



## **A PESSOA IDOSA EXCLUÍDA DA REDE E DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NA ÁFRICA, SEJA NA ILPI OU NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: INTERNAMENTO ATÉ A MORTE**

Irene Cardoso Sousa  
Ministério Público do Estado de Pernambuco – GT Racismo  
irenes@mp.pe.gov.br

Este artigo propõe-se a fazer um estudo comparativo entre Brasil e Angola no que se refere à condição de idosos em asilos ou hospitais psiquiátricos, quando há indícios de que a causa desse abrigo são as vulnerabilidades próprias do envelhecimento tratadas como transtorno mental. Na primeira situação, de abrigo, serão analisados aqueles casos nos quais a família justifica-se alegando a “loucura” do idoso. Já na segunda situação, em hospitais psiquiátricos, o próprio idoso tratado como portador de transtorno mental é abandonado pela família quando “em alta”. Em ambos os casos, a exclusão social perpetua-se até a morte.

Como o viés do artigo perpassa pela saúde mental, o estudo busca os fundamentos da reforma psiquiátrica implementada no Brasil em 2001, considerando a reforma na conformidade da sua concepção, sem preocupar-se no presente trabalho com o efetivo funcionamento da rede de saúde, e sim com os seus princípios norteadores.

No Brasil, uma parcela significativa dos leitos foi fechada pela reforma psiquiátrica, possibilitando uma demanda reprimida que está se instalando nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Em Angola, a partir de 2006, foi elaborado um Programa Nacional de Saúde Mental. Diante da constatação de que os serviços nessa área são apenas direcionados para os momentos de crise, o programa propõe que também sejam formuladas ações para prevenção. Nesse contexto, os idosos do Hospital Psiquiátrico de Luanda, único no país, ocupam quase a metade dos leitos, sendo a maioria abandonados pela família mesmo quando recebe alta. Este é o aspecto que procuramos investigar: em que contexto a família toma essa atitude.

Assim, o objetivo é verificar se o idoso tem sido abandonado pelos familiares, seja em instituições asilares ou hospitais psiquiátricos, em razão de processos de envelhecimento entendidos como transtorno mental. Quer-se indagar também se, nesse



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

momento, a família que asila o idoso nessas condições, caso tivesse orientação e inserção em políticas públicas para um tratamento adequado na rede de saúde mental ou dentro de uma proposta comunitária, tomaria outra decisão em razão desse apoio, modificando sua atitude, ocorrendo dessa forma a reinserção familiar e social do idoso.

O envelhecimento é um dado novo para os países que compõem o Sul metafórico mais familiarizado com uma configuração piramidal da sua população, habituado às discussões sobre essa base, ou seja, a infância e adolescência. No Brasil, o percurso da infância é mais bem visualizado porque é mais presente e articulado nos movimentos sociais e nas demandas de políticas públicas, apesar de a criança ter também uma trajetória de abandono.

A experiência no campo das políticas públicas na área da infância é percebida através da história de combate ao abandono da criança. A fundamentação para essa ruptura, por mais de século, foi exclusivamente o arranjo familiar inadequado para receber essa criança em casa, seja por capricho, denominado de “preservação da honra” da moça que engravidava sem casar, ou por “afrouxamento dos costumes”, já que a facilidade do sistema favorecia o rompimento de vínculos com mais naturalidade, ou ainda pela falta de acesso a métodos de controle de natalidade, resolvido pelo equacionamento da subtração do que não convinha.

A história do abandono das crianças poderia ser contada metaforicamente por uma instituição europeia adotada no Brasil, a Roda dos Expostos, que nasceu na Colônia, sobreviveu ao Império e só foi extinta no ano de 1950. O país foi o último a abolir esse sistema, assim como a escravidão. Segundo Maria Luiza Marcílio: “Essa instituição cumpriu importante papel. Quase por século e meio, a roda de expostos foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil” (1997, p. 51).

Ademais, foi criada para garantir o anonimato do abandono e para ajustar o tamanho da família, já que as técnicas de controle de fertilidade não eram eficazes. Era utilizada tanto por pessoas pobres como por famílias abastadas que desejavam preservar a honra, ou seja, a exclusão nessa época já era mecanismo de controle da estrutura familiar em face das suas necessidades. A instituição asilar era pobre e privada, sem intervenção do Estado, apenas da Igreja Católica e de leigos da Irmandade, mas criou um dos maiores registros documentados da infância no Brasil, pois todos os expostos tinham seu registro



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

não só do momento da entrada, mas do destino também, apesar de que apenas um terço dos enjeitados sobreviviam. (MARCÍLIO, 1998)

Em 1789, na cidade do Recife, na Rua da Aurora, foi instalada a última Roda dos Expostos do período colonial brasileiro. Seguindo a tradição portuguesa, foi colocada na Santa Casa de Misericórdia, destino das crianças abandonadas pelas famílias que não desejavam ser identificadas. O mecanismo da Roda era um artefato de madeira fixado ao muro da entidade, no qual a criança era depositada e que, ao ser girado, a conduzia para as suas dependências sem que a identidade de quem colocasse o nascituro fosse revelada. Puxava-se uma cordinha com uma sineta para avisar à rodeira que havia chegado um bebê.

A necessidade do recolhimento dos menores também se tornava uma medida higienizadora das ruas, pois as crianças abandonadas eram consideradas um problema social e de saúde pública. Episódios como navios brasileiros passando por quarentena antes de atracar em portos europeus devido às condições de insalubridade do Brasil, dificultando o comércio além-mar, demandavam políticas públicas de reforma sanitária, culminadas no país com a Revolta da Vacina, em 1904. Nessa época, a expectativa de vida dos adultos era de 31 anos na cidade do Recife, segundo estudo de Otávio de Freitas, sanitarista piauiense radicado na cidade.

As mudanças ocorridas em virtude do utilitarismo, da reforma sanitária e da passagem da caridade para a filantropia foram responsáveis pelo fim da Roda dos Expostos, que já não estava em sintonia com o então recém aprovado Código de Menores. Este refletia, por sua vez, o processo de expansão do mercado, o início da industrialização e a urbanização do Brasil, assim como a intervenção do Estado nessa política assistencialista à infância. Um exemplo desse percurso confunde-se com a trajetória de José Cândido de Albuquerque Mello Mattos, baiano que se graduou pela Faculdade de Direito do Recife, em novembro de 1887; que atuou como promotor de Justiça em Minas Gerais; que, em 1904, como parlamentar no Distrito Federal, então Rio de Janeiro, contribuiu para a campanha de vacinação obrigatória em apoio a Oswaldo Cruz e Otávio de Freitas; que foi o primeiro juiz da Vara de Menores do Brasil; que, no governo de Washington Luís, conseguiu apresentar um Código de Menores ao Senado;



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

e que, por tudo isso, emoldura com uma feição característica a nova legislação da minoridade datada de 1927, que passa a chamar-se Código Mello Mattos.

Apenas na década de 60, durante o regime militar, foi criada a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (Funabem), de cunho eminentemente intervencionista do Estado do Bem-Estar (*Welfare State*), fato este contraposto pela luta dos movimentos sociais, organismos nacionais e internacionais e principalmente pelo Movimento de Meninos e Meninas de Rua, impulsionado pela Pastoral do Menor. Todos eles foram decisivos para que, em 1990, apenas dois anos após a promulgação da Constituição Cidadã, nascesse o Estatuto da Criança e do Adolescente, indicando todas as diretrizes para as políticas sociais da criança e do adolescente, favorecendo-as em um contexto de inclusão na família e de abrigo somente em casos excepcionais.

Trilhando outros caminhos, os idosos têm somente em 2003, quinze anos após a Carta Magna, o seu tão esperado Estatuto da Pessoa Idosa. Também tardiamente, apenas 164 anos após o arcebispo de Salvador instalar a primeira Roda de Expostos do Brasil, aos moldes da Santa Casa de Lisboa, é que foi fundada, em 1890, a primeira instituição exclusivamente para idoso. Localizada no Rio de Janeiro e denominada Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, confundindo-se então velhice com pobreza, o nome já enuncia e anuncia o perfil dos seus moradores.

Diferentemente das Santas Casas de Misericórdia que eram administradas pela irmandade, o instituidor do Asilo São Luiz era um “proeminente homem de negócios na sociedade carioca, o Visconde Ferreira de Almeida” (GROISMAN, 1999), que depois mudou o nome do asilo para Casa São Luiz para a Velhice. A mudança significativa dava-se por conta da inauguração de uma ala para idosos que podiam pagar, modificando a ideia de que velho abrigado era necessariamente de poucos recursos. Nesse ponto, há uma diferença essencial em relação às crianças abandonadas. Independentemente da origem — seja filhos de famílias abastadas que desejavam garantir um casamento futuro para a “desonrada” ou escravas que desejavam liberdade para os filhos —, todos os rebentos ficavam iguais nos abrigos. Mas a caridade para idosos tinha preço cobrado das famílias ricas, que não precisavam do anonimato nem da Roda dos Expostos para asilarem seus idosos, pois tinham espaço “exclusivo” no asilo.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

Desde o começo, o poder de pagar fez surgir o caráter também lucrativo dos lugares de recolhimento da velhice.

Até as décadas de 60 e 70, quando foi criada a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, pouco avanço houve na área do envelhecimento. E, na chegada da Constituição de 1988, os movimentos sociais pouco abordavam o assunto, apesar de ser flagrante o crescimento da velhice no Brasil e no Terceiro Mundo.

O maior número de idosos não está nos países desenvolvidos num pretensão agraciamento dispensado aos que souberam envelhecer, ou seja, o Norte global (Europa e América do Norte). A maioria de idosos em termo absoluto está no Terceiro Mundo, ou, como sugere Boaventura de Sousa Santos, “provém do Sul geográfico, da África, da América Latina e da Ásia e, dentro de cada uma dessas regiões, posiciona-se do lado sul metafórico, ou seja, do lado dos oprimidos pelas diferentes formas de dominação colonial e capitalista” (BOAVENTURA, 2010). Alexandre Kalache, brasileiro que coordena o programa de envelhecimento na Organização Mundial de Saúde (OMS) nos alerta:

Projeções demográficas indicam que, de 1980 até o final do século, cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorrerão em tais países, fazendo com que este seja o grupo etário que mais crescerá na maioria dos países menos desenvolvidos. Na América Latina, entre 1980 e o ano 2000, deverá ocorrer um aumento de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões), enquanto que o aumento da população acima de 60 anos será de 236% (de 23,3 para 78,2 milhões), ou seja, duas vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo. Em longo prazo, as perspectivas são ainda mais impressionantes. Entre os 11 países com as maiores populações de idosos daqui a quarenta anos, oito situam-se na categoria de países em desenvolvimento de acordo com os critérios atuais. Haverá, portanto, uma substituição: as grandes populações idosas dos países europeus cedendo lugar a países caracteristicamente jovens, como a Nigéria, o Brasil ou o Paquistão. Em termos práticos, o aumento é sem precedentes. Por exemplo, no Brasil, o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população como um todo será de não mais que cinco vezes no mesmo período. Tal aumento colocará o Brasil, no ano 2025, como a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos.

Caramano (2007), ao discorrer sobre o processo biológico do envelhecimento, destaca o declínio das capacidades físicas com o inter-social e cultural que o relaciona com fragilidades psicológicas e comportamentais. A vulnerabilidade decorrente desse



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

envelhecimento começa a ter aspectos mais relevantes, pois a estrutura da família passa a excluir do seu convívio o que se tornou um obstáculo, um entrave para a rotina doméstica, redesenhando o novo perfil da pessoa idosa, que, ao lado de outros 100 mil, segundo dados de 2003, está nas ILPIs.

Esse envelhecimento é acompanhado de acentuadas transformações nos arranjos familiares — separações, novas núpcias, aumento da escolaridade feminina, inserção das mulheres no mercado de trabalho, mulheres que cuidam sozinhas dos filhos —, fazendo surgir novos conflitos no que se refere aos cuidados da pessoa idosa por parte da família e da mulher.

A vulnerabilidade — que era apenas de cunho físico, ocasionada por uma ou outra queda — começa a ter aspectos mais relevantes, pois a família passa a excluir do seu convívio o que se tornou um obstáculo, um entrave para a rotina doméstica, deixando o idoso em uma situação de vulnerabilidade social. O que há de comum entre a idosa que não toma banho há três meses e utiliza a mesma roupa nesse período; o idoso que praticou atos libidinosos na frente do neto, já que não tinha mais espaço no apartamento; e aquela que saiu de casa sozinha e perdeu-se, sendo achada na cidade vizinha? Todos foram abrigados com a mesma argumentação: era a única alternativa da família dentro de sua estrutura doméstica.

A assistência social intervém em casos de fortalecimento do vínculo social ou outra ação de cunho assistencialista, mas não pode substituir ou deixar de usar a rede de saúde mental para cuidar e diagnosticar essas vulnerabilidades. No exemplo da idosa que estava há três meses sem tomar banho, houve uma sensibilização do filho, ao ser abordado pela equipe de assistência social, para que cuidasse da mãe e não a abrigasse, mas, diante do quadro lúcido da idosa, ele não poderia interferir na sua vontade de não tomar banho. A intervenção dos profissionais da rede de saúde mental foi no sentido de orientar o seu cuidador, no caso o único filho, de que a sua “loucura em permanecer três meses sem tomar banho” tratava-se de uma impossibilidade de tomar banho sozinha e a resistência a ficar nua perante o filho. Aspectos da senilidade foram também informados ao cuidador, como grandes dificuldades de cuidar da mãe que se recusa a ir a médicos e fazer qualquer tratamento. Ademais, a simples orientação de uma agente de saúde do Posto de Saúde da Família (PSF) de que a pessoa idosa prefere tomar banho quente



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

devido à idade esclareceu que, por todas essas questões, a idosa não tinha perdido a vontade de ficar limpa, portanto não tinha enlouquecido.

Apenas nesse exemplo não houve necessidade de haver uma ruptura e o consequente internamento. Os outros dois casos não tiveram o mesmo desfecho: o avô que se masturbou na frente do neto foi abrigado e, todos os dias, pergunta quando voltará para casa para cuidar de seu carro, pois deseja um dia voltar a dirigi-lo. Nunca lhe foi dado tratamento adequado nem a família foi esclarecida sobre a “safadeza” do idoso. Ele transformou-se numa ameaça ao netinho depois que ficou louco.

Em todos esses casos, os idosos que foram abrigados não foram interditados judicialmente, o que lhes garantiria a plena autonomia de ir e vir, ou melhor, sair da Iipi quando quisesse, mas, tutelados e sob controle, não têm permissão para sair da instituição de longa permanência. Como não são interditados nem colocados em hospitais psiquiátricos também não recebem indicação a um tratamento seja neurológico ou de saúde mental, já que considerados lúcidos. Mas essa lucidez não lhes é favorável para que a eles seja perguntado diretamente se desejam permanecer em um asilo, ao lado de uma população de 100 mil idosos em todo o Brasil. A família celebra o contrato diretamente com os dirigentes, que não colhem a manifestação de vontade do abrigado, e ainda tem em suas fichas anotado o controle de entrada e saída que a família autoriza no ato de internamento. Assim, o idoso permanece abrigado dentro da lógica asilar de tutela, controle e exclusão, remanescente da lógica manicomial dentro de um país que celebra uma reforma psiquiátrica voltada para a reinserção social.

Perrusi, ao propor um hospital terapêutico diferente do hospital asilar, retrocede ao tempo do asilo e faz uma abordagem dessa lógica asilar de tutela, controle e exclusão (2010:82) indagando como ocorre essa imposição aos pacientes, para entender como é adequada a estrutura asilar às relações sociais:

No asilo, o reconhecimento como ordem não é assegurado pela parte fundamental de seus membros: os pacientes. O reconhecimento vem do exterior. Mas, ao mesmo tempo, ele está “separado” da sociedade e é um lugar de soberania, o asilo precisar ser reconhecido pelos sujeitos cuja soberania é, por sua vez, reconhecida por sua filiação à ordem; mas, no caso, isso não ocorre porque o efeito do reconhecimento não é produzido pelos pacientes. Portanto, é necessário um aparato repressivo, inscrito na organização terapêutico-administrativa do asilo, para regular e controlar a coletividade dos pacientes.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

Nas Instituições de Longa Permanência em que os idosos permanecem mesmo contra a sua vontade, quando é expressível essa manifestação de vontade, eles permanecem nesses abrigos por uma aceitação de que a família, ao optar por seu isolamento, o fez em virtude da impossibilidade de outra escolha, o que nos faz lembrar a “frouxidão dos costumes” da Roda dos Expostos. O controle social dessas práticas ainda prescinde de uma retomada de discussão mais ampla sobre família, comunidade, Estado, assistência social, abrigo, saúde mental e envelhecimento para sairmos da lógica da Ilpi como lógica asilar assim como a reforma psiquiátrica propõe a mudança de hospital como espaço terapêutico integrado e não como hospital-asilo.

A história da loucura nos mostra que o manicômio, em sua origem, era para abrigar os excluídos de toda a sorte, não somente “os loucos”. A reforma psiquiátrica proposta por Basaglia propõe que a desinstitucionalização não seja somente entre muros, mas que se propague para uma rede de cuidados substitutivos, a desinstitucionalização da loucura também deveria estar em nós. Com base nesse pensamento, a reforma foi instituída em aparatos que possibilitassem cuidados em saúde mental que abrangessem não só o território do portador de transtorno mental, mas a sua família, a comunidade e a sociedade em geral. Programas no Brasil, como o “De Volta para Casa”, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Caps e Hospitais Gerais, foram pensados como uma rede de cuidados aos egressos do sistema manicomial em razão da progressiva diminuição de leitos e manicômios. Estar na rede de assistência à saúde mental significa dar ao usuário dessa rede a possibilidade de ser sujeito de direitos na saída do manicômio, e não apenas estar do outro lado do muro. O modelo busca a reinserção “a partir de práticas terapêuticas articuladas com a comunidade (a partir das famílias, das redes associativas do território e das instituições da sociedade civil que estejam ligadas ao problema da loucura)” (FONTES, 2010).

No entanto, quando esse egresso é uma pessoa idosa, o caminho dele por vezes é diverso. Ocorrem no país inteiro registros de que são encaminhados para Instituições de Longa Permanência, muitas vezes acatando o discurso de que é o ambiente mais apropriado para seu acolhimento. Em alguns casos, como em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, ainda são inseridos no “Programa De Volta para Casa”, entendendo aí o



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

asilo como essa “casa”, mas por vezes são simplesmente deixados no local sem rede de saúde mental para dar suporte.

Vejamos, por exemplo, no hospital psiquiátrico localizado em Brasília, o Instituto de Saúde Mental, o destino de alguns internos que, ao longo de três anos, permaneceram em uma unidade localizada no próprio hospital com o fim de preparar-se para a reinserção social. O local foi denominado de “Residência Terapêutica”, mas, apesar da apropriação do nome do programa acima referido, não segue os mesmos moldes. Dos 26 usuários que estavam na unidade, alguns puderam voltar para casa após longo trabalho com a família e “alguns idosos do serviço foram transferidos para abrigos, nos quais puderam gozar de maior conforto e privacidade” (MACHADO, 2006).

A questão dessa transferência a abrigos é a falta da rede substitutiva da saúde mental, que favorece todos os outros que saem dos manicômios, menos os idosos. Longe dos serviços terapêuticos substitutivos, os idosos frágeis e dependentes permanecem abrigados sem sua vontade expressa, mas, segundo Foucault (1978), é a exclusão social do louco, nesse contexto simplesmente “idoso”. Em recente análise dos paradigmas institucionais em gerontologia, Vieira (2006) afirmou que os asilos reproduziam os abusos cometidos em outras instituições de exclusão social, ou seja, eram espaços de cultura manicomial. Há que se analisar se existe o realocamento do público que, se ainda vigesse o sistema de manicômio, estaria lá sendo internado.

A transferência de idosos que estavam em manicômios para as ILPIs sugere também o caminho inverso, os idosos que iriam para programas de reinserção comunitária da reforma psiquiátrica, depois do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, estariam sendo encaminhados para as ILPIs.

Em Angola, do período colonial, que vai até 1975, a 1992, o sistema de saúde baseava-se nos princípios da universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde primários. No Brasil, a Constituição Federal que vigora desde 1988 adotou para o Sistema Único de Saúde (SUS) os princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, caracterizando-se a universalidade como um direito de todos, portanto de acesso gratuito. A partir de 1992, com a aprovação da Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde (SNS), o Estado angolano deixa ter exclusividade na prestação dos serviços de saúde e admite a



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

coparticipação dos usuários com o pagamento de uma taxa moderadora. Atualmente, os serviços de saúde prestados pelo Estado são, em parte, remunerados e limitados aos seus recursos humanos e financeiros. Estima-se que cerca de 30% a 40% da população tem acesso aos serviços de saúde. A prestação de cuidados de saúde é feita pelos setores público, privado e da medicina tradicional.

Quando propomos uma comparação entre a situação do idoso no Brasil e em um país africano, temos que, de imediato, nos apoderarmos do conceito de África, pois Angola situa-se na África subsaariana, pertence aos Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOP). O próprio conceito de África é moderno se pensarmos como Macamo, que fala numa África inventada.

Assim, poderíamos correr o risco de propor modelos com base em nossa realidade ou, como lembra Appiah ao citar Ranger (1997:96), “as tradições inventadas, importadas da Europa, não apenas forneceram aos brancos modelos de comando, como também ofereceram a muitos africanos modelos de comportamento ‘moderno’”. Ora, Angola, em 1975, assimilou em sua legislação a medicina tradicional (VIEGAS, 2010) orientando que deveria ser impulsionada a investigação científica no domínio das ciências médicas em geral e em particular da medicina tradicional de modo a integrá-la na prática clínica. Não podemos, neste estudo, entender que os moldes da reforma psiquiátrica no Brasil possa ser vetor para as necessidades de implementações de políticas públicas de saúde mental em Angola, apesar de verificar que o modelo de exclusão do idoso obedece às mesmas práticas de modelos asilares sem possibilidade de retorno do idoso para a sua comunidade, principalmente quando analisamos o modelo hospitalar também disponível em Luanda.

Na saúde mental, não podemos deixar de referenciar a medicina tradicional africana:

Importa referir que a medicina tradicional africana, enquanto conjunto de práticas e saberes utilizados por uma diversidade de agentes especializados (adivinho, curandeiro, quimbanda, parteira tradicional e feiticeiro, entre outros), ocupou sempre um lugar importante no contexto da sociedade tradicional, no intuito de restituir ao indivíduo e à comunidade um equilíbrio vital; e continua a exercer uma grande influência na moderna sociedade angolana, dando respostas aos problemas vividos nas comunidades resultantes das disfunções existentes atualmente nas instituições primárias de socialização (VIEGAS, 2010).



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

Em Angola, repensar o sistema de saúde mental encontra entrave na carência de profissionais com formação na área de saúde mental. Em 2002, havia 0,46 médico por 10.000 habitantes em Angola, enquanto, na mesma proporção, o número de psiquiatras era de 0,004 (VIEGAS, 2010). Os idosos representam 4% da população, refletindo a recente história política do país. A expectativa média de vida no adulto é de 46 anos. O idoso também não tem acesso a uma rede de saúde mental que se reporte a sua condição de envelhecimento, sendo também tratado como doente e internado em hospitais psiquiátricos, segundo a mesma lógica residual manicomial no Brasil, que, apesar da reforma, também exclui.

Segundo levantamento de Viegas e Bernardo (2010), no único Hospital Psiquiátrico de Luanda, as pessoas com mais de 50 anos correspondiam a 45,4% dos utentes atendidos em 2009, refletindo, segundo os pesquisadores, a prevalência dos transtornos mentais em determinadas gerações da população angolana, e, no que se refere aos idosos, traçam as expectativas pessoais e sociais desse grupo para justificar sua alta incidência nos leitos psiquiátricos. Os autores, ao analisar as redes sociais de apoio aos internados, apontam o abandono de familiares como um grande problema para a reinserção dos “compensados”. As famílias recusam-se a receber de volta os internados e, por vezes, entregam documentos falsos quando preenchem o formulário para, posteriormente, não serem localizados, como prenúncio de um abandono.

Uma das características que fizeram a Roda dos Expostos ter sobrevivido por tantos anos foi o seu caráter filantrópico, que corrompia facilmente o tecido social, já que a facilidade garantida pelo anonimato do abandono oferecia um incentivo ao “afrouxamento dos costumes”. As ILPIs hoje oferecem o mesmo caráter filantrópico errôneo, permitindo que o mesmo rearranjo familiar seja preservado, a todo custo, com a retirada do idoso que não cabe mais em casa, a não ser que ele seja o cuidador do netinho ou da netinha, caso em que tem lugar garantido em algum canto da casa. O Estatuto da Criança e do Adolescente não permite a colocação de criança em família substituta sem a devida destituição do poder familiar, é uma medida drástica para coibir o “abandono consentido”. Mesmo que a estrutura familiar seja classificada como de miséria, a família não expõe seu filho sem a permanente interferência do Estado em realinhar essa composição social.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

Nos exemplos citados acima de idosos que foram abrigados, o liame entre eles é a possibilidade de interferir no caso a partir da ótica do envelhecimento e suas fragilidades e seu processo natural de ciclo de vida. Com a ajuda do Estado, da família e da comunidade, é possível que essa rede social atenda o idoso para que o mesmo não seja conduzido a asilo. E o Estado interfere principalmente com a rede de saúde mental e de assistência social, sendo atualmente dispensado em primeiro plano somente a rede de assistência social, em mecanismos como Cras e Creas.

No Brasil, o controle social do comportamento desviante do idoso é exercido pelas ILPIs, que — sem a garantia do tratamento psiquiátrico, sem fazer parte da rede de assistência à saúde mental e sem a autonomia do idoso — abrigam até a morte. Em Angola, onde os idosos continuam em hospitais psiquiátricos, ocorre a mesma violência, com a mesma consequência em virtude da exclusão, tutela e controle, ou seja, o internamento até a morte.

## BIBLIOGRAFIA

APPIAH, Kwame Anthony. *Na casa de meu pai*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. 13 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

CARAMANO, Ana Amélia. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: SESC, 2007.

CHAIMOWICZ, F; In Freitas, E.V.; Py, L.; Cançado, F.A.X.; Doll, J.; Gorzoni, M. L.; *Epidemiologia e Envelhecimento no Brasil. Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. FONTE, Eliane Maria Monteiro da. *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife-PE; Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. Redes Sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico: sobre como as pessoas reconstruem sua vida. In: Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife-PE; Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. História, ciências, saúde. Rio de Janeiro, vol.09, jan-abr, 2002

Asilo de velhos: passado e presente. estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. Porto Alegre, v 2 . 1999

MARCÍLIO, Maria Luíza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil. 1726-1950. In História social da infância no Brasil. Org. Marcos Cezar de Freitas. Cortez Editora. São Paulo. 1997.

MARCÍLIO, Maria Luíza. História social da criança abandonada. Hugitec. São Paulo. 1998.

NERI, Anita Liberalesso. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo – SP; editora Fundação Perseu Abramo; edições SESC SP, 2007.

PAPALÉO, Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L., Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.

PERRUSI, Artur. A lógica asilar acabou; Uma crítica à assistência psiquiátrica. In: Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife-PE; Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

SANTOS, Boaventura de Sousa. MENESES, Maria Paula. Epistemologias do Sul. São Paulo – SP: editora Cortez, 2010.

VIEGAS, Fátima. VIEGAS, Bernardo. A saúde mental em Angola: entre hospital psiquiátrico, centros tradicionais e igrejas neotradicionais. In: Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife-PE; Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

VIEIRA, E. B. Instituições de Longa Permanência. In: VERAS, R. e Lourenço, R. A. Formação humana em geriatria e gerontologia – uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ, 2006.