

ENVELHECIMENTOS, SOFRIMENTOS E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: Breves reflexões para o Serviço Social

*Fernanda Luma G. Barboza¹
Juliene Tenório de Albuquerque²
Rosineide Maria Gonçalves³*

Resumo:

O presente ensaio tem como objetivo apresentar reflexões sobre o Serviço Social nos atravessamentos entre envelhecimento, saúde mental e capitalismo, sendo resultado de muitos diálogos a partir de processos formativos e de assessoria desenvolvidos junto a instituições de longa permanência para pessoas idosas. Assim, apresentamos reflexões sobre os determinantes sociais em saúde e interseccionalidade que vivenciam as diferentes velhices nos diferentes Brasis. Em seguida, ponderamos sobre como o neoliberalismo atua na gestão do sofrimento e medicalização da vida, apontando reflexões ao Serviço Social. E, ao final, tecemos algumas considerações para um outro horizonte de atuação.

Palavras-chaves: Adoecimento Mental; Demências; Idoso; Medicalização; Serviço Social.

Abstract:

This rehearsal aims to present reflections on Social Work at the intersections between aging, mental health and capitalism, being the result of many dialogues based on training and advisory processes developed with long-term care institutions for elderly people. Thus, we present reflections on the social determinants of health and intersectionality that different old ages experience in different Brazils. Next, we consider how neoliberalism acts in the management of suffering and medicalization of life, pointing out reflections on Social Work. And, at the end, we make some considerations to another horizon of activity.

Keywords: Mental Illness; Dementia; Elderly; Medicalization; Social Service.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população idosa no Brasil é uma conquista inquestionável, contudo traz consigo uma série de questões biopsicossociais que precisam ser consideradas no trabalho com essa população, demandando novos olhares e manejos quanto ao novo perfil de pessoas idosas que tem chegado aos serviços e políticas públicas.

¹ Bacharel em Serviço Social (UFPE), Especialista em Saúde Mental (UNINTER), Mestre em Serviço Social (UFPE) e Doutora em Serviço Social (UERJ). Coordenadora do Projeto Sobre Suicídio, Pesquisadora da UFPI, Professora e Coordenadora de Ensino do Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (IPPES). E-mail: fernanda.lumaas@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3896-0301>.

² Bacharel em Serviço Social (UFPE) e Formação Pedagógica em Pedagogia (Faculdade Intervale), Especialista em Metodologias do Ensino (Faculdade Intervale), Mestra em Serviço Social (UFPE), Doutora em Serviço Social (UFPE). Coordenadora Político Pedagógica do Programa de Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa do Centro de Desenvolvimento e Cidadania (CDC) e Professora de ensino fundamental I da Escola Municipal Pró-Menor. E-mail: julienetenorio@cdc.org.br.

³ Licenciada em História (UNIVISA), Especialista em Associativismo (UFRPE), Mestra em Serviço Social (UFPE). Coordenadora Político Programática do Programa de Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa do Centro de Desenvolvimento e Cidadania (CDC) e Professora na ASCES-UNITA. E-mail: rosineide.cdc@gmail.com.

Dentre as demandas, destacamos: o número crescente de centenários⁴ em processo de finitude, que não tem encontrado equipes treinadas para essa realidade; a limitada condição dos recursos humanos das Instituições de Longa Permanência para Pessoa Idosa (ILPI's), em sua imensa maioria não financiadas ou respaldadas pelo Estado; o aumento e diversificação dos casos de adoecimento mental; os variados e desafiadores estados demenciais; e, em nossa visão, a mais grave de todas: o aumento (e naturalização) da medicalização da vida como resposta do neoliberalismo a todas essas questões.

Considerando os relevantes impactos na qualidade de vida da pessoa idosa, bem como nas condições de trabalho das equipes atuantes nos serviços e políticas públicas, e o fato de que o Serviço Social é uma das profissões que desenvolve sua intervenção em diversas instituições e políticas que atendem às múltiplas velhices desse país de dimensões continentais, o presente ensaio objetiva apresentar reflexões sobre o Serviço Social nos atravessamentos entre envelhecimento, saúde mental e capitalismo, entendendo que as situações que atentam contra o direito à saúde mental da pessoa idosa, no atual momento societário, também atentam contra o direito à vida e à liberdade desta população.

O ensaio é fruto dos muitos diálogos que as autoras têm realizado nos processos formativos e de assessorias junto a gestores/as, equipes e pessoas idosas, residentes em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) no âmbito do Programa de Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa do Centro de Desenvolvimento e Cidadania (CDC), em Pernambuco.

Partimos do entendimento de que os conceitos de saúde e de doença passaram por muitas mudanças no último século. O avanço do Sistema Único de Saúde (SUS), ao conceber saúde a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, coloca em cena o desafio de (re)pensar a complexidade do adoecimento mental e do sofrimento extremo⁵, tendo em vista que os entendimentos sobre tais conceitos organizam, legitimam e retroalimentam práticas e instituições que, sob a ingerência do capitalismo e da ideologia neoliberal, vão na contramão do preconizado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, bem como do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

⁴ No Brasil, existe hoje cerca de 37 mil habitantes têm mais de 100 anos, apontou o IBGE (Disponível em: <https://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2023/11/03/brasil-tem-37-mil-habitantes-com-mais-de-100-anos-aponta-ibge.ghtml>. Acesso em 18 dez. 2024).

⁵ Sempre que usarmos o termo “sofrimento extremo” estaremos nos referindo ao que tem sido recorrentemente chamado de comportamento suicida. Termo que questionamos, visto que dá uma ênfase comportamental, o que por vezes dificulta enxergar as demais nuances desse fenômeno.

Por isso, urge expor e problematizar os elementos que impactam o trabalho de profissionais que atuam na resistência ao modelo conservador e hegemônico dominante atualmente na saúde mental. Este modelo, nesta quadra do capital tem aceitado (quando não estimulado) a medicalização da vida como resposta às expressões da questão social, patologizando, desestoricizando e individualizando essas questões, com crescente tendência à culpabilização (individual e “familista”) (Miotto, 2010).

Desta forma, o texto está organizado em três partes. No primeiro momento, apresentamos reflexões sobre os determinantes sociais em saúde e interseccionalidade que vivenciam as diferentes velhices nos diferentes Brasis. Em seguida, ponderamos sobre como o neoliberalismo vem atuando na gestão dos sofrimentos (e opressões) que recaem sobre a pessoa idosa e a subsequente medicalização desses processos, que não são apenas fisiológicos ou mentais, mas também sociais, apontando reflexões ao Serviço Social. Por fim, tecemos algumas considerações desejosas de contribuir com novos horizontes de atuação da profissão com essa temática.

Velhices, Determinantes Sociais e Interseccionalidade

Diante de intensos debates a respeito dos processos de envelhecimento que vivenciamos no atual contexto societário, destacamos a compreensão de que para além de ser o envelhecimento um fenômeno exclusivamente natural e biológico, ele se caracteriza também como um aspecto influenciado por determinantes sociais, políticos, culturais e históricos presentes nos processos de produção e reprodução social, como bem nos lembra Cunha (2008).

Isso significa que não há homogeneidade nem as mesmas condições de trajetórias de vida, processos de envelhecimento e realidades que estas pessoas vivenciam. Desigualdades sociais, regionais, de gênero, étnicas somadas aos diferentes interesses de classes, às múltiplas formas de inserção no mundo do trabalho e ao acesso – ou à falta dele – aos recursos socialmente produzidos interagem (e impactam) todos os âmbitos do ser humano (Teixeira, 2021): físico, mental, social, espiritual – determinando condições de existência singulares às diversas velhices nos diferentes Brasis que conhecemos.

Barboza (2023) enfatiza que a sociedade do capital anda na contramão de tudo que remete à ideia de “velho” como algo descartável, sustentando-se no estímulo constante ao consumo, que, por sua vez, é retroalimentado pela incessante busca por novidade. Esse modo historicamente construído de se relacionar com o tempo não passa sem consequências, pois, nesse culto ao novo e ao jovem, as pessoas idosas sofrem por nem sempre conseguirem

acompanhar o ritmo frenético do consumo e da produção, exigidos pelo capital. Este sistema, como enfatiza (Marx, 2013, p. 338), “não se importa com a duração de vida da força de trabalho. O que lhe interessa é única e exclusivamente o máximo de força de trabalho que pode ser posta em movimento numa jornada de trabalho”.

Essa é apenas uma das muitas opressões que caracterizam o atual processo de envelhecimento. Opressões essas que reforçam a exploração e a subordinação desse público. A ascensão do pensamento conservador nos últimos anos, aliado ao neoliberalismo, tem colocado em risco direitos sociais historicamente e coletivamente conquistados, desprotegendo com singular intensidade (e perversidade) os/as idosos/as.

O conservadorismo, ao propugnar resistência às mudanças que possam significar algum risco às tradições e à ordem capitalista, gera também a invisibilidade das necessidades do “outro”, que deve subjugá-se aos interesses das pretensas maiorias. O crescimento de discursos de ódio reforça preconceitos, ignorando como a pauta de reivindicação de setores subalternizados da sociedade denunciam práticas que agudizam as contradições que permeiam a velhice. Não se pode subsumir os componentes de raça, etnia, gênero, LGBTQIA+, pessoas com deficiência e assim por diante, como agravantes da condição de classe nos modos de envelhecer (Keller *in* Teixeira, 2020, p. 8).

A literatura sobre suicidologia evidencia o extremo sofrimento que esse “não lugar social” pode gerar, apontando que idosos podem considerar o suicídio como “opção” ao não lidarem bem com a realidade da finitude de sua vida e/ou com questões conflituosas relacionadas ao convívio familiar e social ou a própria identidade. Trata-se de uma sociedade que lida muito mal com a ideia de envelhecimento, o que se reflete no crescente interesse das pessoas em desacelerar ou disfarçar, com diferentes tecnologias, o aparecimento das marcas corpóreas e subjetivas da velhice, bem como na captura desse interesse pelo capital, fomentando o mercado estético e farmacêutico.

O debate teórico-metodológico na perspectiva crítico-dialética, exige mediações entre os processos sócio-históricos e as categorias centrais do modo de produção capitalista. É nesse sentido que discutiremos as inflexões de raça/etnia, gênero, sexualidade e geração no trabalho do Serviço Social com a saúde mental da pessoa idosa.

O termo interseccionalidade cunhado pela jurista Kimberlé W. Crenshaw (1989), refere-se, de forma resumida, à interdependência das relações de poder expressas nas questões como classe, gênero, raça/etnia, sexualidade e outras. Apesar de não ser recente a discussão de que os fatores sociais impactam as condições de saúde das pessoas e comunidades, os estudos em gerontologia e em saúde mental ainda têm muito a avançar na compreensão do lugar que a

interseccionalidade ocupa, especialmente ao se considerar a construção de políticas públicas efetivas.

Considerando-se a divisão sociotécnica, sexual e étnico-racial do trabalho, é fundamental reconhecer que a população feminina, negra, indígena e LGBTQIA+ - segmentos historicamente mais vulneráveis da classe trabalhadora - foi e continua sendo a mais atingida pela intensificação da precarização do trabalho, do desemprego estrutural, dos programas de austeridade, do recrudescimento da violência estatal e do avanço do conservadorismo. Essa realidade mostrou toda sua mazela na eclosão da pandemia da covid-19, quando se percebeu o impacto desproporcional sobre determinados grupos da classe trabalhadora, expondo-os a condições aviltantes (Brito, Almeida e Almeida, 2023). Portanto, é crucial apreender as singularidades dos diversos segmentos populacionais que enfrentam diariamente desigualdades sociais e de raça/etnia, gênero, geração e sexualidade que, permanecendo-se segregados e marginalizados de diversos espaços sociais. Esses ciclos perversos de exclusão e violência reproduzem-se e, transformam-se em fatores de risco para o adoecimento mental, demências e suicídio.

Nesse contexto, torna-se imprescindível discutir a intersecção dos diferentes fatores de opressão que afetam pessoas em sofrimento. Entre eles: as barreiras no acesso a serviços de saúde primária e especializados, o estigma associado ao sofrimento mental, que favorece processos de exclusão e discriminação das pessoas em diferentes contextos sociais; a fragilidade do modelo de atenção à saúde mental no cuidado, após anos de desfinanciamento e precarização dos serviços; o sofrimento da família diante da responsabilidade do cuidado, de trabalhos precários e da falta de apoio do Estado; e outros (Cardoso, Lima e Cunha, 2021).

Por essa razão, é crucial destacar a dimensão social do sofrimento, considerando as interações complexas das opressões. A discussão sobre interseccionalidade emerge como uma ferramenta conceitual para analisar como o sofrimento é produzido e mantido sob uma perspectiva sócio-política-econômica, levando em conta os múltiplos marcadores de opressão. Isso permite a construção de estratégias de enfrentamento que abordem o âmago do problema, em vez de recorrer a paliativos que apenas perpetuam um sistema cuja história continua a ser escrita às custas do suor, do sangue, e agora do cérebro, da classe trabalhadora.

Situar a relevância da interseccionalidade no campo da saúde mental implica também reconhecer a importância da interdisciplinaridade no cuidado dos sujeitos, propondo uma visão despatologizante do sofrimento, possibilitando contextualizá-lo no prisma social. Só assim o Serviço Social evitará ser usado como instrumento de uma prática de normatização dos corpos que está por trás de tanta patologização e medicalização e reafirma seu compromisso com os

direitos humanos. Esse compromisso é condição *sine qua non* para uma atuação ética e comprometida com o ser social, numa perspectiva que contemple a determinação social da saúde e uma política de saúde mental que seja libertadora, laica, plural, democrática, emancipadora, sustentável e capaz de atender às reais necessidades da classe trabalhadora ao envelhecer (mas não só).

Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento e Medicalização da Vida: reflexões para o Serviço Social

A Psiquiatria hegemônica (ou conservadora), desde o advento dos manuais diagnósticos, tem adotado uma postura de rejeição do referencial etiológico, deixando de priorizar o entendimento sobre a causa e origem de uma doença ou agravo, e passando a usar um referencial descritivo de sintomas observáveis. O que tem sido responsável por um discurso e prática que capturam cada vez mais fenômenos naturais da vida, colocando-os sob as lentes e métricas do saber biomédico. Esse saber, por sua vez, tende a ultrapassar a linha tênue entre o que é cuidado e o que é controle e dominação dos corpos, sob o discurso de terapêutica.

Barboza (2023) alerta que para entender a extensão da problemática que envolve essa discussão, bem como para ser capaz de traçar estratégias e respostas a esse modelo, é importante que nos façamos algumas perguntas, como: a) o que é saúde mental? b) a concepção clássica de saúde (e saúde mental) da OMS (“completo estado de bem-estar”) ainda é válida? c) o que entendemos por saúde mental é do campo privativo (ou privilegiado) das áreas psi’s (Psiquiatria e Psicologia) ou é campo de toda as áreas do conhecimento? d) qual a função política e social que o discurso de patologização e medicalização tem no modo de produção capitalista? e) quando se fala de “crise em saúde mental”, o que exatamente está em crise: a saúde mental dos indivíduos, a resposta que temos dado ao adoecimento mental/emocional/social ou o modelo societário do capital? f) que lugar o sofrimento, como parte da existência humana, tem ocupado nos discursos e práticas na saúde mental e do Serviço Social? As respostas à essas perguntas impactarão diretamente o modo como compreendemos a saúde mental, como percebemos o corpo e o sofrimento enquanto construções sociais, e como nos relacionamos com o mundo e com os indivíduos que atendemos.

A partir do momento que o corpo passa a ser entendido como objeto de estudo e intervenção privada ou privilegiada uma ou duas áreas do conhecimento, os outros saberes tendem a perder sua validade ou a ocupar uma posição subalterna no cuidado. Isso, por sua vez,

transforma a visão e a relação com o corpo e tudo o que o cerca. Na contemporaneidade, essa visão vem sendo ditada majoritariamente pelo que uma única área do conhecimento, em conformidade com o que Whitaker (2017) chamou, ironicamente, de “pílulas mágicas”.

É importante não perder de vista que toda forma de cuidado que se teve ao longo da história, esteve atrelada não apenas ao nível de conhecimento que se tinha, mas também ao modo de organização social vigente. Sob os ditames do capital, o modo que temos de cuidado atualmente perpassa obrigatoriamente o mercado de consumo, reforçando uma ideia individualizante (e alienante) de cuidado e divisões cada vez mais presentes do que é “normal” e “patológico”. Essas divisões não apenas criam categorias, mas também destinam tratamentos específicos aos indivíduos classificados como “improdutivos” diante da centralidade do trabalho que o sistema impõe.

Entendo por patologização da normalidade toda forma discursiva geradora de regras sociais e normas de conduta que são utilizadas para classificar, etiquetar e às vezes punir. Regras determinam como os sujeitos devem proceder a partir de parâmetros que, na maioria das vezes, não levam em conta a particularidade da dinâmica do sujeito em questão (Ceccarelli, 2010, p. 125).

Desde a Revolução Industrial estratégias sanitárias e de saúde pública têm sido pensadas para as grandes cidades, visando não necessariamente o bem-estar dos indivíduos, mas principalmente a reprodução da força de trabalho. Se o modo de produção capitalista sempre demandou, não apenas da Medicina, todavia de diversas outras áreas do conhecimento (incluindo o Serviço Social e a Psicologia), a reprodução e docilização da força de trabalho, é exagero perguntar se a medicalização seria a nova estratégia para manter o trabalhador minimamente apto a vender sua força de trabalho?

É impossível compreender as respostas oferecidas atualmente aos transtornos mentais, demências e suicídios sem analisar as relações subjacentes a esses conceitos. Destacam-se dois alertas: a) não dá para avançar nas respostas enquanto não houver um entendimento que saúde mental não é uma ciência exata para vir com uma espécie de “receita” ou passo a passo para toda e qualquer pessoa e ocasião⁶; b) podemos ser especialistas na área que nos propomos a atuar (seja envelhecimento, seja saúde mental), porém não somos especialistas na pessoa que acabou de sentar na nossa frente para um atendimento – afinal nosso objeto de trabalho/estudo (o ser humano) é socialmente construído e reconstruído.

⁶ O próprio Ministério da Saúde reconhece que o sofrimento é algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares, e que nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa (Brasil, 2013).

Nesse contexto, o neoliberalismo deve ser compreendido não apenas como modelo socioeconômico, mas também como modelo gestor do sofrimento psíquico no atual estágio do capitalismo avançado. Ele se impõe à sociedade como resultado de sua natureza disciplinar, utilizando discursos e categorias morais e psicológicas como pressupostos silenciosos da ação econômica (Neves, 2021). Essa colonização do cuidado por meio da racionalização econômica se traduz em uma gestão psíquica e subjetiva que molda padrões de sofrimento e ação.

O neoliberalismo, com suas doses maciças de intervenção estatal no campo político e social, aparece como uma engenharia social para uma noção individualizada e mercantil do cuidado em saúde. Ele é uma forma de gestão psíquica, de produção de subjetividade com seus padrões de ação e, principalmente, de sofrimento. Não é um mero acaso que a ascensão do neoliberalismo nos anos 1970 tenha sido acompanhada pela reformulação brutal da gramática do sofrimento psíquico através da hegemonia dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais, nesse caso em sua terceira edição (DSM-III) (Safatle, 2021).

E no atual século tem havido uma sutil, mas notável substituição da clínica tradicional pela lógica do *enhancement* (algo como “melhoramento” de performance), conforme Safatle; Silva Junior; Dunker (2021). Esse modelo explora, cada vez mais, fármacos inicialmente concebidos para o sofrimento psíquico, e agora direcionados a um novo objetivo: a potencialização de performances no trabalho, de atividade física, de alimentação, e tantas outras formas de existir. Afinal, as construções sociais e ideologias que as engrenam tendem a se espalhar por todo o tecido social, potencializando fenômenos como o *dopping* laboral:

onde tem se tornado parte da rotina de muitos trabalhadores o consumo de estimulantes e/ou de sedativos ou hipnóticos – e esse “e” é ainda mais preocupante do que o “ou” da expressão acima, porque ele caracteriza uma geração que tem necessidade de estimulante de dia para “melhora” do desempenho (seja para ficar acordado por mais tempo para trabalhar, seja para sobrar alguma energia para outras atividades como malhação e sexo) e de hipnóticos à noite (para conseguir desacelerar, se desligar da sua agenda, lidar com estresse acumulado do trabalho e dormir) – e recomeçar no outro dia toda essa esquizofrênica roda vida (Barboza, 2023, p. 252).

Sob essa ótica de aprimoramento, o corpo é tratado como capital a ser valorizado. Aqui cabe outra pergunta: seria o corpo a última fronteira de acumulação capitalista? Afinal, Marx já alertava que não se cria apenas uma mercadoria para um sujeito: se cria um sujeito para uma mercadoria (Marx, 2005). Então, que indivíduo tem se criado nos últimos tempos? O facilmente entediado, constantemente insatisfeito, consumista, individualista, hedonista, disperso, isolado, alienado. Isso tudo nos torna presas fáceis da lógica da medicalização da vida, mesmo sem uma doença presente, pois para todo sofrimento, desprazer ou desconforto, há a promessa de uma pílula mágica que o fará desaparecer e nos manterá distraídos da busca da raiz do real problema.

A cultura da medicalização⁷ não é mais algo privativo da Medicina. As diversas profissões têm se tornado tão medicalizantes quanto— só não podem prescrever, mas encaminham para tal. Por exemplo: se uma pessoa idosa procura um(a) assistente social, por estar pensando em se matar e o primeiro (e às vezes único) encaminhamento pra essa pessoa é “procure um psiquiatra”, o/a assistente social estará sendo tão medicalizante quanto. Afinal, contido nas entrelinhas desse encaminhamento está o entendimento de: a) o que esse indivíduo precisa é de uma “pílula mágica” para seu cérebro; e b) desconsideração de que o sofrimento (por trás da aparente vontade de morrer) guarde relação com as condições da sua vida social.

Além disso, os próprios processos de exaustão, sofrimento e preocupações que profissionais dos serviços e políticas públicas, dentre eles assistentes sociais, diante da precariedade dos contratos e das condições de trabalho tendem a ser analisadas e tratadas, muitas vezes, sob a perspectiva individualizante e medicalizante, impactando no próprio processo de envelhecimento destes/as profissionais.

Vale ressaltar que este alerta não se trata de um julgamento valorativo sobre a medicalização numa sociedade de classes e tão desigual nos acessos à renda, serviços de saúde e tantas outras demandas de cidadania, como a nossa. A medicalização, em tese, é um instrumento de cuidado. Os usos que se fazem dela, como qualquer outra coisa inanimada, vai perpassar questões éticas, históricas, sociais, políticas e ideológicas. O problema da medicalização é reduzir o cuidado e tratamento ao ato de medicar, e daí começar a supermedicar, uma vez que para tudo temos a oferta e propaganda de uma “receita mágica”, que, por sua vez, desconsidera a determinação social do processo saúde/doença e passa a lidar com um corpo separado do contexto social e da realidade concreta – como se fosse possível colocá-lo numa redoma de vidro sem impactos de fatores externos – e como se não vivêssemos numa sociedade que tem nos adoecido e, cada dia mais, roubado as condições de manutenção de uma saúde mental sustentável.

Como asseverou Fisher (2020), a bioquimicalização dos transtornos mentais é proporcional à sua despolitização. Considerar o sofrimento e o adoecimento mental apenas como problemas químicos e biológicos, e, portanto, individuais, é funcional para o capitalismo. Isso reforça uma característica própria do sistema e dos discursos conservadores, que é a

⁷ Medicalizar não deve ser confundido com o simples “medicar”. Medicalização é traduzir um conjunto de fenômenos sob a ótica da saúde (discurso técnico-científico majoritariamente biomédico); é transformar experiências consideradas indesejadas (de ordem social, moral ou política) em objetos da saúde (Freitas e Amarante, 2017).

individualização dos problemas sociais. Isso também alimenta um mercado muito lucrativo para multinacionais farmacêuticas e seus produtos (Barboza, 2023).

No que diz respeito às pessoas idosas institucionalizadas (mas não apenas a elas) é preocupante o desconhecimento da maioria dos profissionais e familiares sobre as diferenças entre sofrimento, demência, transtorno mental, impactos neurológicos e deficiência intelectual. O que tende a potencializar que a pessoa idosa seja tratada de maneira indiferenciada na sintomatologia específica de cada condição de saúde, logo, com menos chances de manejos condizentes e de reduzir danos no avanço da doença ou do agravo.

Isso sem falar de pessoas idosas que nunca foram atendidas por um profissional ou serviço de saúde mental, não receberam diagnóstico, mas estão fazendo uso de medicação (des)controlada – por vontade própria ou por imposição do familiar ou instituição de moradia. Vale ressaltar que a maioria dessas pessoas desconhece os riscos do uso de medicação controlada, como a dependência química, interação medicamentosa e outras realidades que possam causar prejuízos de diversas ordens a pessoa idosa (de saúde, financeira, social), além de riscos maiores de iatrogenia⁸.

A boa notícia é que, como tudo o mais que é uma construção social, essas práticas também são passíveis de serem desconstruídas, através de trabalho social, político e educativo (Almeida *in* CRESS, 2013) – o que requer primeiramente trabalhar os próprios (pre)conceitos: sobre saúde mental, sobre envelhecimento, sobre morte e tantos outros. Afinal, como bem disse Agnes Heller (2016): não podemos transformar o mundo se não nos transformarmos a nós mesmos.

Contribuir na qualificação profissional e ampliação das alternativas de cuidado é colocar em prática o princípio ético central do Serviço Social: a liberdade, que corresponde à existência de alternativas, à possibilidade de escolhas (Barroco; Terra, 2012). É essencial que usuário e familiar conheçam quais as suas possibilidades de escolha diante desses quadros de saúde mental, que não apenas a medicalização. Só assim será possível proporcionar também as demandas inerentes à liberdade: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

A autonomia aqui tratada abrange não só a capacidade de independência que permite autodeterminação dos indivíduos para tomar decisões que estejam vinculadas à sua vida e às suas relações sociais, mas também a valorização, o respeito e a consideração sobre as opiniões e escolhas dos outros quando se trata da intervenção, mas também

⁸ Consideram-se como iatrogênicas qualquer alteração patológica do corpo decorrentes da intervenção do médico e/ou de outros profissionais, correta ou não, justificada ou injustificada, da qual resultem consequências prejudiciais para a saúde do indivíduo – no caso, a pessoa idosa (Carvalho-Filho *et al*, 1998).

a valorização e respeito sobre opiniões e escolhas dos outros durante a intervenção profissional (Barroco; Terra, 2012, p. 123).

Sabemos que, seja por basear-se em uma lógica adultocêntrica, seja por heranças do manicômio, do asilo, ou do controle dos corpos colonialista (expresso na escravidão, no coronelismo e em tantas outras heranças malditas desse país), não são raras as situações em que profissionais tendem a intervir na direção do que entende ser o melhor para o outro, sem consultá-lo e sem sequer tentar a socioeducação para instrumentalizá-lo, resultando em negação/violação de direitos. Ruiz (*in* CRESS, 2013) alerta que a violação de direitos e autoritarismo não ocorrem apenas por ação explícita, mas também por ações discretas e por omissão.

Portanto, potencializar outras formas de cuidado (inclusive de autocuidado e intercuidado, devolvendo ao território sua potencialidade) também é uma forma de cuidar, de prevenir e de promover a saúde mental. Quando acolhemos e escutamos a pessoa idosa em seu sofrimento (que também é social), estamos ampliando o horizonte, não apenas para pensar estratégias de cuidado, mas também para promover o acesso a direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os níveis epidêmicos de adoecimento mental e/ou sofrimento extremo evidenciam o quanto essa sociedade já não consegue mais esconder sua incapacidade de responder de forma humanizada aos problemas que ela mesma gera - se é que algum dia ela foi capaz disso. A manutenção do modo de produção capitalista representa, por diversas frentes, o maior risco à sobrevivência da humanidade. Por isso urge que o próximo passo após a crítica, seja a suspensão do cotidiano de trabalho e a socialização de conhecimento sobre as alternativas existentes a esse modelo fracassado de sociedade.

Ressalto que, ao questionarmos a medicalização da vida como resposta ao sofrimento e do adoecimento mental, não se trata de ignorar a possibilidade de uma doença, mas sim de compreender que é necessário considerar o indivíduo em questão independentemente de um rótulo que busca defini-lo - mesmo que o próprio indivíduo tenha introjetado e se defina a partir deste rótulo. Por isso, como disse o pai da Reforma Psiquiátrica italiana, Franco Basaglia (1985, p. 28), “se torna necessário enfocar esse doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença”, e não sua vida, sua história e seu sofrimento.

A experiência humana é diversa. E mesmo que seja importante poder nomear o que se sente, ter categorias que facilitem a comunicação para outro sobre o que se sente, o diagnóstico

não deve ser um rótulo, muito menos uma camisa de força. É urgente que compreendamos que é possível reconhecer o sofrimento, a demência, o transtorno mental sob outras lentes que não apenas a da patologia. E mais urgente ainda é que não voltemos ao erro histórico de entregar o controle e centralidade do conhecimento a uma única área do saber, permitindo que ela ocupe o lugar de ditadora de verdades absolutas – lugar este que o Estado e a Igreja já ocuparam e deixaram suas heranças e impactos.

Para tanto, é essencial que o Serviço Social mantenha como referência seu projeto ético-político profissional, orientado pela construção de uma nova ordem societária. Isso implica considerar o lugar e o pertencimento ocupados por diferentes grupos na sociedade, com base na divisão social, sexual, etária e racial. É igualmente importante reconhecer que a pessoa idosa em situações de sofrimento, seja ele qual for, não é um cérebro solto e isolado do seu contexto social, o qual deve ser levado em conta na formulação de respostas políticas adequadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. S. de. Notas sobre a complexidade do neoconservadorismo e seu impacto nas políticas sociais. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 720-731, set./dez. 2020.

AMARANTE, P., PITTA, A. M. F., & OLIVEIRA, W. F. **Patologização e medicalização da vida: Epistemologia e política.** São Paulo: Zagodoni, 2018.

BARBOZA, F. L. G. **Suicídio: o que sabemos e o que há para além do discurso hegemônico.** São Paulo: Dialética, 2023.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. TERRA, Sylvia Helena. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (organizador). **Código de Ética do Assistente Social Comentado.** São Paulo: Cortez, 2012.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica (nº 34) - Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde. 176 p. 2013.

BRITO, C. G. S. ALMEIDA, F. V. ALMEIDA, C. C. L. Crise e Insurgências da Reprodução Social no Capitalismo sob Perspectiva de Gênero, Sexualidade, Raça e Classe. In: DUARTE, Marco José de Oliveira. ALMEIDA, Carla Cristina Lima de. (Orgs.). **Raça, Gênero & Sexualidade: Perspectivas contemporâneas no Serviço Social.** Curitiba: CRV, 2023.

CARDOSO, Â. M. R.; LIMA, M. da G.; CUNHA, T. R. da. Interseccionalidade de vulnerabilidades infantojuvenis na atenção em saúde mental. **Rev. colomb. bioética**; 16, no. 2. 2021.

CECCARELLI, P. R. A patologização da normalidade. **Estud. Psicanal**, n. 33, 125-136, 2010.

CRESS-RJ. **Projeto ético político e exercício profissional em serviço social**: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais / Conselho Regional de Serviço Social (Org.). – Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

CZERESNIA D., MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

CUNHA, Estela. **Velhices**: múltiplas faces de um processo socialmente construído. Juiz de Fora: UFJF, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CARVALHO-FILHO, E. T. *et al.* Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 36–42, fev. 1998.

FISHER, M. **Realismo capitalista**. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FREITAS, F; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

GOLDFARB, Delia Catullo. **Demências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 11ª Edição. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz & Terra, 2016.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **Para a crítica da Economia Política**. São Paulo: Nova Cultural Ltda, 2005.

NEVES, A. *et al.* A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; & DUNKER, C. (Org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico** (pp. 125-175). São Paulo: Autêntica, 2021.

OLIVEIRA, C. A. de B.; BARBOZA, F. L. G.; ROSA, L. C. dos S. O trabalho com cuidados paliativos após tentativa de suicídio. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 5, p. e6663, 2024.

SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; & DUNKER, C. (Org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico** (pp. 14-43). São Paulo: Autêntica, 2021.

TEIXEIRA, Solange Maria (org). **Serviço Social e envelhecimento**. Teresina: EDUFPI, 2020.

_____. Diferentes perspectivas teóricas acerca do envelhecimento e de políticas públicas para as pessoas idosas: situando o Serviço Social no debate. In: PAIVA, S (Org.). **Envelhecimento, trabalho e instrumentalidade do serviço social:** questões emergentes da prática profissional do/a assistente social. Recife: EDUPE, 2021.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia:** pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.