991, 241).

Desta forma, quando o indivíduo age em desacordo com as normas da coletividade ou de uma cultura, ele é considerado "desviante" do juízo coletivo (WEBER, 1982). Tal lógica pressupõe que o mesmo seja excluído da sociedade, pois se trata de um perturbador, um perigo para a sociedade.

[...] Weber (1982) apresenta um problema da sociedade moderna: no processo de socialização do pensamento humano, existem categorias mentais, representações, imagens, preconceitos, estereótipos, maneiras de pensar e obrar que podem criar uma conformidade de comportamentos no agir, no pensar e no sentir. Por sua vez, isto influi naqueles que tinham e que têm uma imaginação e uma emoção diferente da coletividade. (PEDROSO, 2008, p. 51).

Esta ideologia passa a justificar a discriminação em relação ao sujeito com doença mental e, por conseguinte, a retirada dos loucos do convívio social e o seu encarceramento nos hospitais, cuja função, na Idade Média, era a de “limpar” a comunidade, retirando todos os indivíduos que não se enquadravam no “padrão saudável” estipulado por ela (FOUCAULT, 2003).

Foucault ressalta assim que, tal como os leprosos e aos acometidos por doenças venéreas, neste mesmo contexto histórico, os loucos eram isolados, ou seja, excluídos da sociedade.

Foucault (1991) também retrata que, sobretudo na Idade Média, os loucos não tinham voz, valor, nem importância, pois eles eram proibidos de testemunhar na justiça, de assumir a responsabilidade de um ato ou de um contrato e até mesmo de participar da comunhão na santa missa. Considerava-se que o louco estaria dominado por satanás e por isso necessitaria de exorcismo. Dessa maneira, a pessoa sofria as mais diversas formas de tortura e tratamento punitivo, atitudes estas justificadas pelo poder que a Igreja exercia naquele contexto em expulsar os demônios.

A partir do século XVII a loucura, que antes era retratada como problema social, porém discutida no âmbito religioso, passa a ser considerada caso de polícia. Assim, os loucos eram internados em casas de correção, instituições estas cujos objetivos eram recolher das ruas mendigos e desocupados.

Essas casas não têm vocação médica alguma, não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com outros, recebe nessa época não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos [...] o internamento tem função de reestruturação do espaço social. (FOUCAULT, 1975, p. 54-55).

Na Idade Moderna, sobretudo no auge da Revolução Francesa, é que a psiquiatria começou a compreender a loucura como uma enfermidade, o louco passou a ser denominado *alienado*, a loucura passou a ser denominada *doença mental*. É nesse contexto histórico que se intensifica a relação entre loucura e a

instituição hospitalar totalizante, pois por ser “ameaçador” e infringir as normas sociais, deveriam ser abandonados nos hospitais e excluídos da comunidade.

Nestas instituições, isto é, nos manicômios, ocorriam práticas extramédicas, tão bem aceitas, tão sólidas em sua tradição, que eram vistas de modo natural pelos próprios médicos (FOUCAULT, 1978). Tais práticas consistiam em chicotadas, sangrias, máquinas giratórias, banhos frios, etc.

Esta maneira de compreender a loucura, esta representação assumida pela sociedade, infelizmente ainda reflete na maneira de pensar dos indivíduos nos dias atuais, como bem nos apresenta Denise Jodelet em sua obra intitulada *Folies et représentations sociales* (2005). Jodelet, ao realizar pesquisa em uma comunidade na qual conviviam doentes mentais com as famílias locais, identificou grande índice de discriminação em relação às pessoas com transtorno mental. De acordo com a obra de Jodelet, os moradores do vilarejo viam aqueles outros moradores como estranhos, diferentes e imprevisíveis, daí a causa da exclusão e da marginalização.

Neste contexto, a representação social da pessoa com doença mental era de um ser ameaçador. O louco, era o diferente, visto sempre como *o outro*, como *o mau* longe do espaço do *in-group* (CRAWFORD *apud* WACHELKE, 2005).

No que se refere ao contexto brasileiro, compreendemos que a história da saúde mental é a história do asilamento. É somente a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX, que o Estado passa a tratar a questão da doença mental, tal como a problemática das epidemias da época (febre amarela, tifo, varíola, etc.), sobretudo com o objetivo de reordenar o espaço urbano. A respeito disso, Luz (2010) comenta:

As populações urbanas expostas às epidemias e à doença mental comprometem não só o bom andamento dos negócios de exportação, diga-se de passagem – como o equilíbrio do Estado. É preciso organizar um sistema de controle da situação. Um sistema sanitário.

Há algo de comum entre as epidemias e a loucura, apesar de até hoje não se ter provado que ela possa ser contagiosa, ou que provenha de vírus: é que ambas são doenças inter-classes, que afetam e destroem contingentes de camadas sociais diversas, apesar de, evidentemente, a incidência, tanto num caso, como no outro, ser de longe superior nas classes inferiores. Por aí podemos compreender porque o Estado se interessa tanto pelas epidemias – e pela loucura – e porque a loucura também é um problema de Saúde Pública. (LUZ, 2010, p. 90-91).

Após um diagnóstico realizado em 1830 no Rio de Janeiro, pela Sociedade de Medicina sobre a situação dos loucos da cidade, viu-se a necessidade da construção de um espaço social próprio. Assim, em 1852, é inaugurado o primeiro

hospício no Brasil, o Hospício Pedro II, destinado à reclusão e tratamento aos loucos que se encontravam dentre “os miseráveis, os marginais, os pobres e toda sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública [...]” (AMARANTE, 2010, p. 75).

Até 1890 o Hospício de Pedro II era vinculado à Santa Casa, o que incomodava os republicanos por se assemelhar às instituições despóticas, destoando do ideário liberal defendido por eles. Assim, com a tomada do poder pelos republicanos o Hospício de Pedro II passou a denominar-se Hospital Nacional de Alienados. Nesse contexto também são criadas as duas colônias de alienados, as de São Bento e de Conde de Mesquita, consideradas as primeiras da América Latina. De acordo com Amarante (2010, p. 76):

Este conjunto de medidas caracteriza a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Esse modelo asilar inspira-se em experiências europeias [...]. A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar. (AMARANTE, 2010, p. 76).

Em 1911 ainda é criada a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, voltada para mulheres indigentes e em 1920 iniciaram-se as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá que abrigou os internos das Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita que seriam extintas.

Cabe frisar que as formas de assistência psiquiátrica prestadas nessas colônias não diferiam do modelo praticado na Europa. Por isso, havia denúncias:

[...] de maus tratos, imundície, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes e falta de assistência médica. No Hospício D. Pedro II os doentes eram vítimas das camisolas de força, os jejuns impostos, as cacetadas, os maus tratos e até assassinatos. (COSTA et al., 1987, p. 39).

Em 1903 Juliano Moreira¹ ocupa a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados e amplia a criação de novos asilos. Ele traz para o Brasil as influências da

¹ Juliano Moreira também assumiu a direção do Hospício Nacional de Alienados. Considerado o mestre da psiquiatria brasileira, realizou significativas mudanças nesse hospital, as quais destacamos a abolição do uso de coletes e camisas de força; a retirada de grades de ferro das janelas; a preocupação com a formação dos enfermeiros; o grande cuidado com os registros administrativos, estatísticos e clínicos, entre outros. O médico também realizou a organização da “Assistência aos Alienados”, o que seria mais tarde Serviço Nacional de Assistência aos Psicopatas, tendo redigido,

escola psiquiátrica alemã², ocupando o lugar da escola francesa que dominava até aquele momento.

Na década de 1930 as internações em asilos tornam-se mais frequentes. Intensifica-se o uso dos choques insulínicos, cardiozólicos, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, por se acreditar que essas técnicas curariam as doenças mentais.

Na década de 1950 surgem os primeiros neurolépticos, torna-se grande o *furor farmacológico dos psiquiatras* (AMARANTE, 2010), influenciados, sobretudo, pela pressão da propaganda industrial. Vale ressaltar que muitos desses medicamentos eram utilizados como forma de reprimir e tornar os pacientes mais "dóceis". Já a partir da Segunda Guerra Mundial surgem no Brasil outras formas de tratamento à doença mental, isto é, outras experiências de reforma no âmbito da psiquiatria, dentre elas as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional, a psiquiatria preventiva e comunitária, dentre outras tão importantes.

Nos anos 60, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a doença mental torna-se uma mercadoria, na medida em que o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, conciliando, assim, tanto às pressões sociais, quanto aos interesses do empresariado.

2.2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A partir do que fora exposto no subcapítulo acima, observa-se que a psiquiatria tinha como preocupação as questões sociais, culturais e econômicas da sociedade da época. Por isso, empenha-se em recolher e excluir em manicômios os doentes mentais, pois visava, sobretudo, promover o bem-estar moral e social, ou seja, garantir a manutenção da ordem pública.

No Brasil, como forma de transformar a lógica do modelo assistencial vigente, que até o século XX é centrado principalmente no leito psiquiátrico, começam a

em 1903, uma proposta de reforma do Hospício Nacional e insistido junto ao governo para a aprovação da legislação federal de assistência aos alienados, promulgada em 22/12/1903. Seus escritos abordavam temas como sífilografia, dermatologia, infectologia, anatomia patológica, doenças nervosas e mentais. Escreveu ainda, sobre modelos assistenciais e sobre a legislação referente aos alienados, discutiu a nosografia psiquiátrica e estudou as histórias da medicina e da assistência psiquiátrica no Brasil. Tinha especial interesse pela então chamada "psiquiatria comparada", ou seja, as manifestações das doenças mentais em culturas diversas.

² A escola psiquiátrica alemã tem como foco discutir etologicamente as doenças mentais. Tem como base o biologicismo que visa explicar além da origem das doenças mentais, os fatores e aspectos étnicos, políticos, éticos e ideológicos de diversos eventos sociais.

emergir, a partir da década de 70, as primeiras manifestações almejando a Reforma Psiquiátrica³. Porém, é nas décadas de 1980 e 1990, por ocasião das conferências, que temos intensas discussões acerca dos rumos da saúde mental no Brasil.

Dessas conferências destacam-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), que culminou na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001).

Com o regime militar instaurado no Brasil, a sociedade civil e, em especial, os movimentos sociais, sofreram forte repressão. É a partir de 1978 que observa-se a reemergência dos principais movimentos sociais do país, dentre eles o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)⁴, que passam a questionar-se sobre as políticas de assistência psiquiátrica vigentes naquela época.

Tal movimento, segundo Amarante (2010), apresentava o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas. (AMARANTE, 2010, p. 81).

Importante ressaltar que, embora se tratasse de um movimento de trabalhadores da saúde, este não era vinculado ao aparelho de Estado. Seus principais objetivos e palavras de ordem eram:

- Denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- 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;

³ Franco Basaglia é figura central, de forte influência na luta antimanicomial brasileira. Basaglia defendia uma sociedade sem manicômios, pois entendia que o hospício era um mecanismo de controle e repressão criado para punir os trabalhadores que perderam a capacidade de produzir, ou seja, de gerar lucros para o sistema capitalista. Em 1961 Franco Basaglia foi diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e em 1971 assumiu o Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, na Itália. Em ambas as instituições realizou significativas transformações como a extinção de medidas de repressão, a criação de reuniões entre médicos e pacientes, devolvendo assim, ao doente mental a dignidade de cidadão. (BRASIL, 2004).

⁴ O MTSM surgiu a partir de articulações prévias em congressos de psiquiatria bem como do Movimento de Renovação Médica, porém ganhou mais força a partir da visita de Franco Basaglia.

- 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).

Em 1989 foi lançado o projeto de lei Paulo Delgado, cuja proposta era extinguir e substituir gradativamente os serviços do tipo manicomial. Um ano depois é realizada a Conferência de Caracas, considerada um marco histórico para o setor de saúde mental, e a partir da qual tem-se um consenso entre os governos da América Latina em torno da nova plataforma de Reforma Psiquiátrica. Em 1992 tivemos a Conferência Nacional de Saúde Mental, de importante impacto na história da psiquiatria brasileira, pois a partir dela iniciaram-se as primeiras formas de consolidação da reforma psiquiátrica no país, a exemplo da criação das redes de cuidado em saúde mental no âmbito municipal.

O período de 1989 a 1995 foi quando mais ocorreram mudanças significativas nas políticas de saúde mental do Brasil. Em 1989 é realizada, pelo governo municipal, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (hospital privado), em Santos. Tal intervenção foi fruto de denúncias anônimas de maus tratos aos pacientes e mortes violentas. Ainda como exemplo de mudanças ocorridas no modelo hospitalocêntrico, temos o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira (primeiro CAPS do Brasil inaugurado em 1986), também em São Paulo e o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, conhecido como "Nossa Casa".

Nesta década ainda foram estabelecidas a normatização e o financiamento para os novos serviços de saúde mental, os de atenção psicossocial, assim como se intensificou o controle e a supervisão da melhoria da assistência prestada nos hospitais psiquiátricos.

As mudanças nas Políticas de Saúde Mental ocorridas nas décadas apontadas acima, mais precisamente, a reforma da assistência em saúde mental preconiza que o paciente psiquiátrico tenha garantida a continuidade de seu tratamento em nível extra-hospitalar, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos ambulatórios especializados, dos Hospitais-dia (internação parcial) e, nos casos de crise, que possa usufruir dos Serviços de Emergências Psiquiátricas (SEPs). Assim, "foram abertos em todo país mais de 2 mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de duzentos serviços de atenção psicossocial" (VASCONCELOS, 2010, p. 28).

No estado do Pará contamos com uma rede de serviços de atenção à saúde mental, composta pelos CAPS⁵, pela Residência Terapêutica, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela Clínica de Urgência e Emergência Psiquiátrica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV).

O CAPS é um dispositivo de saúde mental, aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Oficialmente foi criado a partir da Portaria GM 224/92. É um serviço de referência e assistência voltado a pessoas com transtornos mentais tais como psicoses, neuroses graves e persistentes e outros quadros que justifiquem seu tratamento em um local de atenção diário, personalizado e promotor da vida (BRASIL, 2004). Os CAPS devem estar localizados próximo à residência dos usuários e são classificados como:

- CAPS I – funciona em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira.
- CAPS II – funciona em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- CAPS III - funciona em cidades em que o número de habitantes está acima de 200.000 e oferece atendimento em período integral, 24 horas, e também aos feriados e finais de semana, contando com leitos de repouso e observação.

Estes centros oferecem acolhimento, consulta com psiquiatra, atendimento com Assistente Social, além dos diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2004). Quanto ao atendimento em grupo, podem ser realizadas especificamente oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas

⁵ Os CAPS são classificados como **CAPS I** e **CAPS II** voltados para o atendimento diário de pessoas adultas (maiores de 18 anos), em sua população de abrangência; **CAPS III**, para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência; **CAPSi** direcionados para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais; **CAPSad** para usuários de álcool e outras drogas, atende diariamente a população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal (BRASIL, 2004).

Ao chegar ao CAPS, o usuário é acolhido, para que se possa conhecer sua história e identificar se o mesmo se enquadra no perfil da instituição. Após o acolhimento do usuário, seu técnico de referência – que pode ser o Psicólogo, o Assistente Social, o Terapeuta Ocupacional, o Enfermeiro, etc. – elabora seu Plano Terapêutico Individual (PTI), de acordo com o perfil do usuário, o integra em determinadas atividades. Cabe frisar que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. “O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa” (BRASIL, 2004, p. 27). Ao obter alta melhorada, o usuário deverá continuar seu tratamento na Unidade Básica de Saúde.

As Residências Terapêuticas ou Serviço Residencial Terapêutico (SRT) consistem em casas localizadas na área urbana, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (BRASIL, 2004). Em suma, essa moradia está voltada:

Para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. (BRASIL, 2004, p. 08).

O número máximo de moradores deve ser de até oito pessoas, que devem contar com o apoio profissional. Importante saber que a equipe de saúde mental deve respeitar o espaço de seus moradores, o “jeito de cada um fazer as coisas”, dando-lhes liberdade para decidir e resolver seus problemas com responsabilidade, sempre os amparando em caso de dificuldades.

Os moradores das Residências Terapêuticas devem estar vinculados a um CAPS ou um serviço ambulatorial, pois é nestes serviços que eles deverão receber o atendimento em saúde mental de que necessitam, dando, assim, continuidade ao tratamento.

Em nível hospitalar, na cidade de Belém-PA destaca-se a Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV), hospital geral que, desde 1989, é referência estadual de média e alta complexidade em atendimento a

pacientes que se encontram em crise psiquiátrica. Além da saúde mental, também é referência em cardiologia e nefrologia, e são realizadas, ainda, consultas e internações em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Ginecológica e Obstétrica.

A Clínica Psiquiátrica da FHCGV atualmente dispõe de três setores: Emergência Psiquiátrica (30 leitos), Setor de Internação Breve (SIB) também com 30 leitos e o Ambulatório de Psiquiatria. A Emergência Psiquiátrica e o SIB são compostos por uma equipe multiprofissional, no qual atuam enfermeiros, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos e técnicos de enfermagem. Do público atendido, observa-se que a maioria dos pacientes são pessoas adultas, porém há recorrentes casos de adolescentes e idosos.

Por fim, as Unidades Básicas de Saúde também fazem parte da rede de atenção à saúde mental, pois nestes locais o usuário dá continuidade ao seu tratamento ao receber receituário e medicamentos.

Vale ressaltar a importância da articulação da rede de atenção à saúde mental com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, bem como com a rede de assistência social, tendo em vista que a saúde do indivíduo perpassa não somente pelos aspectos biológicos, como também psicossociais. Ademais, faz-se necessária a busca por recursos em outras redes, tais como jurídica, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc.

2.3. CONCEITUAÇÃO DE ENVELHECIMENTO E VELHICE

Tal como os loucos, os idosos também foram estigmatizados na sociedade. O descaso em relação à pessoa idosa é histórico, pois passou a incorporar-se na sociedade ocidental a ideia de que os idosos – tal como os doentes mentais – eram improdutivos economicamente, não tendo, assim, serventia para o capital. Em suma, a cultura desta sociedade atribuía imagens negativas à pessoa idosa, conforme aponta Nascimento em seu estudo realizado em 2004:

A sociedade ocidental apresenta uma cultura massificante na valorização do novo, demonstrando que o que é velho já não apresenta nenhuma representatividade. A importância do papel social do idoso é suprimida pela presença do jovem de boa aparência, com bastante vigor para aprender, contribuindo dessa forma para uma visão negativa da velhice. Na mídia os idosos apresentam papéis de menor importância e menor visibilidade, são

retratadas de forma desagradável, principalmente em relação às suas habilidades físicas, sua saúde, sociabilidade, personalidade e capacidade de trabalho. (NASCIMENTO, 2004, p. 3)

Contudo, o que se observa na atualidade, sobretudo através da mídia, é a velhice como fase produtiva, dinâmica e com qualidade de vida, apresentada também como o momento das conquistas e concretização de sonhos postergados. Além disso, o mercado consumidor vem investindo em produtos e serviços voltados para este público, a exemplo de produtos de beleza, remédios, empréstimos bancários, opções de pacotes turísticos, academias de ginástica, etc. A maioria das pessoas idosas hoje conseguem se enxergar enquanto cidadãos de direitos e por isso ampliou-se o número daqueles que lutam por aposentadoria digna, melhoria na prestação de serviços, respeito, valorização e efetivação dos direitos preconizados no Estatuto do Idoso.

Cabe ressaltar que apesar das conquistas referidas, muitos idosos ainda sofrem cotidianamente preconceitos e exclusão social, principalmente quando a velhice se associa a existência de transtorno mental. Ainda hoje, muitos idosos, sobretudo das camadas populares, sofrem as mais diversas injustiças sociais, entre elas a miséria, a ausência de renda, a subnutrição e a falta de amparo da família e do Estado. Diante disso e tendo em vista o crescimento populacional acentuado dessa faixa etária na sociedade brasileira, enquanto profissionais que atuam diretamente com esta categoria, devemos ter um claro entendimento sobre o que consiste a velhice e o processo de envelhecimento.

Critérios médicos e sociais apresentam dificuldades para definir quando se começa a envelhecer. Do ponto de vista da medicina, o envelhecimento é um processo fisiológico que começa a partir dos 30 anos, fase em que o cérebro também chega à maturidade. Dos 45 aos 60 anos aumentam-se as chances de ocorrência de infartos, derrames, diabetes, etc. Após os 60 anos tem início, de fato, o envelhecimento com todas as suas características peculiares. Messy define o envelhecimento como:

Um processo irreversível, que se inscreve no tempo. Começa com o nascimento e acaba na destruição do indivíduo. A palavra envelhecimento, (*vieillesse* em francês) começa pela palavra vida (*vie*). (MESSY, 1999, p.12).

Já Oliveira (2007, p. 32) entende o envelhecimento como "um processo contínuo durante toda a vida que provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais". Ainda sobre o mesmo aspecto Fraiman assinala:

Envelhecimento não é somente um 'momento' na vida de um indivíduo, mas um processo 'extremamente' complexo e pouco conhecido, com implicações tanto para quem o vivencia como para a sociedade que o suporta ou assiste a ele. (FRAIMAN, 1995, p. 19).

Porém no que diz respeito às definições de velhice, admite-se a discussão mais recente nas ciências sociais, considerando que ela é construída historicamente, variando conforme os valores, a cultura e as representações sociais de cada sociedade e se modifica ao longo da existência humana.

A velhice, tal como a infância, compõe uma das fases do ciclo de desenvolvimento da vida, estando, portanto, presente desde o princípio da trajetória do homem. Enquanto categoria sociológica é um conceito em permanente construção, admitindo diversos significados, de acordo com o contexto histórico e social sob o qual está sendo analisado. A partir deste ponto de vista, pode-se considerar que o termo velhice é impreciso, na medida em que se torna difícil definir a partir de quando uma pessoa se torna velha, já que isto é percebido de maneira distinta em diferentes sociedades.

Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU), os 60 anos demarcam o início da velhice nos países considerados em desenvolvimento e os 65 anos nos países desenvolvidos. Cabe ressaltar, no entanto, que a velhice não se dá de forma homogênea para todas as pessoas, pois, neste caso, há influências das variações sociais e individuais.

Para Neri (1991) esta demarcação etária da velhice justifica-se pela resposta dada às mudanças ocorridas na dinâmica social dos países, somada ainda aos fatores históricos, biológicos, políticos, etc.

Fustiononi (1982) defende que o princípio cronológico da "terceira idade", por exemplo, baseia-se nos muitos sistemas legislativos de aposentadoria por emprego lucrativo, cuja faixa varia entre 60 e 65 anos. Neste sentido, a chamada terceira idade é estabelecida a partir da aposentadoria, quando ocorre a desvinculação do processo de trabalho e da produção capitalista.

Para a Antropologia, o critério de idade cronológica presente nas sociedades ocidentais está relacionado à atribuição de *status* e de papéis sociais. Isto significa

que a padronização de infância, adolescência, fase adulta e velhice como fases do ciclo de vida é arbitrariamente estabelecida, pois se trata de uma imposição social para a manutenção das estruturas sociais envolvidas. Neste sentido, Neri afirma que:

[...] a demarcação da vida humana por idades, anos de vida ou etapas é um artifício cultural, uma invenção social que cumpre o papel de estabelecer parâmetros para as normas de status e papéis, as relações interpessoais e os processos de socialização. (NERI, 1991, p. 8).

Magalhães (1989) lembra ainda que as construções sociais acerca da velhice não só escrevem, mas também atribuem significado, valor e função sociais aos diversos momentos e etapas da existência humana, influenciando, deste modo, na maior ou menor possibilidade de conservação da saúde, aquisição de cultura e fruição dos bens, serviços e possibilidades de bem-estar social e individual. Portanto:

[...] A velhice e o idoso emergem da dinâmica demográfica, do modo de produção econômica, da estrutura e organização de grupos e classes sociais, dos valores e padrões culturais vigentes das ideologias correntes e dominantes e das relações entre o Estado e a sociedade civil. (MAGALHÃES, 1989, p. 15).

Moragas (1997) também nos apresenta o conceito de velhice a partir de três concepções: a "velhice cronológica", que considera a velhice histórica real do organismo, medida pelo transcurso do tempo, iniciada aos 65 anos de idade; a "velhice funcional", quando há a diminuição das capacidades funcionais, relaciona-se ao termo "velho" como sinônimo de "incapaz" ou "limitado"; e, por fim, a "velhice etapa vital", que concebe a velhice de uma maneira mais equilibrada e moderna, pois se baseia no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa, seria uma forma mais consciente de perceber a velhice.

Em suma, os indivíduos possuem, ao mesmo passo, três diferentes idades, nas palavras de Deecken (1997) são: "idade cronológica", determinada pelo número de anos que viveram; "idade biológica", definida pela condição do corpo do indivíduo, ou seja, pela imagem corporal; e a "idade psicológica", na qual a pessoa sente que tem determinada idade, e assim demonstra tê-la em conformidade com seu comportamento diante da vida.

Segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), atualmente existem em torno 21 milhões de pessoas idosas no Brasil,

número maior do que o de crianças de 0 a 6 anos. No que se refere ao gênero, as mulheres estão vivendo mais, ou seja, elas representam atualmente 55,7% das pessoas com pelo menos 60 anos de idade, contra 44,3% de homens. Vale ressaltar que a maioria dessas idosas, aproximadamente 84%, vive em regiões urbanas do Brasil, enquanto somente 15,9% estão em áreas rurais. Na maioria dos países é elevada a expectativa de vida ao nascer no que diz respeito ao sexo feminino; diversos fatores contribuem para isso, principalmente a proteção cardiovascular oferecida pelos hormônios femininos. Além disso, as mulheres apresentam condutas menos agressivas; menor exposição aos riscos no trabalho; maior atenção à saúde, pois são as que mais utilizam os serviços de saúde; menor consumo de tabaco e álcool; etc.

Com o crescimento do contingente de idosos, cresce também o número de casos de doenças, dentre elas a doença mental. Este público, devido à perda de papéis sociais, da autonomia, a morte de amigos e parentes, a saúde em declínio, o isolamento social, as restrições financeiras e redução do funcionamento cognitivo, as situações recorrentes de discriminação ou mesmo humilhação sociais, são os mais propensos a desenvolver transtornos mentais, tais como demência, esquizofrenia, transtorno depressivo, transtorno bipolar, transtorno delirante, transtorno de ansiedade, transtorno somatoformes e transtornos por uso de álcool (TAVARES, 2009, apud AVELINO et al., 2013).

2.4. PESSOA IDOSA E TRANSTORNOS MENTAIS

Conforme dados recentes do IBGE (2010), atualmente o número de pessoas que residem no Brasil é de 190.732.694 milhões de pessoas. Dentre estas existem em torno de 20 milhões de pessoas idosas no país, ou seja, 10% da população. Em 2050, estima-se que existam no Brasil 33 milhões de pessoas com 70 anos ou mais, o que significa que seremos o sexto país em maior número de idosos. Este fenômeno traz consigo demandas emergentes que rebatem diretamente na formulação e execução das políticas públicas dos países, gerando grandes impactos na sociedade, isto é, alterações nos aspectos econômicos, sociais e políticos, bem como nos arranjos familiares.

Na cidade de Belém (PA), o IBGE também mostra que dos 1.393.399 habitantes, 129.772 são pessoas idosas (aproximadamente 9%). Desse total de idosos, importante destacar que 15.679 possuem alguma deficiência mental/intelectual (*idem*).

A maioria dos casos de transtorno mental observa-se especialmente nas mulheres (jovens e idosas). Tomemos como exemplo alguns estudos, os quais apontam que o dobro de mulheres sofre de depressão em comparação aos homens, assim como, apresentam maior índice de comorbidades, tanto físicas quanto mentais (JR, et al., 2012). Alguns transtornos surgem no período que vai da menarca até após a menopausa. Dentre eles destacamos o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), Depressão Perinatal e Perimenopáusicas e Psicose Puerperal, assim como transtornos do humor e de ansiedade associados à infertilidade e gestações abortadas, transtornos ansiosos e alimentares. De acordo com Tania *et al* (apud LENNON MC, 1995), em estudos realizados em comunidades, observou-se que as mulheres têm apresentado consideravelmente mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que homens. Tais transtornos podem apresentar como fatores determinantes ou contribuintes as condições de vida e a estrutura ocupacional dessas mulheres.

No que se refere à pessoa idosa, ainda são poucos os estudos realizados no Brasil acerca da prevalência de transtornos mentais na velhice. O que a maioria da literatura da área do envelhecimento aponta é que, embora a velhice não seja sinônimo de doença, os idosos são os que mais apresentam problemas de saúde, se comparados à população em geral. No processo de envelhecimento podem estar presentes múltiplas doenças, prejuízos e incapacidades possíveis de deteriorar a saúde da pessoa idosa tanto nos aspectos físicos quanto mentais (MAIA, DURANTE & RAMOS, 2004).

Conforme estimativas do Ministério da Saúde, 3% da população geral brasileira apresenta transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (GORETTI *et al.*, 2004).

Dentre a população idosa, o transtorno depressivo é o que mais prevalece (MIGUEL FILHO E ALMEIDA, 2000) ,afetando em torno de 4,8% a 14,6% de idosos que vivem na comunidade. Entres os que vivem hospitalizados e/ou institucionalizados esse número aumenta para 22% (FRANK & RODRIGUES, 2006).

Na Emergência Psiquiátrica da FHCGV observamos a constante passagem de pacientes idosos. A maioria destes, além dos transtorno mental, apresenta comorbidades clínicas associadas. Segundo o Protocolo da Emergência Psiquiátrica do hospital, os principais transtornos que tais pacientes apresentam são: demência, depressão, comportamento suicida, distímia, mania, alteração do sono, sintomas maníacos, sintomas psicóticos, dependência de substâncias e transtornos ansiosos.

3. SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E HISTÓRIA DE VIDA

3.1. SERVIÇO SOCIAL E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A história da formação do Serviço Social brasileiro está intrinsecamente ligada ao campo da saúde mental. Vasconcelos (2010) nos revela que a psiquiatria e o movimento de higiene mental assumem grande importância na composição teórico-ideológica da profissão.

Sobretudo no Rio de Janeiro – a partir de 1946 – há forte presença do Serviço Social nos serviços de saúde mental. Tais serviços sofrem influência do modelo das “Child Guidance Clinics” proposto pelos higienistas americanos, cujo objetivo consistia em realizar diagnóstico e tratamento das “crianças-problema” e implementar educação higiênica nas escolas e na família. Esse modelo contribuiu para a difusão do Serviço Social Clínico, especificamente do Serviço Social de casos. Vasconcelos (2010), tomando como referência (ALVES FILHO et al., 1956-67), refere que a intervenção dos Assistentes Sociais no atendimento dos casos, ocorria:

- a) No processo de inscrição, através de um encontro inicial com o cliente e a família para a coleta de dados básicos, estabelecer e/ou esclarecer a necessidade de ajuda e o vínculo com o serviço;
- b) Através do “tratamento social de casos”, atuando junto à família do cliente, visando “ajudar a família a dar à criança um ambiente adequado para possibilitar o tratamento psiquiátrico” e “ajudá-la (à família) a conseguir um melhor ajustamento entre seus membros, conseqüente de modificação lenta de atitudes”. (VASCONCELOS, 2010, p. 184).

A atuação do Assistente Social nesse contexto, sob inspiração do higienismo, seguia um viés adaptativo, individualizador e normatizador, além de uma subalternidade ao paradigma médico, pois seguia a metodologia: diagnóstico – tratamento – cura / ajustamento. Assim, podemos dizer que a constituição do Serviço Social enquanto profissão no Brasil foi marcada, nesse período, pela vertente Doutrinária Social da Igreja Católica e pela influência do movimento de higiene mental, com principal ênfase nos aspectos individuais e psicológicos dos problemas (VASCONCELOS, 2010).

À medida que foram se formando outras turmas de Serviço Social na década de 1940, aumentou o número de profissionais nos hospitais psiquiátricos. Tais

profissionais faziam parte de equipes uniprofissionais, que, segundo o autor indicado acima, “atuavam na porta de entrada e saída dos hospitais, funcionando de forma diretamente subalterna aos médicos e à direção da instituição” (VASCONCELOS, 2010, p. 186), atendendo a demanda “através de levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com familiares para preparação para a alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos” (*idem*).

Além dessas, também havia práticas assistencialistas, haja vista que em algumas instituições os assistentes sociais angariavam recursos para aquisição de produtos pessoais para os pacientes (roupas, cigarros, sapatos, etc.).

A partir da década de 1960 foram criadas, dentro dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas. Estas foram consideradas experiências inovadoras na época, pois buscavam a democratização e a humanização das relações entre profissionais e usuários, através de dispositivos de participação, como grupos operativos, assembleias, entre outros.

A atuação do Assistente Social nessas comunidades se dava através da intervenção mais complexa junto aos familiares dos pacientes, no sentido de não somente preparar a alta, mas acompanhar todo o processo de reinserção destes na família e na comunidade. Além disso, realizavam grupos de acolhimento voltados aos familiares, a fim de dar suporte às suas demandas.

No período de 1970 a 1980, com o início da Reforma Psiquiátrica, consolida-se o *Serviço Social Psiquiátrico* no Brasil, porém ainda com algumas influências do Serviço Social Clínico e da psiquiatria social de Leme Lopes, sobretudo no que se refere ao trabalho em grupo com famílias. Nos anos 80, iniciam-se as práticas de atenção à saúde mental nos ambulatórios. Vasconcelos (2010) menciona que tais práticas são centradas particularmente no atendimento em grupo de familiares, sob a atenção específica de psiquiatras e psicólogos e na reabilitação social dentro dos asilos psiquiátricos em processo de humanização.

Sobre a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental Bisneto (2011, p. 61) nos afirma que:

No Movimento da Reforma Psiquiátrica o Assistente Social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. O Assistente Social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias,

avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico. (BISNETO, 2011, p. 61).

No que tange à prática profissional nos CAPS's que trabalham visando a autonomia e a cidadania dos usuários, Oliveira *et al* observa:

Que a profissão não é exercida de forma autônoma, mas está intrinsecamente ligada à instituição em que está inserida, sendo assim quando a instituição tem visão emancipadora fica mais fácil para o Serviço Social fazer um trabalho que colabore coma restauração da saúde mental dos usuários. (OLIVEIRA *et al.*, 2010, p. 02).

Tendo em vista a grande demanda que as pessoas idosas estão colocando para a sociedade brasileira é notória a necessidade de maior atenção do Estado, sobretudo no campo da saúde. Nesse sentido, é primordial a atuação do Assistente Social junto a esse segmento populacional, pois cabe a esse profissional a participação e a contribuição nas lutas sociais destes idosos, bem como a realização de trabalho interdisciplinar na perspectiva de dar maior visibilidade às necessidades deles e na consolidação de direitos, sobretudo os referentes à saúde, previdência e assistência social.

O assistente social sendo um profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho tem como objeto de trabalho a questão social, em suas múltiplas e variadas expressões. As demandas profissionais surgem a partir das necessidades dos usuários, sendo estas postas como desafio no desempenho profissional. Para Iamamoto (2012), o Assistente Social deve fazer uma análise macroscópica das questões sociais que se encontram presentes em diversas situações:

[...] na falta de atendimento às suas necessidades na esfera da saúde, da habitação, da assistência, nas precárias condições de vida das famílias, na situação dos moradores de rua, na busca do reconhecimento dos direitos trabalhistas e previdenciários por parte dos trabalhadores rurais, na violência doméstica, entre inúmeros outros exemplos. (IAMAMOTO, 2012, p. 53).

No âmbito da saúde mental a prática do assistente social não é diferente e está repleta de desafios. É importante que sua atuação, na área hospitalar, ocorra junto ao paciente e à família, no sentido de identificar as problemáticas sociais que possam estar dificultando seu tratamento. Além disso, devem caber ao Serviço Social a participação no planejamento de programas sociais e educativos e a realização de intervenção que vise a continuidade do tratamento médico. Importante destacar, ainda, que a eficaz atuação do Assistente Social no contexto hospitalar

ocorre quando se trabalha de forma interdisciplinar. Assim, o profissional deve, junto à equipe, identificar aspectos sociais relevantes do paciente, ou seja, as condições sociais em que ele está inserido, numa perspectiva de totalidade, visando sempre o interesse dos usuários para que se viabilize o acesso à garantia dos direitos sociais.

Nesse sentido, Barros e Suguihiro (2003, p. 8) defendem que:

O profissional que não for capaz de captar essa realidade como uma realidade que expressa a dimensão totalizante da vida social dos sujeitos e permanecer insensível ao seu sofrimento, está fadado a trabalhar com os fatos caóticos da realidade, sem qualquer possibilidade de intervir na reconstrução de vidas destruídas. (BARROS & SUGUIHIRO, 2003, p. 8).

No que se refere ao atendimento de refrações da questão social que envolvem a pessoa idosa, como demanda na área da saúde, especificamente da saúde mental, torna-se relevante a escuta ao usuário, da sua história de vida para que se possa apreender na totalidade as diversas expressões da vida desses sujeitos. Assim, a atuação do Assistente Social não deve se resumir apenas a restituir a falta de cidadania ou suprir direitos beneficiários, pois os problemas nessa área são muito mais complexos e paradoxais (BISNETO, 2011).

3.2. SERVIÇO SOCIAL E RELATOS DE HISTÓRIA DE VIDA

O Serviço Social vem se consolidando, nas últimas décadas, como uma profissão investigativa e interventiva, na medida em que busca conhecer, isto é, criar um saber acerca das expressões da questão social, para posteriormente intervir, dar respostas às necessidades da população. No entanto, os dados da realidade na qual os sujeitos estão inseridos nem sempre constam nos registros ou cadastros das instituições. Assim, o profissional de Serviço Social pode, como estratégia, utilizar-se da história oral de vida como uma forma de conhecimento, tendo em vista ser um campo interdisciplinar de encontro de diferentes áreas do saber, conforme nos apresenta Guiraidelli (2013):

A história oral se torna um arcabouço para a apreensão da realidade de suma importância para o Serviço Social, tendo em vista que esse campo de conhecimento tem como uma de suas preocupações as experiências e histórias de vida da população demandatária dos serviços sociais prestados pelos profissionais. Assim, se busca no cotidiano de trabalho do assistente social compreender a realidade e a temporalidade em que os sujeitos estão situados e, por isso, com as histórias de vida é possível articular experiências vividas, concretas e cotidianas dos indivíduos sociais com

questões genéricas que envolvem as relações humanas e, assim, compreender as multifaces da questão social. (GURALDELLI, 2013, p. 06).

Segundo Alberti (1990, apud Silva, 1998) história de vida consiste em:

[...] um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica, etc.) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participam de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo como forma de se aproximar do objeto de estudo [...] Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, etc., à luz de depoimentos de pessoas que deles participaram ou testemunharam. (ALBERTI, 1990, apud SILVA, 1998, p. 118).

Para Meihy e Holanda (2007, p. 28), “[...] a história oral é sempre social. Social, sobretudo porque o indivíduo só se explica na vida comunitária”. Tais autores afirmam, dessa forma, que a história oral apresenta como fundamento a dimensão social, pois abarca a memória coletiva e a identidade social. Sendo o usuário um ser social, inserido em uma determinada conjuntura, dotado de sentimentos, valores, experiências, singularidades, projetos e sonhos, Faleiros (2001, apud GONÇALVES & LISBOA, 2007, p. 88) aponta a necessidade de articular a trajetória social, individual e familiar do usuário com as estratégias de intervenção profissional considerando a totalidade no qual está inserido o indivíduo.

Tendo como conhecimento que a atuação profissional dos assistentes sociais direciona-se ao atendimento das refrações da questão social, que podem ser expressas através da história de vida da população demandatária dos serviços prestados pelas instituições, compreendemos a importância da escuta ao usuário, sobretudo quando se trata de pacientes com sofrimento psíquico. Esta escuta deve ocorrer de forma atenciosa, crítica e acolhedora, para que, dessa maneira, se identifique as necessidades imediatas desses usuários e se construa, juntamente com outros profissionais, seu projeto terapêutico e direcione as ações em busca da melhoria dos serviços. Sobre o saber ouvir Thompson (2002, p. 28) explicita da seguinte forma:

Aprender a ouvir é uma habilidade humana fundamental: para aqueles que importam, a história oral está aí para nos ajudar a compreender melhor nossos passados e para criar memórias nacionais muito mais ricas, mas também para nos ajudar a construir um futuro melhor, mais amável, mais democrático. (THOMPSON, 2002, p. 28).

Considera-se ainda de fundamental importância que o assistente social da área de saúde mental compreenda a loucura “envolvendo toda a complexidade da existência subjetiva e social de cada indivíduo, no sentido de reivindicar a

possibilidade e legitimidade de uma existência na diferença” (VASCONCELOS, 2010, p. 49). Assim, ao ouvir a história de vida dos pacientes e/ou usuários, multiplicam-se para o profissional de Serviço Social as possibilidades de estratégias de trabalho, pois ao conhecer suas biografias poderá compreender melhor as relações sociais, as experiências, o contexto histórico e cultural no qual vive o sujeito. Ao dar voz aos usuários, tem-se a possibilidade de identificar as expressões da questão social que refletem na vida material, na cultura e na sociabilidade deles, o que afeta na dignidade desses cidadãos. Assim, o profissional melhor contribuirá para a garantia dos direitos e para a saúde psicossocial e qualidade de vida dos que forem atendidos. Sobre essa questão, Iamamoto ratifica:

A aproximação com a população é uma das condições para permitir impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender às efetivas necessidades dos segmentos subalternos. Caso contrário, o assistente social poderá dispor de um discurso de compromisso ético político com a população, sobreposto a uma relação de estranhamento perante essa população, reeditando programas e projetos alheios às suas necessidades, ainda que em nome do compromisso. Para um compromisso com o usuário é necessário romper as rotinas e a burocracia estéreis, potenciar as coletas de informações nos atendimentos, pensar a reorganização do plano de trabalho, tendo em vista as reais condições de vida dos usuários. [...]. (IAMAMOTO, 2012, p. 57).

Desse modo, conforme o exposto acima compreende-se que o Assistente Social ao realizar a escuta meticulosa, levando em consideração a história de vida dos usuários, ou seja, suas vivências, será capaz de propor planos de ação inovadores que atendam de maneira efetiva as reais necessidades sociais da população.

4. HISTÓRIA DE VIDA E A PESQUISA DE CAMPO NO CAPS RENASCER

4.1. MÉTODO DA PESQUISA: HISTÓRIA ORAL NA MODALIDADE HISTÓRIA DE VIDA

Para a realização desta pesquisa adotamos a abordagem qualitativa, entendendo-se por pesquisa qualitativa, aquela que “emerge a partir do momento em que se torna impossível realizar investigações através de dados estatísticos” (MINAYO, 1994). Este tipo de pesquisa direciona-se para o estudo dos significados das ações humanas, permeadas pelas vivências cotidianas, por isso, buscamos através da história oral de vida, como uma mulher idosa com transtorno mental interpreta seu processo de adoecimento e suas implicações, além de conhecer as trajetórias pessoais dessa mulher e identificar quais os aspectos socioculturais considerados por ela que possam ter contribuído para o surgimento e/ou agravamento do transtorno mental. Por meio de tal abordagem, é possível “ver o mundo através dos olhos dos atores sociais e dos sentidos que eles atribuem aos objetos e às ações sociais que desenvolvem” (GOLDENBERG, 2004, p. 32).

A utilização da história oral como método de pesquisa permitiu à participante reconstituir e narrar acontecimentos, fatos, ações e particularidades de sua vida, além de atribuir significados aos mesmos, refletir e repensar sua própria história.

Trata-se de uma metodologia qualitativa de pesquisa, adequada ao conhecimento do tempo presente; que permite conhecer a realidade passada e presente, pela experiência e pela voz daqueles que a viveram. Não se resume a uma simples técnica, incluindo também uma postura, na medida em que seu objetivo não se limita à ampliação de conhecimento e informações, mas visa conhecer a versão dos agentes. (LANG, 2000, p. 124).

O referido método apresenta como vantagens duas possibilidades: primeiramente, permite a “produção de uma nova documentação” (DEBERT, 1998, p. 141), oportunizando que seja registrada a versão que “os oprimidos e desprivilegiados têm dos grandes e dos pequenos acontecimentos” (*idem*). Possibilita ainda o diálogo entre informante e analista, no qual ambos podem compartilhar algo novo, sendo de fundamental importância, “darmos condições aos

informantes de nos levar a ver outras dimensões e a pensar de maneira mais criativa a problemática que, através deles, nos propomos a analisar” (*idem*).

Conforme Ferreira e Amado (2006) é somente a partir da década de 1980, quando se passou a abordar questões sobre memórias, identidades e subjetividades, que a produção científica reconheceu a importância da pesquisa qualitativa, das experiências de vida e percepções dos indivíduos, valorizando-se, assim, as narrativas como forma de transmissão de experiências e concepções do mundo.

O método da história oral utiliza a entrevista para a “coleta” de informações. Estudiosos alemães que trabalham com tal método designam como “biografia e história de vida” os procedimentos metodológicos dessa abordagem (GONÇALVES & LISBOA, 2007).

Para Becker (1994, apud GOLDENBERG, 2004, p. 42) a biografia é de fundamental importância “às interpretações que as pessoas fazem de sua própria experiência como explicação para o comportamento social”. Através do método biográfico os sujeitos universalizam, por meio das suas vidas, a época histórica em que viveram e/ou vivem.

Trajétoria de vida também pode ser denominada “transcurso”, na medida em que:

Analisa mudanças sociais passagens de status, de situação econômica, de atividades profissionais, utiliza datas significativas, períodos, números, enfim aspectos quantitativos e qualitativos relacionados na mesma abordagem. [...] a trajetória de vida é considerada uma instituição, um sistema de regras que rege/conduz as relações do indivíduo na modernidade. (GONÇALVES e LISBOA, 2007, p. 88).

Ainda sobre história de vida destacamos aqui o trabalho de Ecléa Bosi (1983) intitulado *Memória e Sociedade: lembranças de velhos* cuja pesquisa apresenta ricamente, através das lembranças dos idosos entrevistados, como a função social exercida durante a vida ocupa parte significativa da memória dos velhos. Bosi expõe a importância das narrativas, das lembranças para a sociedade e seu discurso sobre memória está ancorado em autores clássicos, a exemplo de Bergson (1959), o qual afirma ser a memória um esforço para trazer à superfície o que estava imerso e oculto, movimento este que restringe o campo de indeterminação e dúvida do sujeito, levando-o a retomar práticas consagradas, que anteriormente tinham sido bem sucedidas. Para o filósofo, a memória brota do embate entre subjetividade pura (o espírito) e a exterioridade (a matéria), que, por sua vez, se apresenta como

obstáculo à emergência desta lembrança. Defende ainda que “a lembrança é a sobrevivência do passado. O passado, conservando-se no espírito de cada ser humano, aflora à consciência na forma de imagens-lembrança” (BOSI, 1983, p.15).

Bergson *apud* Bosi (1983) não enfoca a relação entre os sujeitos e as coisas lembradas, bem como não trata a memória como fenômeno social, ao contrário de Maurice Halbwachs – principal estudioso das relações entre memória e história pública – o qual realiza estudos acerca dos quadros sociais da memória. Ecléa Bosi na perspectiva de Halbwachs afirma, ainda, que “a memória do indivíduo depende do seu relacionamento com a família, com a classe social, com a escola, com a Igreja, com a profissão; enfim, com os grupos de convívio e os grupos de referência peculiares a esse indivíduo” (BOSI, 1983, p. 17).

Bosi argumenta ainda, segundo Halbwachs (1925), que se lembramos é porque os outros, a situação presente nos fazem lembrar e a maioria de nossas lembranças surge quando provocadas por nossos familiares, amigos, ou outros indivíduos. Lembrar, na maioria das vezes, não é reviver, e sim refazer reconstruir com imagens e ideias de hoje as experiências do passado.

4.2. CAPS RENASCER E O CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no CAPS Renascer, por ser vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA), assim como por atender algumas pessoas idosas (com 60 anos de idade ou mais), conforme se observou durante atuação enquanto residente neste local.

O CAPS é um dispositivo de saúde mental aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Sua proposta é acolher usuários com transtorno mental, bem como estimular sua reinserção social e familiar, além da autonomia e cidadania. Localizado no bairro da Pedreira, em Belém-PA, o CAPS Renascer é do tipo III, e por isso oferece atendimento em período integral, 24 horas, e também aos feriados e finais de semana, contando com leitos de repouso e observação. Dentre suas atividades destacam-se atendimento individual e em grupo, psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

4.3. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Após a autorização da Coordenação Estadual de Saúde Mental e do Comitê de Ética da FPEHCGV em novembro de 2014 iniciou-se a pesquisa de campo, isto é, a coleta de dados no mês seguinte.

Inicialmente, com a ciência do diretor do CAPS Renascer, consultamos os prontuários de algumas usuárias, a fim de verificar qual delas se enquadrava no critério de inclusão da pesquisa. Cabe ressaltar que contamos com a gentil colaboração dos funcionários da instituição. Feito isso realizamos o contato inicial com a idosa que, no referido estudo, será denominada Hera. Primeiramente realizamos contato telefônico com a irmã e cuidadora da usuária, através do qual expomos os motivos da pesquisa e nosso interesse em realizar a entrevista com a idosa. A familiar intermediou nossa apresentação à participante que nos recebeu de maneira bem receptiva em sua residência.

Antes de iniciarmos a entrevista explicamos de maneira objetiva e de fácil compreensão os objetivos da pesquisa e a importância do estudo. Conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), apresentamos para a participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como informamos a ausência de riscos e a garantia de sigilo das informações e do nome da idosa. Após a assinatura do TCLE iniciamos as entrevistas, tendo em mãos um roteiro com questionamentos básicos, ou seja, com perguntas abertas (Cf. Anexo A). Cada entrevista durou em torno de 50 minutos. Na ocasião da pesquisa a participante encontrava-se aparentemente calma, consciente e orientada alo e autopsiquicamente.

A realização desta pesquisa apresentou algumas dificuldades que consideramos importante destacar. O local escolhido para a realização do estudo, o CAPS Renascer, até o momento em que realizamos estágio optativo (Junho de 2014), contava com a presença de poucas mulheres idosas, apenas três, constituindo-se assim, uma amostra pequena para nosso estudo. Dentre estas, uma obteve alta e outra se recusou a participar da pesquisa. Nossa entrevistada apresentava empobrecimento de ideias, suas repostas eram curtas e também não conseguiu lembrar fatos relacionados à sua infância, nem narrar acontecimentos que considerasse marcantes nessa fase de sua vida; percebemos no decorrer das

entrevistas que, por algum motivo (particular ou não), a participante preferiu ocultar muitas informações. Diante disso, a fim de complementar a fala de Dona Hera, também coletamos informações de sua irmã.

4.3.1 Algumas memórias da infância

Hera nasceu em 1950, no município de Marapanim, em um vilarejo chamado Cafezal. É a caçula da prole de 10 filhos composta por sete mulheres e três homens.

O pai trabalhava com extração de madeira para fazer curral, enquanto que sua mãe era dona de casa e agricultora.

Quando pedimos que contasse sobre seu relacionamento com os pais bem como sobre atitude deles diante de uma desobediência, a idosa informou que eles a batiam se referindo da seguinte forma:

De vez em quando, quando errava, o cipó encostava na costa do cabôco.

Apesar dessa maneira de educar de seus pais, a idosa nos informou que tinha boa relação com eles. Em relação aos irmãos, afirmou serem muito sapecas, mas que se relacionava bem com todos. Lembra que quando brigavam um com outro a mãe os batia. Considera que sua mãe era mais agressiva em relação a seu pai, pois era quem mais exercia coerção sobre ela e os irmãos.

Quando questionamos sobre a existência de alguma pessoa adulta que considerava importante na sua infância, referiu não se lembrar de ninguém. Hera também negou a ocorrência de algum fato que tenha marcado a infância, dizendo somente *não aconteceu nada não ...*

No que se refere à idade escolar a idosa lembrou que começou a estudar aos 4 anos de idade. A escola era pública e localizada no próprio vilarejo. Em relação ao seu desempenho escolar afirmou:

Na escola nunca briguei graças a Deus.

Passava de ano, nunca repeti, era estudiosa.

Ainda sobre sua vida escolar, Hera destaca os castigos dados pela professora:

O negócio era ruim também, o cabôco que não soubesse a tabuada, olha a palmatória na mão [...] aí a gente tinha que gravar.

4.3.2 Sobre a adolescência

Iniciamos a entrevista solicitando que contássemos sobre a continuidade dos estudos. Hera relatou que iniciou o ensino médio em uma escola pública no centro do município de Marapanim e que em seu primeiro ano do ensino médio não apresentou bom desempenho escolar:

Primeiro ano não passei, aí eu parei de estudar, e aí essa minha irmã que mora nos Estados Unidos disse deixa que eu vou pagar um colégio pra ti. E pagou, foi com que eu tirei meu segundo grau.

Segundo a idosa, pelo período matutino estudava e à tarde ajudava a mãe, ia para o "retiro" fazer farinha de tapioca e farinha d'água.

Em relação aos primeiros namoros na adolescência, Hera nos contou que teve seu primeiro namorado aos 16 anos de idade:

Ele era de lá, do Cafezal [...] conheci ele comprando peixe, lá na beira né! Aí ele me avistou, aí ele veio... O irmão dele é casado com a minha irmã. Aí por intermédio disso, eu acho, que fez aquele afeto de a gente tá junto né. Mas aí eu não me casei com ele, me casei com um rapaz de Cametá.

Sobre o fim desse namoro que durou cinco anos, Hera se referiu de forma bem objetiva:

[...] ele tinha outra namorada aqui (em Belém) aí eu sabia ficava na besta lá, que eu gostava dele né. Depois eu me aborreci vim me embora pra cá (Belém).

4.3.3 Idade Adulta: trabalho, casamento e perdas

Hera inicia nosso questionamento sobre essa etapa de sua vida narrando sua saída da casa dos pais. Veio para Belém em 1972, com 22 anos de idade, trazida pela irmã para concluir o ensino médio. Era a primeira vez que visitava a capital. Estudou nos colégios Anchieta e Elias Viana, os mesmos já extintos.

Além de estudar, Hera também trabalhava. Sua idade adulta foi marcada pelo trabalho fabril e assalariado.

Eu trabalhava e estudava. Trabalhava numa fábrica chamada Bragantina, fazia tecelagem. Eu fazia bonecas, aquelas bonecona, de malva, aí o cabelo da gente ficava só poeira.

Ao sair desse primeiro emprego remunerado, Hera foi trabalhar em uma loja de tecidos, denominada Pano Azul. Disse ter trabalhado nesse local durante 15 anos. Quando indagada sobre seu relacionamento com chefes e colegas, respondeu:

Eu me relacionava bem com eles, nunca briguei...

Hera também trabalhou como atendente no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira. Sobre essa experiência relata:

Eu dava comida pros doente. Me dá uma tristeza, me dá uma vontade de chorar quando lembro, quando eu vou pra lá pra esses lados me lembro [...] eles ficavam andando por lá, eu ficava até com medo.

Eu ficava sentida né, quando chegava em casa ficava pensando neles.

Das lembranças desse trabalho a que mais lhe marcou foi ver pacientes em eletroconvulsoterapia.

Eles tomavam eletrochoque, era na cabeça da pessoa, e a pessoa se tremia tudinho. O empregado de lá dava os choque neles, mas eles ficavam bem depois que tomavam esse eletrochoque.

Sobre relacionamento conjugal nesta etapa de sua vida, Hera disse não se lembrar exatamente sua idade quando conheceu o atual esposo. Acredita que tenha sido mais de 30 anos.

Ele foi comprar roupa lá na Pano Azul e lá se agradamos um pelo outro, aí nós se casamos.

Referiu ainda que casou-se aos 40 anos de idade. Na época trabalhava como vendedora e seu marido como segurança. Tiveram um casal de filhos. Sua filha atualmente está com 22 e seu filho com 18 anos de idade. Sobre a cerimônia do seu matrimônio Hera apenas relatou:

Meu casamento foi bem graças a Deus! Deu muita gente, muitos convidados... foi na igreja, ali na Santa Cruz.

No início do casamento, a idosa afirmou ter passado por dificuldades por não ter dinheiro, pois o marido encontrava-se desempregado.

Com o nascimento dos filhos – após 1 ano de casada – parou de trabalhar para cuidar deles. Somente o marido trabalhava fora.

No que diz respeito à sua experiência enquanto mãe, Hera comentou:

A experiência foi meia difícil, porque com ela eu sangrava, ela nasceu com um quilo e setecentos, ficou na incubadora dos “servidores”. Aí lá eu ia dá de mamar a ela. O menino não, eu não senti nada.

Sobre a perda de alguém importante, Hera destacou o falecimento dos pais e do irmão.

Minha mãe faleceu de derrame cerebral, foi um choque muito grande... ela não tava trabalhando, ela tava simplesmente em casa. Passou onze dias no hospital.

Referiu-se ao processo de luto como um período de muito sofrimento e dor:

Foi brutaemente, eu fiquei muito sofrida, eu perdi oito quilos.

Meu pai faleceu de câncer de próstata. Foi muito difícil também, eu sentia muita saudade dele, ele era muito bom pra mim. Às vezes que eu não tinha o que comer aqui, assim que me casei passei por uma fase difícil, ele me ajudou muito meu pai...

Sobre o falecimento do irmão:

Eu gostava dele, chorei quando perdi ele...

4.3.4 Velhice

Atualmente Hera está com 64 anos de idade e reside com o esposo e os dois filhos. Sua residência está localizada próxima a de seus irmãos. Apenas uma das irmãs reside longe, pois foi trabalhar nos EUA há mais de quarenta anos.

A idosa é aposentada e tem seu esposo como procurador. Questionamos acerca de sua satisfação com a remuneração, sobre o que consegue fazer com a renda. A mesma respondeu estar satisfeita e que utiliza seu dinheiro para ajudar com as despesas de casa, principalmente referente à alimentação. Ressaltou ainda que grande parte de sua renda utiliza para comprar medicamentos e pagar exames.

Em relação ao relacionamento com os familiares, Hera considera bom:

É bom. Sou bem tratada, meus parentes me ajudam muito. Somos muitos unidos!

Disse ainda gostar de todos os familiares, no entanto, os mais próximos, aqueles com os quais apresenta maior afinidade são sua irmã e sua filha, pois são elas que cuidam da idosa, conforme suas palavras, são as pessoas que mais lhe ajudam nos momentos difíceis.

Hera apresentou os primeiros sintomas de transtorno mental há aproximadamente 15 anos. Há 2 anos faz tratamento no CAPS Renascer.

A idosa refere ter depressão e descreve sua primeira crise da seguinte maneira:

Eu tô com quinze anos com esse sofrimento; primeiro surgiu que eu derrubei esse muro aí, fiquei alucinada, agressiva... A minha irmã ficou roxa, por que é nela que eu fui me agarrar.

Eu sentia que eu tava fazendo besteira, eu espremia a roupa e botava dentro do guarda-roupa, meu marido que encontrou.

Cheguei a ouvir vozes, eles me diziam só pro mal.

Meus filhos eram criança, a menina se lembra, mas o menino não. Eu ia fugindo com o menino, depois que eles me encontraram, né! Eu não dormia, agora eu só durmo com remédio.

Em relação ao início do tratamento relatou:

Me levaram no médico, médico particular. Sabe quanto era? tava trezentos reais. Aí meu dinheiro que eu recebia era só pra isso. Essa minha irmã dos Estados Unidos que me ajudou.

Ele (médico) disse que era um distúrbio mental que eu peguei. Passou remédio pra mim, aí eu fui tomando os remédio, fui melhorando. Aí depois que eu me internei aí no Gaspar Vianna.

Essa internação a qual se refere Hera ocorreu há dois anos, desencadeada (segundo dados do seu prontuário) após um desentendimento com o esposo. A idosa ficou internada na Emergência Psiquiátrica da FPEHCGV durante aproximadamente oito dias. Na ocasião da alta recebeu encaminhamento para o CAPS Renascer para iniciar tratamento.

No CAPS atualmente participa apenas do Grupo de Referência Técnica (GRT), além das consultas médicas mensais.

Sobre o uso das medicações Hera se queixa que as mesmas lhe causam alguns efeitos colaterais

Eu senti um tremor, eu fazia assim, oh. Até hoje ainda me deu, é o efeito colateral do remédio.

Embora também se queixe da quantidade de medicamentos para tomar diariamente, a idosa adere ao tratamento medicamentoso. No entanto, segundo fala da sua irmã, se recusa a participar de atividades que também podem contribuir para sua melhora como, por exemplo, fazer exercícios físicos e sair com familiares para momentos de lazer.

Hera também destacou durante a entrevista, em relação a amizades, ter uma grande amiga que sempre vai visitá-la. Esta amiga reside em Marapanim, local para onde a idosa diz retornar com frequência.

4.3.5 O processo de adoecimento e suas implicações sob o olhar de Hera

A partir da coleta de dados por meio das entrevistas e posterior análise, verificou-se, sob o ponto de vista da entrevistada, que a doença trouxe muitas mudanças na sua vida, sobretudo no seu cotidiano. Hera mencionou sentir falta da época em que era economicamente ativa e da sua rotina enquanto dona de casa. Confessou ainda se sentir muito triste por não conseguir ajudar sua irmã quando esta se encontrava doente, por estar nessa situação.

Tendo em vista que os indivíduos não revelam a totalidade de suas vidas, mas apenas uma versão selecionada, apenas um retrato de si que prefere mostrar aos outros (BECKER, 1994 *apud* GOLDENBERG, 2004), optamos por complementar as informações fornecidas pela idosa, entrevistando também sua irmã e cuidadora. Os dados coletados a partir da fala da familiar também foram de suma importância para a análise dessa pesquisa.

Dessa maneira, consideramos que o processo de adoecimento trouxe outras significativas implicações na vida de Hera, além da já referida no primeiro parágrafo.

Observou-se que a família de Hera, cuja característica apontada pela idosa é a de ser bastante unida, se aproximou mais, lhe apoiando nesse momento de sua vida, conforme relatado abaixo:

Toda minha família me deu apoio, graças a Deus... a minha filha não tem vergonha de sair comigo graças a Deus, pra onde eu vou ela vai...

Percebemos, nesse caso, ser a família da idosa um espaço da ajuda e do cuidado, que lhe garante apoio e bem-estar. Os familiares assumem o papel de prestadores de cuidados, cuidado este visto como um valor cultural.

Szymanski (2002) defende a família como um conjunto de pessoas que assumem o compromisso de cuidado recíproco, independentemente da faixa etária. No grupo estudado, este cuidado é prestado por uma rede parental de apoio, composta principalmente pela irmã, esposo e filhos.

Observamos que há nessa convivência a existência de outros elementos, além do cuidado, que contribuem positivamente para um bom relacionamento familiar: a

ajuda e a preocupação em relação à saúde da usuária. A solidariedade, aspecto positivo do grupo familiar, conforme Prado (1985), também está presente, sendo fundamental para que a família exista enquanto tal e para que sejam asseguradas as condições elementares de segurança e de dignidade para a idosa. É notório o grande afeto da irmã em relação à Hera:

Ela é um irmã... todas são especiais pra mim, nós éramos sete, somos só cinco agora, mas essa pessoa aí pra mim... é tudo. Aí sempre eu converso com os filho, com o resto do meu pessoal aqui e digo olha, quando eu morrer, não despreze a minha irmã, eu peço, faço esse pedido pra vocês, não desprezem a minha irmã.

Ela é uma excelente irmã, então eu tenho essa pessoa muito forte aqui dentro do meu coração.

O adoecimento também contribuiu para um certo isolamento social, haja vista Hera ficar mais retraída e desmotivada para sair de casa, além de demonstrar vontade de estar sozinha. Sobre isso sua irmã comenta:

Às vezes eu sinto assim, converso com o marido dela, aí eu digo assim pra ele [...] eu sinto que quando a gente chega aqui é uma inquietação pra ela, parece que ela diz assim, vai já embora... ela não fala nada mas só na inquietação dela a gente sente, né?

Aqui, neste pátio aqui, eu ainda sento aqui, tem tarde que eu choro sabe... Porque era toda tarde, ela atravessava, assim esse horário, a gente sentava aqui, tomava café, conversava... ela me contava as coisas, eu contava o que sabia pra ela. E agora ela só vem aqui em casa quando ela vai pro médico.

Observamos, diante dessa fala, a relação de amizade existente entre Hera e a familiar.

A irmã também descreve o comportamento de Hera no início do adoecimento e seu cotidiano antes do mesmo:

Mas agora ela tá melhor... Por que ela não te dava uma palavra, num fazia nada, nada, nada...

Tomava conta da casa dela, criava os filho né... e cuidava muito bem aqui, lavava minha roupa, a limpeza tudinho era por conta dela. Saia por aí com a gente... era uma pessoa muito divertida, mas depois que ela pegou esse sofrimento, parece assim que ela tem medo.

A familiar também reconhece a importância da usuária fazer alguma atividade que possa contribuir para sua melhora:

Às vezes eu digo pro marido dela assim: vocês impedem a [...] de muitas coisas, porque a Dra. diz que ela tem que ter a atividade dela, não pode parar. Aí fica sentada ali... (chama pelo nome da idosa) vamo em casa [...] vamos ver nossos irmãos, vamos ver como eles estão... ela diz assim: não, depois eu vou. Não vai [...] aí ela diz assim não, não vou que tô muito fraca... mas tudo é da cabeça, sabe?

Embora evite sair muito, Hera costuma acompanhar a irmã à missa. Esta nos informou ainda que, além do transtorno mental, Hera apresenta diabetes e problemas na visão. Além disso, se alimenta pouco, por isso emagreceu consideravelmente. A irmã atribui esse baixo apetite ao uso da medicação.

Cabe mencionar ainda que a familiar da idosa reconhece a importâncias dos serviços públicos da rede de atenção psicossocial. Assim, sobre o serviço do CAPS ela nos diz:

Eu agradeço a Deus porque nós não temo pagando esse dinheirão, por que agora eu acho que tá quinhentos reais [...] e com esse medicamento de lá (receitado pelo psiquiatra do CAPS), ela perdeu peso sim, mas nunca mais tive crise. Vai fazer dois anos dia cinco de fevereiro.

Quando ela tá nessas atividades do CAPS ela vem outra pessoa. Eu sinto que ela tá melhorando.

4.3.6 Aspectos socioculturais: determinantes ou agravantes para o adoecimento psíquico

De acordo com as evidências científicas no campo da saúde mental, os transtornos mentais não têm uma causa específica, válida para todos os indivíduos.

Os principais fatores que podem desencadear um transtorno mental estão relacionados à predisposição genética do indivíduo para a doença, bem como aos aspectos biopsicossociais. Em outras palavras, os transtornos podem resultar da interação do fator biológico com fatores socioambientais. Vale ressaltar ainda que as diferentes culturas, isto é, as diferentes maneiras de pensar e de se comportar de cada povo, pode influenciar na maneira como se manifestam os transtornos mentais.

Hera não conseguiu nos dizer, de acordo com seu ponto de vista, a causa ou os motivos que possam ter contribuído para o surgimento ou agravamento do transtorno. No entanto sua irmã acredita que o adoecimento está relacionado à perda de familiares. Sobre isso a familiar comenta:

Nós perdemo só num mês, antes dela adoecer, nós perdemo três pessoas da família. Primeiro foi nosso pai, dia vinte e seis foi meu pai; começou pela irmã dele, quatoze, aí meu sobrinho, (dia) dezesseis, quando foi vinte e seis e ele faleceu. Aí veio a mamãe... aí veio a minha irmã mais velha.

Segundo a irmã da idosa, a mãe delas faleceu doze anos após o falecimento do pai.

Outro fator que podemos considerar determinante para o surgimento da doença, no caso de Hera, é a predisposição genética. De acordo com dados de seu prontuário, Hera tem histórico de transtorno mental na família, por parte de uma tia paterna. Esta nunca fez tratamento.

Importante destacar que alguns fatores do mundo do trabalho podem também contribuir para o adoecimento mental dos indivíduos, o que se constitui, atualmente, em um grave problema de saúde pública. A realização de atividades que exigem maior esforço físico, exposição a agentes tóxicos, tarefas que exigem um certo nível de tensionamento, o assédio moral, a competitividade, dentre outros fatores, podem gerar o adoecimento psíquico do trabalhador.

Em meados do século XIX, Marx e Engels já alertavam que o trabalho poderia gerar consequências sobre o "sistema nervoso" dos trabalhadores. De acordo com Jacques (2007) é crescente o número de transtornos mentais entre trabalhadores que vivenciaram processos de reestruturação produtiva nos seus locais de trabalho. O modelo taylorista-fordista é um exemplo de processo que causa efeitos sobre o aspecto psíquico dos trabalhadores. De acordo com a referida autora, *o próprio Henry Ford (s/d) manifestava preocupação com problemas decorrentes das rotinas de trabalho demandadas pelos processos de trabalho. A identificação das linhas de montagem fordistas como fontes de sofrimento psíquico dos operários é também tema do primeiro número do Journal of Mental Higyene, de 1917.*(2007,p.113)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu conhecer parte da história de vida da idosa entrevistada, haja vista que muitas informações foram ocultadas pela mesma. Tal estudo, porém, possibilitou conhecer sua relação familiar, principalmente com os parentes mais próximos, bem como compreender a maneira pela qual a idosa lida com as perdas em sua vida. Acima de tudo, cremos que a referida pesquisa permitiu dar voz a esta mulher idosa com transtorno mental, além de estimular a reflexão sobre sua própria história.

Consideramos que no caso estudado, as implicações da doença na vida da idosa se deram, sobretudo, em sua rotina, pois a mesma passou a ser mais dependente de seus familiares no que se refere à realização de tarefas domésticas. O processo de adoecimento também contribuiu em uma mudança positiva, no sentido de que passou a receber maior apoio dos familiares. Hera é uma exceção se comparada ao significativo número de pacientes com doença mental que são abandonados por seus familiares, conforme foi possível observar no decorrer de nossa atuação nos CAPS e na Clínica Psiquiátrica da FHCGV.

No que se refere aos aspectos socioculturais que podem ter colaborado como determinantes ou agravantes do adoecimento da idosa, consideramos, além das perdas familiares (conforme apontadas pela irmã), os eventos estressores pelas quais ela passou, sobretudo, os relacionados ao trabalho como as cenas de eletroconvulsoterapia que assistia quando era funcionária do Hospital Juliano Moreira, o que a levou a pedir demissão. Ademais, percebemos na fala da idosa que a mesma tinha poucos momentos de lazer quando jovem, pois sempre exerceu dupla jornada: quando adolescente realizava trabalhos de agricultora e domésticos; quando adulta, exercia trabalho remunerado, além de cuidar do marido e filhos.

As últimas décadas no Brasil foram marcadas por significativos avanços no que diz respeito às políticas de atenção à saúde mental. Porém, a realidade que conhecemos, seja através de fala dos usuários e familiares, seja através de nossa observação enquanto profissionais residentes, nos aponta que ainda há muito a ser feito. Ainda enfrentamos a carência de profissionais qualificados, a ausência de medicação nos CAPS e unidades básicas de saúde, a falta de estrutura adequada nas instituições, dentre outras.

Nesse sentido, cabe ressaltar que embora existam políticas de atenção à saúde mental com uma rede de atendimento à população com transtornos mentais, observamos a ampla necessidade de criação de centros de atenção psicossocial voltados à pessoa idosa, tal como os existentes para o público infantil, tendo em vista o crescimento da população de idosos e, por conseguinte, maior busca por serviços de saúde, dentre estes os de cunho psiquiátrico.

O campo da saúde mental carece ainda de maior atenção às questões de âmbito social, considerando que a saúde de um indivíduo não perpassa somente pelos aspectos biológicos. Infelizmente ainda observa-se a supervalorização do saber e da atuação médica. Como tentativa de transformar essa realidade, compreendemos ser necessário intensificar os estudos e pesquisas de Serviço Social na área de saúde mental, pois ainda hoje são insuficientes.

Importante também se faz, por parte dos assistentes sociais, a utilização da história de vida como estratégia de atuação, pois entendemos ser essa estratégia de grande contribuição para aproximar o profissional dos sujeitos que demandam seus serviços, o que também permitirá conhecer suas singularidades bem como apreender as relações contraditórias e conflitantes presentes na vida de seus usuários inseridos em uma realidade complexa demarcada pela luta de classes. É primordial, ainda, que o profissional considere não apenas os aspectos sociais, como também os culturais, simbólicos, religiosos e econômicos da vida dos usuários, para que, assim, possa propor planos de ação inovadores que atendam de maneira efetiva as reais necessidades sociais da população.

Apesar das dificuldades em realizá-lo, este trabalho se revelou bastante enriquecedor, tanto no nível acadêmico, quanto profissional e pessoal, à vista disso, contribuiu para a ampliação dos conhecimentos acerca do processo de envelhecimento humano e saúde mental. Somado a isso, abre-se também a possibilidade de avançar, futuramente, com investigações mais profundas, sobre este rico e fascinante tema.

Por fim, esta pesquisa nos permitiu compreender que a doença mental é uma contradição entre o indivíduo e a sociedade, na medida em que não é tarefa fácil assumir o papel de pessoa idosa com transtorno mental em uma sociedade preconceituosa, psicofóbica e estigmatizante. É dever do Estado e da sociedade como um todo reconhecer tais indivíduos como sujeitos de direitos que devem ter respeitadas as suas individualidades e diferenças.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

AVELINO, Ana Clara A. et al. O Cuidado ao Idoso Portador de Transtorno Mental sob a Ótica da Família. In: **Revista de Enfermagem Referência**, Campina Grande, III Série, n.09, p. 75-83, mar.2013.

BARROS, Mari Nilza Ferrari; SUGUIHIRO, Vera Lucia Tieko. A interdisciplinaridade como instrumento de inclusão social: desvelando realidades violentas. **Revista Virtual Textos e Contextos**, PUCRS, Porto Alegre, nº 2, 2003. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/interdisciplinaridade.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

BRASIL. Estatuto do Idoso. **Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Brasília/DF.

BRASIL, **Ministério da Saúde. DAPE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília. 2004. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: 19 de janeiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. 3ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1983.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, N, R, TUNDIS, S, A (org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro. Ed. Vozes, 1987.

DEBERT, G.G. Problemas relativos à utilização da história de vida e história oral. In: CARDOSO, Ruth C.L. **A Aventura Antropológica**. Teoria e Pesquisa. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998, p.142-156.

DEECKEN, Alguns. **Saber Envelhecer**. 3. ed. RJ: Vozes,1997.

ESPINOSA, Ana M^a Fernández. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill,2000 (Guias Práticos de Enfermagem).

FERREIRA, Marieta Moraes; AMADO, Janaína (Org.). **Usos e abusos da história oral**. 8^a ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.

FONSECA, Antônio Fernandes. **Psiquiatria e Psicopatologia**. 2^a Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: E.V. FREITAS, E. V. de *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**.2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FOUCAULT. M. **História da Loucura**. 3^aed. São Paulo: Perspectiva, 1991.

_____. **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. 18^aEd. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FRAIMAN, Ana Perwin. **Coisas da Idade**. 4 ed. São Paulo: Gente, 1995.

FUSTIONONI, O. **A terceira idade – desafio e oportunidades**. In Organização mundial de saúde. Remoçar a velhice, 1982.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer Pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8 ed. Rio de Janeiro: Record,2004.

GONÇALVES, R. de C; LISBOA, T.K. S. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Revista Katál**, Florianópolis,v.10, n.esp, p.83-92,2007.

GORETTI, M. *et al.* As cidades e os choques epidemiológicos. In: **Anais do 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia: cidade mais justa e saudável**. Radis: Com Unificação em Saúde. Recife – PE, 2004.

IAMAMOTO, M.V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade. In COFI/ CFESS. **Atribuições privativas em questão**. Brasília: CFESS, 2012, p.33-71.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade - Brasil – 2010**. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cgi>. HTML. Acesso em 15 dez. 2011.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

LANG, A.B.S.G. Trabalhando com história oral: reflexões sobre procedimentos de pesquisa. In: **Cadernos CERU**, série 2, n.11, 2000. p.123-134.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: LÉVI-STRAUSS, C. **Sociologia e Antropologia**. V.1. São Paulo: EPU, 1974. p.1-45.

LUZ, Madel. A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

MAGALHÃES, D.N. **A Invenção Social da Velhice**. Rio de Janeiro: Editora Papagaio, 1989.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil. **Rev de Saúde Pública**, 38(5), 2004.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom; HOLANDA, Fabíola. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

_____. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 2005.

MESSY, Jack. **A pessoa idosa não existe**. Tradução de José de Souza e Mello Werneck. São Paulo: ALEPH, 1999.

MIGUEL FILHO, E. C.; ALMEIDA, O. P. Aspectos psiquiátricos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ªEd. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC, 1993.

_____. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MORAGAS, R. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

MOURA, M.L.S. de; FERREIRA, M.C.; PAINE, P.A. **Manual de Elaboração de Projetos de Pesquisa**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 132p.

NASCIMENTO, Mara C.R. do et al. Qualidade de Vida na Terceira Idade. In: PAZ, Serafim Fortes et al (Orgs.). **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000.p 121-138.

NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin. (Orgs.). **Velhice e Sociedade**. 2ed. Campinas, SP: Papirus, 1999. 232p.

OLIVEIRA, Francisca Nayza Souza. **Aposentadoria na Velhice e Ociosidade**. 2007. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

OLIVEIRA, R.C. **O Trabalho do Antropólogo**. 2ª. Ed. Brasília: Paralelo15; São Paulo-UNESP, 2000.220p.

OLIVEIRA et al. **CAPS E SERVIÇO SOCIAL: UM NOVO PARADIGMA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**. Disponível em: <http://www.fescfafic.edu.br/revista/index.php/artigos/3-caps-e-servico-social-um-novo-paradigma-no-campo-da-saude-mental>. Acesso em: 10 ago. 2014

PEDROSO, Janari da Silva. **Loucura e Assistência Psiquiátrica no Pará (1833 a 1984)**. Belém: NAEA, 2008.

PRADO, Danda. **O que é família**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985 (Primeiros Passos).

PONTES, Cleto Brasileiro. **Psiquiatria: conceitos e práticas**. 2.ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

ROSA, L. C. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da Interdisciplinaridade** /Lucia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, Jose augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org.)- 5 ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

THOMPSON,P. **A Voz do Passado** – história oral. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

SZYMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. Ano XXIII. Nº 71. São Paulo: Cortez, 2002. p. 09-25.

SILVA, M.K. Uma introdução à história oral. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, UFRGS, v.9, p.115-142, 1998.

VASCONCELOS, E.M. (Org.). **Saúde mental e Serviço social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

WEBER, Max. **Ensaio e Sociologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

GLOSSÁRIO

Depressão Perinatal: transtorno emocional e/ou do humor que ocorre durante a gravidez ou nos doze meses subsequentes ao parto.

Depressão Perimenopáusic: depressão que ocorre no período que se inicia os primeiros sintomas de aproximação da menopausa e vai até 12 meses após esta.

Distímia: termo utilizado para referir-se a alterações no humor.

Mania: elevação do humor. Segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) a mania faz parte dos transtornos afetivos maiores. Quando a elevação do humor é moderada, denomina-se hipomania, e nos casos extremos de hipermania.

Transtornos Ansiosos: enquadram-se nos transtornos neuróticos. Manifestam-se tanto por sintomas psíquicos (inquietação, nervosismo, vivência de ameaça, alterações do sono), como somáticos (palpitações, opressão torácica, astenia, etc).

Transtornos Alimentares: perturbações no comportamento alimentar, podendo levar ao emagrecimento extremo, à obesidade, dentre outros problemas físicos. Os principais tipos de Transtorno Alimentar são a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa, cuja principal característica é a intensa preocupação com o peso e o medo excessivo de engordar.

Transtorno Depressivo: transtorno que inclui tristeza, choro, desinteresse, perda da auto-estima, inibição, agitação, isolamento, perda de peso, anorexia, dores diversas, alterações do sono, pensamento lento, alterações no ritmo de vida, etc.

Transtorno Disfórico Pré-Menstrual: é uma forma mais grave da TPM. Seus sintomas incluem humor deprimido, sentimentos de falta de esperança ou pensamentos autodepreciativos; ansiedade acentuada, tensão, sentimentos de estar com os “nervos à flor da pele”; significativa instabilidade afetiva; raiva ou irritabilidade persistente e conflitos interpessoais aumentados; diminuição de

interesse pelas atividades diárias; fadiga fácil; alteração acentuada do apetite, excessos alimentares ou avidez por determinados alimentos; hipersonia ou insônia; sentimento de descontrole emocional.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

PROJETO DE PESQUISA

***HISTÓRIA DE VIDA E TRANSTORNO MENTAL: SENTIDOS E IMPLICAÇÕES DA
DOENÇA NA VIDA DE UMA MULHER IDOSA ATENDIDA NO CAPS RENASCER EM
BELÉM DO PARÁ***

Pesquisadora: Leidiane Maciel Leal

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação do Entrevistado: *utilizar nome fictício*

Data de Nascimento:

Escolaridade:

Endereço:

Estado Civil:

Religião:

1. Primeira Infância

- Conte-me um pouco sobre seu ambiente familiar e como foi sua infância.
- Número de irmãos e irmãs / ordem de nascimento
- Ocupação dos pais
- Ocorrência de alguma doença grave quando criança
- Relacionamento com os pais/ atitude deles diante de uma desobediência
- Ocorrência de abuso físico ou sexual na infância
- Relacionamento com os irmãos
- Adultos que considerava importantes na infância
- Pessoa com a qual melhor se relacionava na infância
- Lembrança marcante da infância

2. Idade Escolar

- Idade que começou a frequentar a escola
- Aproveitamento/desempenho escolar
- Amizades na escola/Melhor amigo(a)

3. Adolescência

- Continuidade dos estudos
- Quando você começou a namorar
- Gênero pelo qual sentia atração

- Primeiro relacionamento sexual
- Ocorrência de uso de álcool ou outras drogas

4. Idade Adulta

- Atividade após terminar (ou abandonar) os estudos
- Trabalhos que realizou
- Relacionamento com chefes e colegas
- Dificuldade financeira
- Casamento/relacionamento emocional mais estável
- Filhos/experiência enquanto mãe
- Criação dos filhos.
- Perda de alguém importante

5. Velhice

- Renda para subsistência: aposentadoria, pensão, outros...
- Presença de curador(a)
- Satisfação com a remuneração. O que consegue fazer com a renda
- Maiores conquistas nessa fase da vida
- No caso de viúves, separação ou divórcio: Em que mudou na vida e na saúde
- Ocorrência de outros casamentos, outros companheiros
- Fale sobre sua relação com a família
- Familiar que tem mais afinidade
- Existência de alguém da família que cuide da idosa
- Sobre transtorno mental: quanto tempo, primeiros sintomas
- Significado que atribuiu e/ou atribui à doença
- Início do tratamento. Mudanças com o uso da medicação.
- Descreva seu cotidiano (na instituição, na rua, em casa...)
- Lazer, lugares que frequenta, companhias.

ANEXOS

ANEXO A – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho científico do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará, em convênio com a Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, intitulado: **HISTÓRIA DE VIDA E TRANSTORNO MENTAL: SENTIDOS E IMPLICAÇÕES DA DOENÇA NA VIDA DE UMA MULHER IDOSA ATENDIDA NO CAPS RENASCER EM BELÉM DO PARÁ**, que tem como objetivo *compreender como mulheres idosas com transtorno mental interpretam seus processos de adoecimento e suas implicações na vida cotidiana*.

Justificativa: levando em consideração o estigma e preconceito que as pessoas idosas e com transtorno mental sofrem, daí a exclusão social do meio familiar, bem como da comunidade, surge-nos o interesse em realizar estudos que possam contribuir para dar visibilidade a esses indivíduos socialmente excluídos da história oficial, pois o estudo permitira o registro desse grupo social. Ademais, contribuirá para a desconstrução das representações sociais negativas até aqui construídas em torno da velhice e dos indivíduos com transtorno mental, auxiliando na ruptura da identidade estigmatizadora que lhes foi atribuída.

O trabalho está sendo realizado pela Assistente Social Leidiane Maciel Leal, sob a orientação do Prof.^a Dr.^a Andréa Mello Pontes.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 90 minutos, na qual você irá responder perguntas pré-estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora Leidiane Maciel Leal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU _____ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Leidiane Maciel Leal, Fone: (91)8136-9380, email: leidi_leal@yahoo.com.br, e endereço: Av. Marques de Herval, Pass.Izabel nº13, Bairro: Pedreira, Belém/PA.
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Saul Rassy Carneiro, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas pelo telefone 4005-2676, endereço Alferes Costa.
- Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Belém/PA, / /

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora

ATENÇÃO PESQUISADOR (A):

É importante prever a possibilidade de que seja incluído no estudo um sujeito de pesquisa analfabeto. Neste caso, será necessário descrever a seguinte informação:

Este formulário foi lido para _____,

em / / pela assistente Social Residente Leidiane Maciel Leal, enquanto EU estava presente.

Assinatura da testemunha, nome e data.

Assinatura da testemunha, nome e data.

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DE
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HISTÓRIA DE VIDA E TRANSTORNO MENTAL: SENTIDOS E IMPLICAÇÕES DA DOENÇA NA VIDA DE UMA MULHER IDOSA ATENDIDA NO CAPS RENASCER EM BELÉM DO PARÁ

Pesquisador: LEIDIANE MACIEL LEAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38074014.6.0000.0016

Instituição Proponente: Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 888.313

Data da Relatoria: 19/11/2014

Apresentação do Projeto:

A partir da experiência profissional da pesquisadora enquanto Assistente Social Residente na Emergência Psiquiátrica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, foi possível observar que raramente se considera a história dos pacientes de saúde mental. Diante de tal problemática e, considerando ainda que a maioria dos pacientes atendidos é do sexo feminino, surgiu o interesse em realizar o estudo para contribuir em dar visibilidade a esses indivíduos socialmente excluídos da história oficial e para a desconstrução das representações sociais negativas até aqui construídas em torno dos indivíduos com transtorno mental, auxiliando na ruptura da identidade estigmatizadora que lhes foi atribuída.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como mulheres idosas com transtorno mental interpretam seus processos de adoecimento e suas implicações na vida cotidiana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A referida pesquisa oferece riscos mínimos para a participante. O risco maior seria a divulgação da identidade da participante e seu endereço residencial, para tanto será preservada a imagem e a

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n
Bairro: Bairro Pedreira **CEP:** 66.087-660
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3276-1770 **Fax:** (91)3276-1770 **E-mail:** comiteticafhegv@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO PÚBLICA
ESTADUAL HOSPITAL DE
CLINICAS GASPAR VIANNA



Continuação do Parecer: 888.313

privacidade da idosa, omitindo-se seus nomes e localização de moradia.

Benefícios:

Apontamos como benefícios da pesquisa, a possibilidade de ampliar e/ou aprimorar o conhecimento científico sobre as temáticas saúde mental e pessoa idosa, seus aspectos sócio culturais e o sentido que a mulher idosa atribui ao seu processo de adoecimento. Tal estudo torna-se relevante na medida em que se compreenderá a implicação do transtorno mental na vida de um segmento populacional crescente no país e que necessita de atenção e políticas específicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante do ponto de vista científico e de execução viável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE e demais documentos estão em acordo à Legislação vigente.

Recomendações:

Pesquisa apresenta viabilidade para ser realizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa apto a ser executado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 27 de Novembro de 2014

Assinado por:
SAUL RASSY CARNEIRO
(Coordenador)

Endereço: Travessa Alferes Costa s/n
Bairro: Bairro Pedreira CEP: 66.087-660
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3276-1770 Fax: (91)3276-1770 E-mail: comitetalnegv@yahoo.com.br

ANEXO C – Documento de Autorização da SESPA para realização da pesquisa.

ACEITE DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

O Programa de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/SESPA tem conhecimento do projeto de pesquisa, intitulado: *História de vida e Transtorno Mental: sentidos e implicações da doença na vida de uma mulher idosa atendida no CAPS Renascer em Belém do Pará*, de autoria da Assistente Social Leidiane Maciel Leal, residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Andréa Mello Pontes, autorizando a realização da pesquisa, dando consentimento para coleta de dados de prontuários e realização de entrevistas no referido CAPS.

Belém, 08 de Agosto de 2021.

Leidiane Maciel Leal
 Marilda Couto
 Assinatura do chefe de serviço
 Fundação Estadual Saúde Mental
 SESPA