



UNIFACS

UNIVERSIDADE SALVADOR

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES®

MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

ÂNGELA VIRGÍNIA LEITE PINTO DE ALMEIDA

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO DE
IDOSAS FIBROMIÁLGICAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE A PARTIR DA
ABORDAGEM PSICANALÍTICA**

Salvador
2020

ÂNGELA VIRGÍNIA LEITE PINTO DE ALMEIDA

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO DE
IDOSAS FIBROMIÁLGICAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE A PARTIR DA
ABORDAGEM PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, Laureate International Universities, como requisito final para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes

Salvador
2020

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIFACS Universidade Salvador, Laureate International Universities.

Almeida, Ângela Virgínia Leite Pinto de

Políticas públicas para o atendimento psicoterapêutico de idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde a partir da abordagem psicanalítica. / Ângela Virgínia Leite Pinto de Almeida. – Salvador: UNIFACS, 2020.

198 f. il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas, Curso de Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador UNIFACS, Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes.

1. Direito 2. Políticas Públicas. 3. Direito à saúde. I. Menezes, José Euclimar Xavier de, orient. II. Título.

CDD: 340

ÂNGELA VIRGÍNIA LEITE PINTO DE ALMEIDA

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO DE
IDOSAS FIBROMIÁLGICAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE A PARTIR DA
ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador UNIFACS – Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre e aprovada pela seguinte banca examinadora:

José Euclimar Xavier de Menezes – Orientador _____
Pós Doutor em Filosofia Contemporânea na Pontifícia Università Lateranensi/Roma e
em Filosofia dos Direitos Humanos na Universidad de Salamanca
UNIFACS Universidade Salvador – Laureate International Universities

Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres _____
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia - UFBA
Universidade Salvador - UNIFACS

Hilda Ledoux Vargas _____
Doutora em Família na Sociedade Contemporânea pela Universidade Católica do
Salvador - UCSAL
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Salvador, 17 de novembro de 2020.

Dedico esta dissertação a minha mãe Bernadete Maria Rodrigues Leite Pinto (*in memoriam*), a minha avó Abigail Alves Rodrigues Leite (*in memoriam*), a todas as mulheres idosas fibromiálgicas que acreditaram na ressignificação de suas dores através do processo psicoterapêutico a mim confiado, e a todas as mulheres que desejam não sentir mais dor no próximo nascer do sol.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, a Jesus e aos meus amigos espirituais pela honra, a mim concedida, dos aprendizados obtidos ao longo do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, *Laureate International Universities*, e pela presente pesquisa concretizada.

Agradeço especialmente aos meus pais José Ferreira Pinto e Bernadete Maria Rodrigues Leite Pinto (*in memoriam*), e a minha família, laços de amor eterno: Edson Cruz de Almeida, Marcella Pinto de Almeida e Manuella Pinto de Almeida, fonte inesgotável de luz, amor e energia em minha vida. Grata pela compreensão, apoio e cuidado que a mim destinaram ao longo dessa caminhada. Sem o amor de vocês, essa concretização não seria possível. Agradeço especialmente a minha filha Marcella, Mestra querida, que me incentivou na inscrição e ao longo de todo o Mestrado, possibilitando assim que mais um sonho se transformasse em uma feliz e concreta realidade.

Agradeço a Dr. Mário de Campos, Dr. Vidal Lacerda e Dr. Augusto de Borges Burgos pelas orientações nas áreas da Psiquiatria e Psicologia, que possibilitaram ampliar a compreensão acerca da Fibromialgia, síndrome tão complexa que imprime no físico as dores acumuladas na alma.

Reservo meus agradecimentos a todas as mulheres idosas fibromiálgicas que confiaram a mim suas histórias de vida, suas dores e suas esperanças dentro e fora do *set* terapêutico, trazendo grandes aprendizados e incentivo a pesquisa aqui realizada, ao estudo, aperfeiçoamento profissional e pessoal.

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram presentes e confiaram a mim o cuidado ao longo da minha trajetória profissional com o público de Terceira Idade, por mais de duas décadas, representadas aqui honrosamente nas turmas de terceira idade da Faculdade Olga Mettig, Projeto de Envelhecimento Saudável da Universidade Católica do Salvador – UCSAL, Espaço Vida – Gerontologia Especializada, Faculdade Livre da Maturidade do Mosteiro de São Bento, Projeto DNA Viver Melhor +50, Espaço Cultural da Mulher – ECUM/ Academia

de Letras Jurídicas da Bahia e Espaço Psicoterapêutico Loan. Toda essa experiência foi fundamental para a construção da presente pesquisa, através do amadurecimento profissional que me proporcionou.

Agradeço ao ilustre corpo docente do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, *Laureate International Universities*, pelas contribuições acadêmicas que enriqueceram a minha vida profissional, nas pessoas dos doutores aqui relacionados, que tive a honra de ter como professores: Edivaldo Machado Boaventura (*in memoriam*), Maria Leny Souza Oliveira (*in memoriam*), José Euclimar Xavier de Menezes, Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres, José Gileá de Souza, Augusto de Oliveira Monteiro, Miguel Calmon Teixeira de Carvalho Dantas, Geovane De Mori Peixoto e Gustavo Nunes de Oliveira Costa.

Agradeço ao meu ilustre e querido orientador Dr. José Euclimar Xavier de Menezes pelas orientações, valiosos subsídios teóricos e incentivo acadêmico nesta pesquisa de natureza interdisciplinar.

Agradeço as ilustres e queridas professoras Dr^a Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres e Dr^a Hilda Ledoux Vargas que, de forma tão generosa, examinaram e teceram críticas construtivas, ao longo dos seminários e qualificação, para aperfeiçoar minha pesquisa.

Agradeço ao querido professor Dr. José Gileá, enquanto coordenador do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, que tão generosamente, sempre esteve presente ao longo de todo curso, esclarecendo dúvidas, tecendo orientações e nos incentivando a prosseguir.

Agradeço a Ângelo Pinto que de forma tão gentil criou a ilustração de Dona Maricotinha, personagem que foi utilizada para a Cartilha Elucidativa que apresento como um dos resultados da minha dissertação.

Agradeço a professora Leila Meira, que de forma tão gentil, cuidadosa e profissional realizou a revisão do abstract da presente pesquisa.

Agradeço, por fim, aos queridos colegas de turma pela parceria e partilha frente aos aprendizados tão enriquecedores que o Mestrado nos proporcionou, assim como, o apoio e profissionalismo de toda equipe técnica do presente Programa na pessoa da Sra. Samira Ressureição Lima, que de forma atenciosa sempre solucionou as demandas acadêmicas com competência e presteza.

“O maior benefício de um conhecimento é a sua aplicação no dia a dia. Não deve ser utilizado como poder, nem para se colocar em melhor posição. O conhecimento deve ser apreendido na alma e iluminar a conduta transformando a vida do aprendiz”

Vidal

RESUMO

O presente trabalho visa formular políticas públicas para atendimento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde a partir da abordagem psicanalítica. Além disso, objetiva-se especificamente analisar o processo de envelhecimento populacional no Brasil; examinar se existe um direito de envelhecer a partir do contexto legal brasileiro; compreender a estruturação da fibromialgia em mulheres na terceira idade; estabelecer possíveis nexos entre a fibromialgia, enquanto uma histeria de conversão, e a castração em idosas; propor o atendimento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde, para elevar a sua qualidade de vida e minorar as dores. Observou-se que o envelhecimento populacional no Brasil terá um crescimento exponencial nas próximas décadas, o que resultará em significativas mudanças sociais, econômicas e políticas. Nesse sentido, mister se faz assegurar direitos e garantias constitucionais aos idosos em conformidade com a sua realidade, propiciando assim um envelhecimento de qualidade e dignidade humana, que possa estar refletido também no desenvolvimento do país. O envelhecimento demográfico traz como característica expressiva, em todas as regiões do mundo e não apenas no Brasil, a presença de mulheres como maioria na população idosa. O fenômeno de feminização do envelhecimento significa que se terá uma população envelhecida com maior percentual de mulheres do que de homens e essas mulheres precisam estar assistidas pelo Estado, pela sociedade e pela família, para além do seu desenvolvimento e sustento, mas, também, enquanto sujeito pleno de direitos e dignidade humana, tendo sido propiciada sua autonomia e independência em ciclos anteriores para, na velhice, não se constituírem como um estorvo social, ou seja, mulheres não produtivas, adoecidas e experimentando contínua e intensamente dores. Diante do processo acelerado de envelhecimento, do fenômeno transversal de feminização e do relato de idosas envelhecendo com fibromialgia (dores crônicas que envolvem sofrimento físico e psíquico), que as impedem, total ou parcialmente, de realizar suas atividades de vida diária, se observou a necessidade de elaboração de políticas públicas voltadas para este público para induzir a uma proposta de prestação de serviço, que viabilizasse o atendimento psicoterapêutico para as idosas fibromiálgicas, em unidade básica de saúde. O método a ser empregado, na presente pesquisa, será o dedutivo, com a utilização da metodologia bibliográfica e documental evidenciando, portanto, a abordagem qualitativa e o caráter exploratório. Apresenta-se, enquanto resultados da pesquisa, uma cartilha elucidativa sobre a fibromialgia para maior compreensão e autocuidado das idosas, assim como, um modelo de plano terapêutico singular direcionado para o cuidado dos profissionais que atuarão em atendimento psicoterapêutico.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Fibromialgia. Envelhecimento. Psicoterapia. Rede Básica de Saúde. Direito à saúde da idosa.

ABSTRACT

The present work aims to formulate public policies for psychotherapeutic care for elderly women with fibromyalgia in the basic health service from the psychoanalytic approach. In addition, the objective is specifically to analyze the population aging process in Brazil; examine whether there is a right to grow old from the Brazilian legal context; understand the structuring process of fibromyalgia in women in old age; establish possible links between fibromyalgia, as a conversion hysteria, and castration in elderly women; propose psychotherapeutic care for elderly women with fibromyalgia in the basic health service, to increase their quality of life and reduce pain. It was observed that the population aging process in Brazil will have an exponential growth in the upcoming decades, which will result in significant social, political and economic changes. In this sense, it is imperative to secure constitutional rights and guarantees to the elderly in accordance with their reality, thus providing an aging process of quality and human dignity, which can also be reflected in the country's development. Demographic aging brings as an expressive characteristic, in all regions of the world and not only in Brazil, the presence of women as a majority in the elderly population. The feminization phenomenon of aging means that there will be an aging population with a higher percentage of women than men and these women need to be assisted by the State, by society and by the family, beyond their development and sustenance, but also, as subjects that hold rights and human dignity, having been given autonomy and independence in previous cycles so that, in old age, they do not constitute themselves as a social obstacle, that is, sick, non-productive women who experience continuous and intense pain. In view of the accelerated aging process, of the transversal phenomenon of feminization and the report of elderly women aging with fibromyalgia (chronic pains involving physical and psychological suffering), which prevent them, totally or partially, from carrying out their daily activities, it was observed the need for the elaboration of public policies aimed at this public in order to induce a service provision proposal, which would enable psychotherapeutic care for fibromyalgia elderly women, in a basic health unit. The method to be used, in the present research, will be the deductive one, with the use of the bibliographic and documentary methodology, evidencing, therefore, the qualitative approach and the exploratory character. As a result of the research, an explanatory booklet about fibromyalgia for greater understanding and self-care of the elderly is presented, as well as a model of a unique therapeutic plan aimed at the care of professionals who will work in psychotherapeutic care.

Keywords: Public Policies. Fibromyalgia. Aging. Psychotherapy. Public Health Service. Female Elderly Rights to Healthcare.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
AVDs	Atividades de vida diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cf.	Conferir
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional das Doenças
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
eAB	Equipe da Atenção Básica
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
n.	Número
n. p.	Não paginado (online)
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização-Panamericana da Saúde
p.	Página
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idosos

PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UAs	Unidade de Acolhimento
UNDP	United Nations Development Programme
UNIFACS	Universidade Salvador
USF	Unidades de Saúde da Família
v.	Volume

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	–	Projeções de população.....	25
Gráfico 2	–	Comparação da variação de mortes totais com a de mortes acima dos 60 (1979/2016)	27
Gráfico 3	–	Distribuição proporcional dos óbitos da população idosa feminina pelas principais causas de morte (1980, 1993 e 2013) no Brasil.....	29
Gráfico 4	–	Distribuição proporcional dos óbitos da população idosa masculina pelas principais causas de morte (1980, 1993 e 2013) no Brasil.....	29
Gráfico 5	–	Síntese de indicadores sociais.....	32
Gráfico 6	–	Taxa de Participação dos Idosos na População Total do País, segundo Sexo – Brasil – 1970; 1980; 1991; 2000 e 2010 – Em %	35
Gráfico 7	–	Pirâmide etária do Brasil em 2060	36
Gráfico 8	–	Pirâmide etária comparativa dos anos 1940, 1980, 2018 e projeção de 2060 no Brasil.....	37
Gráfico 9	–	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na Bahia em 2010	40
Gráfico 10	–	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na cidade de Salvador/BA em 2010	41
Gráfico 11	–	Índice de Envelhecimento - Brasil, Nordeste, Bahia e RMS - 1980/2010.....	42
Gráfico 12	–	IDH do Brasil estaciona	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL	22
2.1	A FEMINIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL COMO UM PROCESSO TRANSVERSAL.....	34
2.2	O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL ENQUANTO INDICADOR DE DESENVOLVIMENTO HUMANO	43
3	O DIREITO DE ENVELHECER: CONTEXTO LEGAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E A REALIDADE BRASILEIRA.....	51
3.1	A CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA ENQUANTO ELEMENTO ELUCIDATIVO DO DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA E CONSEQUENTEMENTE AO ENVELHECIMENTO.....	53
3.2	A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, O ESTATUTO DO IDOSO E A SUA REALIDADE NO BRASIL.....	57
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS: É POSSÍVEL DEFINIR?	63
3.4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES NA TERCEIRA IDADE A PARTIR DA REALIDADE BRASILEIRA	66
4	A FIBROMIALGIA EM MULHERES NA TERCEIRA IDADE: COMPREENSÃO E ESTRUTURAÇÃO.....	77
4.1	CONCEITUAÇÃO E ETIOLOGIA DA FIBROMIALGIA	78
4.2	ESTABELECENDO POSSÍVEIS NEXOS ENTRE A FIBROMIALGIA, ENQUANTO UMA HISTERIA DE CONVERSÃO EM MULHERES IDOSAS.....	83
4.2.1	A castração da mulher segundo a visão Psicanalítica.....	90
4.2.2	A castração da mulher segundo a concepção sócio histórica e a família como microssistema regulador e mantenedor da sua condição.....	94

5	ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE, PARA ELEVAR A QUALIDADE DE VIDA E MINORAR AS DORES FIBROMIÁLICAS EM IDOSAS	107
5.1	A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PSICOTERAPÊUTICA PARA IDOSAS FIBROMIÁLICAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE	108
5.2	POSSIBILIDADES LEGAIS DE ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO A IDOSAS FIBROMIÁLICAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE	118
5.3	FORMULAÇÃO DE UMA CARTILHA ELUCIDATIVA PARA IDOSAS FIBROMIÁLICAS E DE PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	136
6	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	142
	REFERÊNCIAS.....	147
	APÊNDICE A - CARTILHA ELUCIDATIVA PARA IDOSAS FIBROMIÁLICAS	162
	APÊNDICE B – PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR	186

1 INTRODUÇÃO

O trabalho de dissertação aqui em pauta, cujo título é Políticas Públicas para o Atendimento Psicoterapêutico de idosas fibromiálgicas na Rede Básica de Saúde a partir da Abordagem Psicanalítica, traz uma premissa inicial, enquanto introdução, que certamente irá oferecer um maior conforto frente a leitura da presente pesquisa, assim como, também, se tornará facilitadora enquanto uma baliza de compreensão.

A necessidade do cuidado às Idosas fibromiálgicas é o coração e a alma desse trabalho. Para que esse cuidado possa ser exercido pelos gestores públicos e profissionais da área de saúde, aqui especificamente os profissionais de Psicologia e Psicanálise, foi necessário ampliar a pesquisa em um formato didático e trazer tópicos relevantes e imprescindíveis para discussão, compreensão e sensibilização da sua importância, tais como o processo de envelhecimento populacional, o fenômeno de feminização desse envelhecimento, além do amparo do ordenamento jurídico, mediante o qual esse cuidado se sustenta, para que uma real e efetiva política pública de saúde às mulheres idosas fibromiálgicas possa se concretizar integralmente, evitando assim maiores sofrimentos e comorbidades.

Diante disso, esse estudo traz uma abordagem interdisciplinar, estabelecendo um diálogo entre várias escolas de conhecimento, tais como o Direito, Políticas Públicas, Psicologia, Psicanálise, Sociologia, e Gerontologia, para corroborar a necessidade do cuidado às idosas com Fibromialgia.

A Fibromialgia está conceituada como a existência de estados dolorosos crônicos, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde – OMS desde 1992, como uma síndrome reumática não inflamatória, sob a identificação M79.7 na Classificação Internacional das Doenças – CID 10 (BESSET et al, 2010, p. 1246).

Na presente pesquisa, a Fibromialgia é observada enquanto uma roupagem contemporânea da histeria de conversão, com base na Teoria Psicanalítica, referências bibliográficas apresentadas e observação fruto da experiência profissional da pesquisadora. E sob essa ótica, indispensável se faz o tratamento psicoterapêutico.

O que motivou esta pesquisa foi a convivência profissional da pesquisadora com mulheres de terceira idade, durante 21 anos, inicialmente na experiência da advocacia, em Gerontologia e posteriormente na Psicologia, com trabalhos em Unidades Básicas de Saúde, no contexto de atendimento individual em consultório, faculdades e grupos de terceira idade, na cidade de Salvador.

Muitas dessas mulheres se apresentavam com queixas de dores, com diagnósticos médicos de fibromialgia e correlacionavam o surgimento dessas dores, em sua grande maioria, a eventos como: luto, viuvez, separação judicial ou de corpos (ainda em fase de meia idade), divórcio, abandono sexual e afetivo (motivado por traições, agressões físicas e psicológicas por parte dos parceiros e familiares); sentimento de culpa, aprisionamento e desesperança; humor rebaixado, autoestima e autoimagem rebaixadas; traumas e violências sofridas na infância, além das formas desestruturantes com que percebiam e recepcionavam o envelhecimento, associados à falta de qualidade de vida.

O processo de envelhecimento observado na presente pesquisa, traz características desiguais entre as mulheres idosas, e se manifesta em alguns momentos, com diferenciações particularizadas e em outros momentos com semelhanças convergentes, independentemente da idade ou condição social.

As pesquisas, estudos e estatísticas, que serão apresentadas ao longo deste trabalho, indicam que as mulheres fazem parte do maior contingente populacional que envelhece, ou seja, a maior fatia da população idosa no Brasil e em todo o mundo, é e será de mulheres. Esses são os dados de 2010 do IBGE¹ - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, confirmados nas projeções do mesmo Instituto, datadas de 2013 e 2018, que serão trazidos de forma detalhada adiante.

Diante do processo acelerado de envelhecimento, do fenômeno transversal de feminização e do relato de idosas envelhecendo com fibromialgia (dores crônicas que envolvem sofrimento físico e psíquico), que as impedem, total ou parcialmente, de realizar suas atividades de vida diária (AVDs), reacendeu o desejo da pesquisadora em retomar a temática e o estudo sobre a fibromialgia no Mestrado em Direito,

¹ Em virtude do Censo demográfico ser feito a cada 10 anos, a presente pesquisa se valerá do último Censo divulgado pelo IBGE no ano de 2010. Contudo, buscar-se-á fazer um diálogo com dados mais recentes do mesmo Instituto em suas projeções.

Governança e Políticas Públicas, visando, através da elaboração de políticas públicas voltadas para este público, induzir a uma proposta de prestação de serviço, que viabilizasse o atendimento psicoterapêutico para essas idosas fibromiálgicas, em Unidade Básica de Saúde.

Estabelece-se, portanto, como problema central da presente pesquisa, o seguinte questionamento: de que forma é possível formular políticas públicas que assegurem o atendimento psicoterapêutico de idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde a partir da abordagem psicanalítica? Para responder tal problema mister se faz enfrentar algumas questões norteadoras a saber: como se pode analisar o processo de envelhecimento populacional no Brasil? Existe um direito de envelhecer a partir do contexto legal brasileiro? De que forma se pode compreender a estruturação da fibromialgia em idosas? Quais os possíveis nexos entre a fibromialgia, enquanto uma histeria de conversão, e a castração em idosas? Como propor o atendimento psicoterapêutico na rede básica de saúde, para elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgica em idosas?

Com efeito, a presente pesquisa possui como objetivo geral: formular políticas públicas para atendimento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde a partir da abordagem psicanalítica. E como objetivos específicos: analisar o processo de envelhecimento populacional no Brasil; examinar se existe um direito de envelhecer a partir do contexto legal brasileiro; compreender a estruturação da fibromialgia em mulheres na terceira idade; estabelecer possíveis nexos entre a fibromialgia, enquanto uma histeria de conversão e a castração em idosas; propor o atendimento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde, para elevar a sua qualidade de vida e minorar as dores.

O produto final prospectado pela pesquisa é uma cartilha elucidativa sobre a fibromialgia para maior compreensão e autocuidado das idosas, assim como, um modelo de plano terapêutico singular direcionado para o cuidado dos profissionais que atuarão em atendimento psicoterapêutico. Observa-se, portanto, que este trabalho se enquadra na primeira linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, qual seja: políticas públicas e desenvolvimento, voltada para a elaboração de políticas públicas.

Este estudo se justifica por uma relevância não apenas acadêmica, mas também social frente aos dados aqui apresentados acerca do envelhecimento populacional, além da necessidade de se discutir e ampliar o entendimento das características da histeria de conversão no fenômeno da fibromialgia, e por esse adoecimento atingir grande parte de mulheres idosas, causando-lhes sofrimento físico e psíquico, limitando suas atividades de vida diária, familiar e social, necessitando assim, de um atendimento psicoterapêutico como terapêutica de tratamento junto às demais.

O método a ser empregado, na presente pesquisa, será o dedutivo, com a utilização da metodologia bibliográfica e documental evidenciando, portanto, a abordagem qualitativa e o caráter exploratório. A análise bibliográfica terá como base de dados instrumentos de consulta online, quer sejam importados do Portal da Capes e da base de dados da SciELO; do Google Acadêmico, da Biblioteca Digital brasileira de Teses e Dissertações, além de contribuições doutrinárias, legislativas e dados estatísticos que abordam o tema. O estudo resultante dessa conjuntura será consubstanciado em descritores que tratam sobre: envelhecimento, direito dos idosos, direito à saúde da idosa, políticas públicas, fibromialgia, rede básica de saúde, buscando identificar os estudos específicos que albergam esta temática.

A fundamentação teórica basilar para a construção desta dissertação possui natureza interdisciplinar alinhando-se, portanto, à proposta do supracitado Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. Pode-se citar enquanto nomes que compõem a base teórica: Ana Amélia Camarano (1999), com as suas contribuições sobre o envelhecimento populacional; Flávio Chaimowicz (1997), com sua análise sobre a saúde dos idosos brasileiros; Amartya Sen (1999; 2010), com sua obra *Desenvolvimento como Liberdade*; Leonardo Secchi (2017), com suas contribuições sobre Políticas Públicas; Maria Angélica Schlickmann Pereira Hayar (2018), com seus estudos sobre Mulheres com Fibromialgia; Sigmund Freud (1988a; 1988b; 1999), em suas Obras Psicológicas no que se referem a histeria; Goran Therborn (2006), com sua obra *Sexo e Poder – A Família no Mundo 1900-2000*; José Roberto Frago Lins (2017), sobre o complexo de castração e a lógica histórica; Cláudia Pietrângelo Lima e Cristina Vilela Carvalho (2008), com a obra *Fibromialgia a partir da abordagem psicológica*; dentre outros. Acrescente-se ainda a utilização da legislação pátria desde a Constituição Federal brasileira de 1988, perpassando por legislações

infraconstitucionais como o Estatuto do Idoso, a Política Nacional da Pessoa Idosa, Projetos de Lei relacionados à Pessoa com Fibromialgia, o arcabouço jurídico que estrutura o Sistema Único de Saúde e seus Programas; até dados estatísticos do IBGE e ONU.

Estrutura-se o trabalho em seis partes: a primeira consiste na presente introdução, a segunda versará sobre uma análise sobre o processo de envelhecimento populacional no Brasil, perpassando desde o fenômeno transversal de feminização do envelhecimento até a sua compreensão enquanto indicador de desenvolvimento humano.

O terceiro capítulo será destinado a examinar se existe um direito de envelhecer a partir do contexto legal, das políticas públicas e a realidade brasileira. Para tanto, buscar-se-á compreender a Constituição Federal brasileira enquanto elemento elucidativo do direito fundamental à vida e conseqüentemente ao envelhecimento, a política nacional do idoso – Lei nº 8.842/1994, o Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003, e como a legislação brasileira ainda está distante da realidade factual do idoso no Brasil. Nesse sentido, questionar-se-á o que são políticas públicas a partir da doutrina especializada e da sua especificidade no campo da saúde para mulheres na terceira idade.

O quarto capítulo versará sobre a fibromialgia em mulheres na terceira idade a partir da sua compreensão e estruturação. Neste capítulo, buscar-se-á enfrentar a compreensão conceitual e etiológica que reveste a fibromialgia; estabelecer-se-á possíveis nexos entre a fibromialgia, enquanto uma histeria de conversão, com a castração em mulheres idosas. Para tanto, em um primeiro momento será analisada a castração na mulher sob a visão psicanalítica, em seguida essa primeira análise será complementada pela concepção sócio-histórica com referência ao sistema patriarcal e à família, como microsistema regulador e mantenedor da condição social da mulher.

O quinto capítulo versará sobre uma proposição de atendimento psicoterapêutico na rede básica de saúde, para elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgicas em idosas. Nesse sentido, inicialmente será trazida a importância da assistência psicoterapêutica para idosas fibromiálgicas na rede básica

de saúde, seguida das possibilidades legais desse atendimento psicoterapêutico. E como contribuição da pesquisadora, a formulação de uma cartilha elucidativa direcionada às idosas fibromiálgicas, enquanto como ferramenta facilitadora de compreensão e autocuidado, além de um modelo, enquanto sugestão, de Plano Terapêutico Singular direcionado aos profissionais de Psicologia ou Psicanálise que irão atender essas idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde, visando assim, facilitar-lhes a compreensão sobre seus sintomas e a ampliação do cuidado no que tange a psicoterapia.

Por fim, apresenta-se a síntese conclusiva das observações elaboradas ao longo deste estudo, as referências das obras e documentos citados e consultados, o apêndice A que conterá a cartilha elucidativa para as idosas fibromiálgicas e o apêndice B que conterá o Modelo do Plano Terapêutico Singular, como ferramenta facilitadora para atendimento de idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde, enquanto resultados da presente pesquisa e com base na experiência profissional da pesquisadora.

2 UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL

Antes de iniciar uma análise sobre o processo de envelhecimento populacional do Brasil, é de significativa importância que se apresente, de forma atualizada, os números do crescimento da população mundial em consonância com seus respectivos períodos. Para elucidar essa informação e trazer as possíveis variáveis que estão ao seu entorno, Nesse sentido, a supracitada organização esclarece:

Em 1950, cinco anos após a criação das Nações Unidas, a população mundial era estimada em cerca de 2,6 bilhões de pessoas. De acordo com estimativas da ONU, a população mundial chegou a 5 bilhões em 11 de julho de 1987, e atingiu a marca de 6 bilhões de pessoas em 12 de outubro de 1999. Agora, 10 anos depois, ela é estimada em aproximadamente 7 bilhões. Esta expansão rápida e contínua da impressão humana num planeta que parece cada vez menor tem sérias implicações em quase todos os aspectos da vida. Questões estas que dizem respeito à saúde e ao envelhecimento, à migração em massa e à urbanização, à demanda por habitação, ao abastecimento inadequado de alimentos, ao acesso à água potável, entre outras. (ONU, 2018, n.p.).

Segundo relatório da Organização das Nações Unidas, publicado em 17 de junho de 2019, a população mundial deve crescer em 2 bilhões de pessoas nos próximos 30 anos, passando dos atuais 7,7 bilhões de indivíduos para 9,7 bilhões em 2050 (ONU, 2019). Conforme o supracitado relatório, “A população mundial está ficando mais velha, com o grupo etário de 65 anos para cima crescendo no ritmo mais rápido” (ONU, 2019, n.p.), e ainda acrescenta que:

Até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%) — um aumento na comparação com a taxa de uma em cada 11 (9%) em 2019. As regiões em que a parcela da população com 65 anos ou mais deve dobrar entre 2019 e 2050 incluem o Norte da África e o Oeste da Ásia, o Centro e o Sul da Ásia, o Leste e o Sudeste da Ásia e a América Latina e Caribe. Até 2050, uma em cada quatro pessoas vivendo na Europa e América do Norte poderá ter 65 anos ou mais. Em 2018, pela primeira vez na história, as pessoas com 65 anos ou mais superaram numericamente, em nível global, as crianças com menos de cinco anos. Estima-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplique, passando de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050. (ONU, 2019, n.p.)

A necessidade de políticas públicas mais eficazes direcionadas à pessoa idosa, nunca foi tão importante como na pandemia do COVID-19 de 2020. Segundo o relatório das Nações Unidas (*Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons*), datado de maio de 2020, análises e recomendações são realizadas pelo secretário-geral António Guterres:

Além do impacto imediato na saúde, a pandemia está colocando as pessoas mais velhas em maior risco de pobreza, discriminação e isolamento, com um impacto potencialmente arrasador sobre as pessoas idosas nos países em desenvolvimento. [...] a taxa de mortalidade para os idosos é mais alta no geral e, para aqueles com mais de 80 anos, é cinco vezes a média global. (ONU, 2020, n.p.)

Frente aos danos causados pela pandemia, muitas dúvidas buscam ser esclarecidas e muitos estudos ainda se encontram em andamento para responder várias perguntas, entre elas a que interessa a presente pesquisa: haverá ou não impacto da pandemia ante as projeções de envelhecimento populacional? Visando melhor compreender o tema da transição demográfica brasileira e a pandemia da COVID-19, Alves (2020) esclarece que:

A pandemia da covid-19 vai ter um impacto profundo no mundo, tanto em termos de morbimortalidade, quanto em termos econômicos. Contudo, por maior que seja o impacto em número de vítimas fatais, o surto pandêmico será incapaz de alterar a transição demográfica brasileira de longo prazo. Ou seja, a queda nas taxas brutas de natalidade e mortalidade vão continuar e a estrutura etária vai manter o ritmo de envelhecimento. (ALVES, 2020, n.p.)

Nesse diapasão tendo sido feita essa introdução mais atualizada, com o objetivo de permitir que não haja dúvidas sobre os dados da presente pesquisa, observa-se que o século XX se caracterizou por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento da expectativa de vida da população como o fato mais significativo no âmbito da saúde pública mundial. A esperança de vida experimentou um incremento de cerca de 30 anos ao longo de século XX, numa profunda revolução demográfica e da saúde pública. Tal revolução formula para os especialistas, gestores públicos e coletividade, o maior desafio social da história humana e uma intensa demanda por estudos e análises para uma melhor definição de políticas públicas de prevenção de saúde no envelhecimento (CAMARANO, 1999).

O cenário que se desenha é de profundas transformações sociais, não só pelo aumento proporcional do número de idosos nos diferentes países e sociedades, mas em função do desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Estima-se que os avanços científicos e técnicos permitirão ao ser humano alcançar 110 a 120 anos, uma expectativa de vida que corresponderia aos limites biológicos, ainda no presente século. São mudanças dramáticas e muito próximas, que reclamam modelos inovadores e sintonizados com a contemporaneidade, que garantam vida com

qualidade para este crescente contingente populacional (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

A expectativa de vida que corresponderia hoje ao chamado limite biológico, já é uma realidade em algumas áreas do planeta, chamadas de “Zonas Azuis”. O estudo dessas regiões, onde registram idosos bastante longevos, vivendo uma vida ativa e saudável, foi realizado por Dan Buettner (2018), repórter da *National Geographic* e fundador do Projeto *Blue Zones*, uma organização que tem o objetivo de investigar estratégias para a busca de uma melhor saúde e aumento da longevidade. Essas áreas também foram citadas pelo neurocientista japonês Ken Mogi (2018), autor do livro “Os cinco passos para encontrar seu propósito de vida e ser feliz”. Mogi (2018), associa a longevidade a um “propósito de vida”, que ele chama de “*Ikigai*”.

Os autores supracitados realizaram esses estudos nas seguintes regiões: o arquipélago de Okinawa, composto de 16 ilhas ao sul do Japão continental, apelidada como a “Terra dos Imortais”, e que registra a população feminina mais velha já encontrada, na faixa de 114 anos; a região da Ogliastra, costa leste da ilha de Sardenha, na província Nuoro, a 200 km da costa da Itália, com dez vezes mais centenários homens do que nos Estados Unidos; além de Loma Linda, nos EUA; Ikaria, na Grécia, e Península de Nicoya, na Costa Rica.

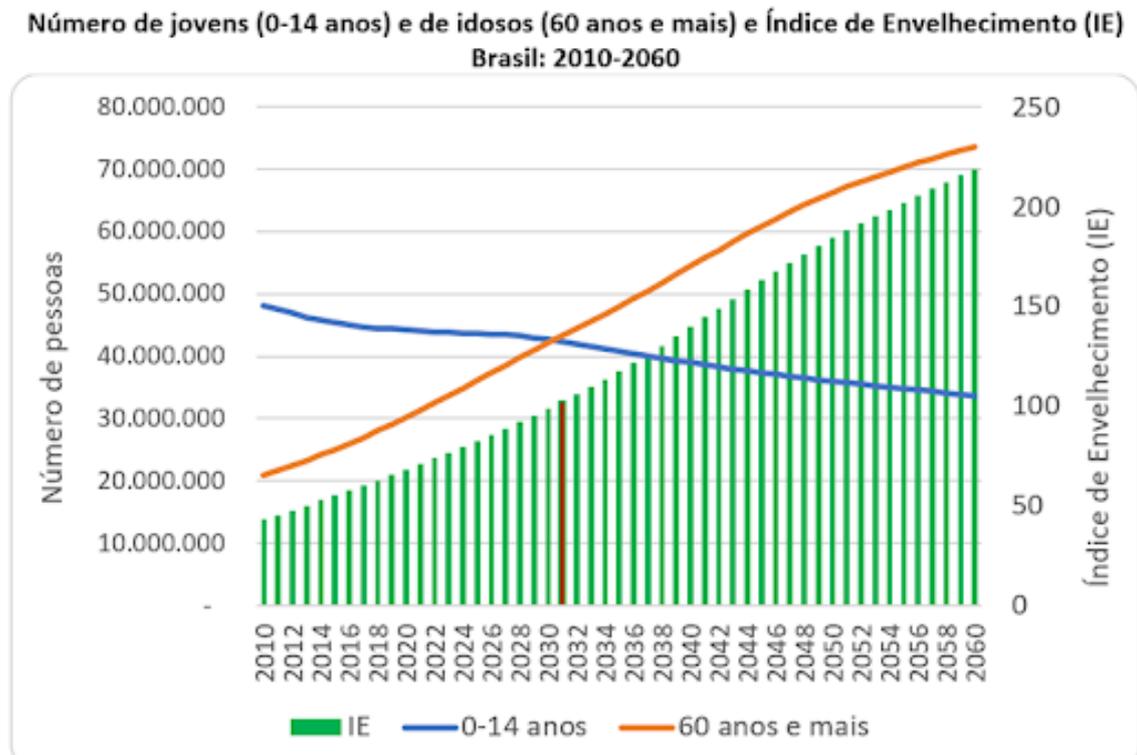
Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2000), a expectativa de vida da população mundial, que é de 66 anos, passará a ser de 73 anos em 2025. Junto a essa expectativa de vida, a longevidade tem sido fator preponderante para o surgimento de doenças crônicas em idosos.

Camarano (1999) defende que o envelhecimento é um fenômeno simultaneamente global e local, com evolução preocupante a curto e médio prazo à medida que a rápida diminuição das taxas de natalidade, observadas nos últimos anos na maioria dos países, sinalizam um incremento ainda maior do processo global de envelhecimento da população. A equação demográfica é simples: quanto menor o número de jovens e maior o número de adultos atingindo a terceira idade, mais rápido é o envelhecimento da população como um todo.

O fenômeno do envelhecimento, portanto, não é novidade. Mostra-se presente em diversas pesquisas demográficas e tem se intensificado gradativamente no Brasil,

conforme pode ser observado a seguir, no gráfico abaixo do IBGE (2018) sobre projeções de população, no Brasil, de 2010 a 2060:

Gráfico 1 – Projeções de população



Como pode ser observado, o envelhecimento populacional no Brasil terá um crescimento exponencial, o que resultará em significativas mudanças sociais, econômicas e políticas. Nesse sentido, mister se faz assegurar direitos e garantias constitucionais aos idosos em conformidade com a sua realidade, propiciando assim um envelhecimento de qualidade e dignidade humana, que possa estar refletido também no desenvolvimento do país. Para isso, é preciso compreender as transformações que passam a sociedade em seus micro e macro sistemas.

Camarano (1999) também acrescenta que o processo de envelhecimento não é equânime para todos os segmentos da sociedade que envelhece, ou seja, não se manifesta da mesma forma, ainda que se esteja a falar de idosos com mesma idade. Isso se justifica em virtude de alguns fatores que se diferenciam, entre eles o social, econômico e educacional – geradores de grande repercussão no envelhecimento

desses indivíduos –, além do fator de estarem ou não assistidos pela família, sociedade e Estado e terem seus direitos garantidos e assegurados.

Diversas são as legislações destinadas aos idosos no ordenamento jurídico brasileiro, a iniciar pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que em vários de seus artigos, direta ou indiretamente, dispõe sobre os direitos e garantias dos idosos. O próximo capítulo será destinado a uma maior discussão acerca da legislação pátria referente aos idosos, assim como um debate sobre as políticas públicas para esse público.

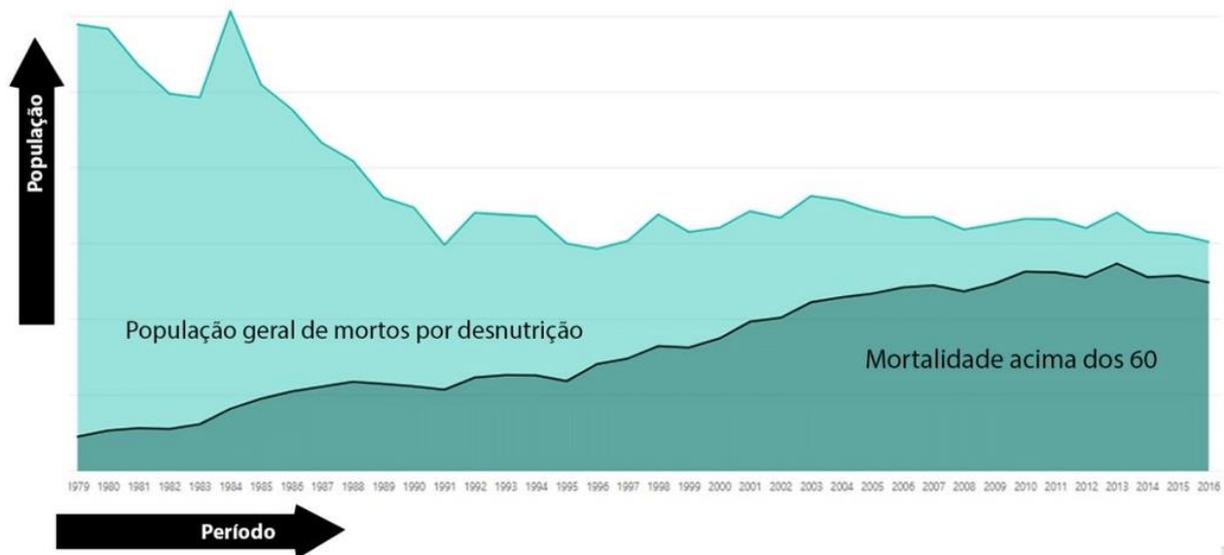
No último Relatório de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (UNDP, 2019), o Brasil figurou na posição 79º no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes, que compreende 188 países organizados em uma tabela do mais ao menos desenvolvido. O ranking apresenta o valor do IDH de cada país, variando de 0 a 1, sendo 1 o grau máximo de desenvolvimento. “Na América do Sul, o Brasil é o quarto país com maior IDH, ficando atrás de Chile, Argentina e Uruguai” (UNDP, 2019).

A partir de análises comparativas desse relatório com os passados (UNDP, 2016), o Brasil alcançou o mesmo índice registrado no ano de 2014 (UNDP, 2014). No que se refere ao quesito longevidade – um dos elementos que compõem o cálculo do IDH – houve uma melhora, a expectativa de vida subiu de 74,5 (UNDP, 2015) anos para 74,7 anos (UNDP, 2016). Não obstante, apesar do aumento da expectativa de vida, não se pode afirmar que se observa um quadro positivo, no que tange à realidade do idoso no Brasil. Com base em dados do relatório da Organização das Nações Unidas (ONU, 2019), o IDH brasileiro foi de 0,761, ante 0,760 em 2017. O mesmo relatório aponta o aumento das desigualdades sociais e propõe a elaboração de políticas públicas, salientando as áreas de educação e saúde.

Observa-se que a necessidade de uma maior efetividade nas políticas públicas, no Brasil, amplia-se cada vez mais alcançando também a área de segurança alimentar, como pode ser observado a seguir. Muitos idosos no Brasil, por não terem assegurados os seus direitos e garantias mínimas para sobrevivência, estão nos chamados parâmetros de insegurança alimentar, e um número elevado está morrendo de fome, tudo isso contribui, implicitamente, além dos danos diretos, para o aumento

dos adoecimentos e comorbidades, entre elas as dores crônicas e fibromiálgicas em mulheres idosas. Veja o que mostra o gráfico 2, de pesquisa do DATASUS, realizado pelo IBGE (2016):

Gráfico 2 - Comparação da variação de mortes totais com a de mortes acima dos 60 (1979/2016)



Fonte: IBGE (2016).

Acabar a fome, alcançar a segurança alimentar, erradicar a pobreza, prestar atendimento psicossocial, entre outros, são objetivos da agenda 2030 da ONU para o desenvolvimento sustentável. Esse plano de ação deve ser buscado por todas as pessoas, sociedades e Estados em âmbito global. É tarefa intransferível para assegurar a qualidade de vida das pessoas, em condições básicas de sobrevivência e dignidade humana.

O número de pessoas sofrendo de insegurança alimentar severa, que se revela como a falta de disponibilidade e do acesso das pessoas aos alimentos, está aumentando no mundo: são 108 milhões nessa condição, contra 80 milhões em 2015. É o que revela o site (ONU, 2017) das Nações Unidas no Brasil, que destaca, também, a atenção para conflitos civis em decorrência desse fator, e da existência de forte ligação entre a paz e segurança alimentar.

No Brasil, os indivíduos mais carentes estão envelhecendo sem assistência e sem políticas públicas efetivas que corroborem a preocupação do legislador em assistir e proteger essa parcela da população tão vulnerável. As normas legais precisam estar refletidas através de ações políticas e administrativas do Estado, da sociedade e organizações em geral. Essa visão de políticas públicas encontra-se ancorada na abordagem multicêntrica ou policêntrica, descrita por Secchi (2016, p. 03):

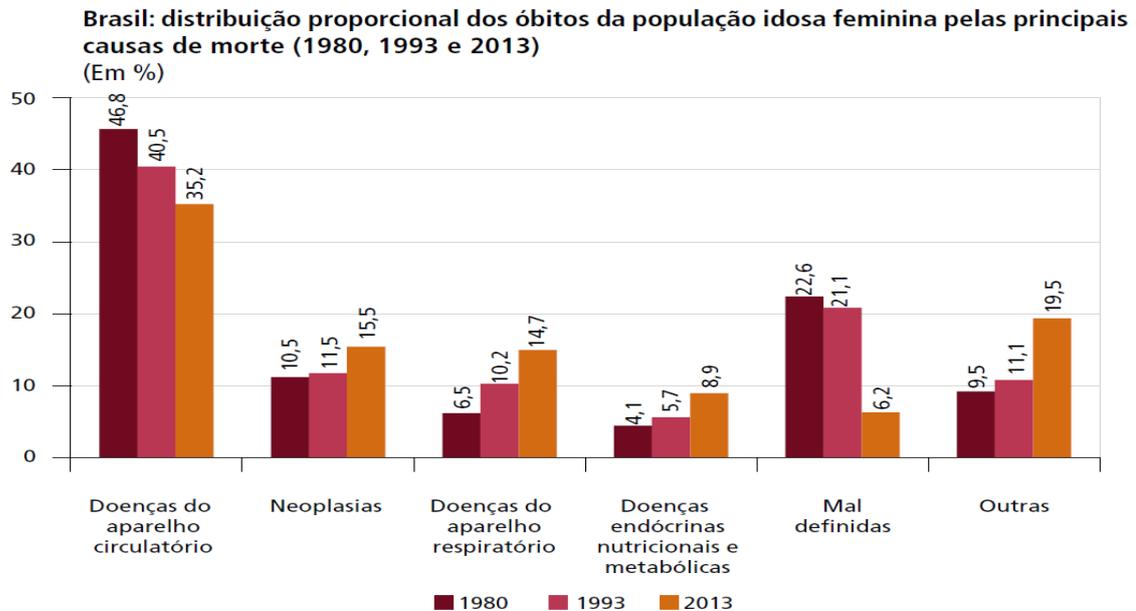
A abordagem multicêntrica ou policêntrica [...] considera organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (*policy networks*), juntamente com os atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas [...]. Autores da abordagem multicêntrica atribuem o adjetivo pública a uma política quando o problema que se tenta enfrentar é público.

O aumento do índice de mortalidade em idosos é um problema de ordem pública a se enfrentar e está relacionado a diversos fatores biopsicossociais. Sendo também multifatorial, revela-se na fome e desnutrição, na falta de assistência e abandono.

Os idosos constituem uma parcela da população potencialmente vulnerável frente a realidade que se apresenta justamente em uma fase em que a condição econômica de autossustento declina, junto a empregabilidade e produtividade, além do aparecimento das doenças crônico-degenerativas. Uma grande parcela da população idosa, na qual ganha relevo um significativo quantitativo de mulheres, encontra-se em estado de pobreza, outra parcela apresentam dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Passam então, a depender de outras fontes de renda como a aposentadoria, assistência e a boa vontade de familiares, sociedade, grupo de voluntariado ou ficam à mercê da sua própria sorte por omissão do Estado e dos demais atores sociais. Muitos chegam a morrer de fome, e ainda assim, a *causa mortis* não é notificada.

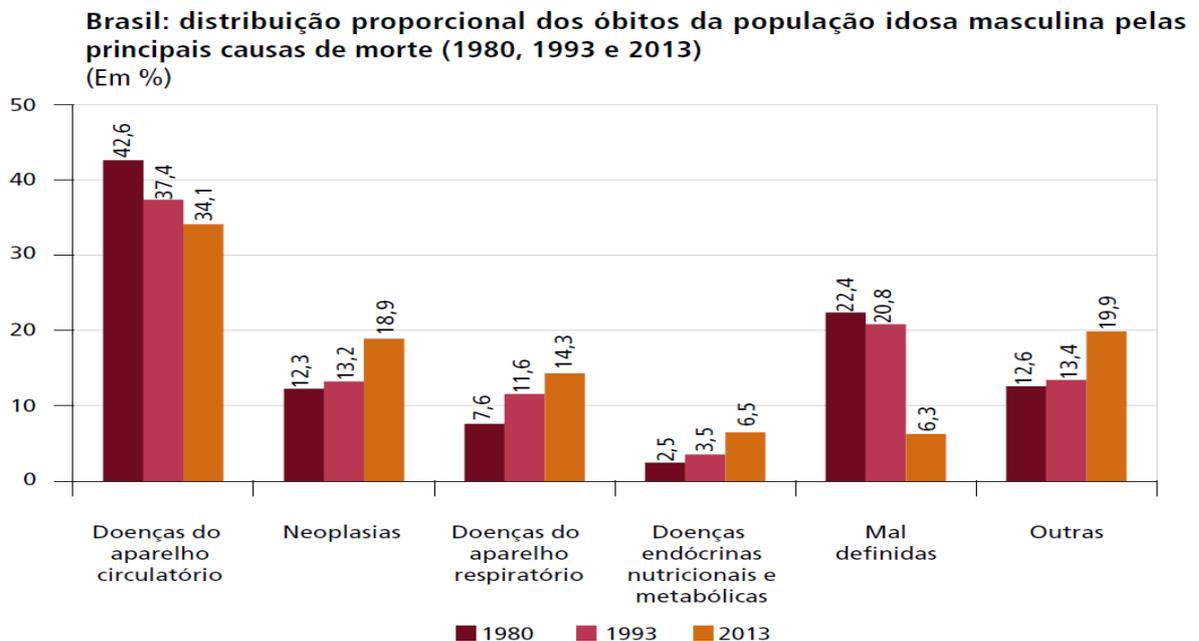
Através dos gráficos 3 e 4, pode-se observar a distribuição proporcional dos óbitos da população idosa feminina e masculina no Brasil, pelas principais causas de mortes.

Gráfico 3 – Distribuição proporcional dos óbitos da população idosa feminina pelas principais causas de morte (1980, 1993 e 2013) no Brasil



Fonte: Alcântara, Camarano e Giacomini (2016, p.76).

Gráfico 4 – Distribuição proporcional dos óbitos da população idosa masculina pelas principais causas de morte (1980, 1993 e 2013) no Brasil



Fonte: Alcântara, Camarano e Giacomini (2016, p.76).

É importante registrar que além da *causa mortis* por “doenças nutricionais”, os percentuais de registros em “mal definidas” e “outras” causas têm como causa primária a fome. O fator desnutrição como causa básica do óbito em idosos não é revelado em grande parte, por estar contaminado por outras patologias concomitantes como infecções, pneumonia, e outros, que mascaram a causa primária da desnutrição que assume um papel secundário, dificultando assim as estatísticas.

Segundo o Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, ao realizar estudo de causas múltiplas de óbitos em idosos naquele município, revelou que esse grupo contribuiu com 54,1% das mortes ocorridas no primeiro semestre de 1999 (OTERO et al, 2002). O perfil de mortalidade, segundo a causa básica de desnutrição, apontou predomínio das doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho respiratório e das neoplasias. O grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas representou 6,2% do total (OTERO et al, 2002).

Diversos estudos apontam o impacto da desnutrição na saúde de idosos, fazendo com que esse grupo apresente pior prognóstico para os agravos à saúde, é o que apresenta o Departamento supracitado ao acrescentar que:

O distúrbio nutricional mais importante observado nos idosos é a desnutrição protéico-calórica (DPC), que está associada ao aumento da mortalidade e da susceptibilidade às infecções e à redução da qualidade de vida. Entretanto, a DPC é vista, erroneamente, como parte do processo normal de envelhecimento, sendo com frequência ignorada. Segundo Tavares, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) mostra que a prevalência de DPC nas regiões brasileiras varia entre 10% e 19%, valores considerados pela OMS marcadores de situação de pobreza em adultos. A magreza excessiva da população idosa é apontada como fator mais fortemente associado à mortalidade do que o excesso de peso. Entretanto, a baixa qualidade do preenchimento dos registros é importante obstáculo no estudo da ocorrência e da distribuição da desnutrição pelos serviços de saúde. (OTERO et al, 2002, p.142).

É possível evitar a desnutrição com medidas que independem de conhecimentos científicos, de custos elevados e abordagens mais complexas, apenas com atitudes simples de interesse público. A insegurança alimentar severa que alcança muitos idosos no Brasil, além de ser causa primária de morte, de outros agravos e adoecimentos, é evento evitável e precisa ser erradicada.

Políticas públicas voltadas para um plano de segurança alimentar eficiente e eficaz, que atendesse as necessidades dos idosos mais vulneráveis, em conformidade com as características culturais locais de cada estado, certamente diminuiria a desnutrição dessa população e evitaria outros agravos, principalmente nos estados mais pobres, onde o número de idosos têm aumentado.

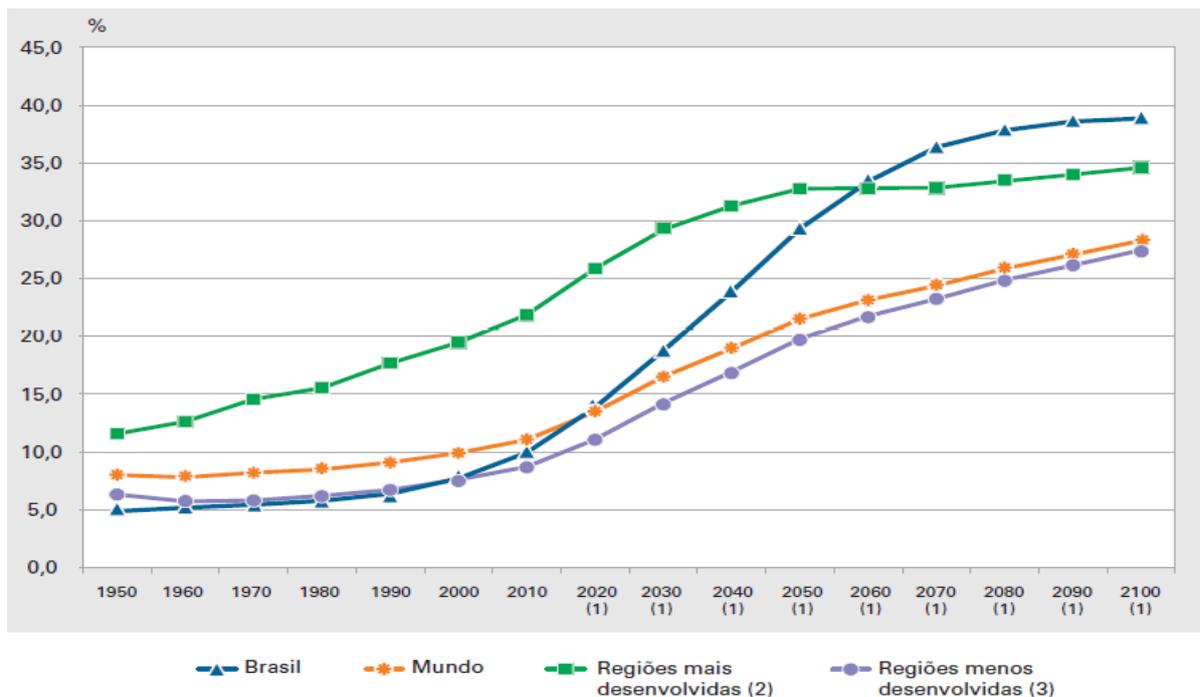
A região Nordeste apresenta, em sua realidade, mudanças rápidas e significativas com relação ao seu contingente populacional. As crianças menores de 5 anos em 1991 correspondiam a 12,8% da população; em 2000 esse valor caiu para 10,6%, chegando a 8,0% em 2010. Já a proporção de idosos passou de 5,1% em 1991 a 5,8% em 2000 e 7,2% em 2010 (IBGE, 2010), último censo oficial, uma vez que são realizados de dez em dez anos. O mais, são projeções do próprio IBGE.

Esses idosos que aumentam as estatísticas das pesquisas, em termos de longevidade, conforme dados acima descritos, são, em grande parte, idosos que apresentam condições mínimas de sobrevivência, em sua grande maioria composto de mulheres que precisam da assistência do estado para minorar seu sofrimento, e restabelecer sua dignidade humana.

Os estudos realizados quanto ao envelhecimento populacional, estão corroborados nas projeções populacionais realizadas pelas Nações Unidas, e confirmadas pelo IBGE (2016). Na síntese de indicadores sociais, a estimativa da proporção de idosos na população mundial de 2015 era de 12,3%, o que dobraria para 24,6% em cerca de 55,8 anos; no Brasil, a proporção de idosos (11,7%) próxima ao indicador mundial (12,3%) em 2015, seria dobrada, passando a 23,5%, em 24,3 anos (IBGE, 2016). Esses dados revelam a seriedade e urgência frente a tomadas de decisões e políticas públicas que estão sendo adiadas não apenas pelo estado, mas por todos os atores sociais.

Com base em dados de pesquisas e informação demográfica de 2016, do IBGE, através da síntese de indicadores sociais, analisando as condições de vida da população brasileira, observa-se a projeção e a velocidade do crescimento da população idosa e a necessidade da responsabilidade do Estado e da sociedade em assegurar direitos e garantias constitucionais para a qualidade de vida dessa população. A síntese de indicadores sociais, pode ser observada no gráfico 5 a seguir:

Gráfico 5 - Síntese de indicadores sociais



Fonte: Population indicators. In: World population prospects: the 2015 revision. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015. Disponível em: <<https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>>. Acesso em: nov. 2016.

(1) Dados projetados (variante média). (2) Compreende Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão.

(3) Compreende todas regiões da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e Caribe mais Melanésia, Micronésia e Polinésia.

Fonte: IBGE (2016).

A necessidade da presença do Estado, da sociedade e da família frente ao crescimento populacional, traduz a responsabilidade para ações de médio e de longo prazo em equilíbrio de planejamento, gestão, orçamento e políticas públicas para as mudanças que se apresentam e as projeções populacionais que já são uma realidade.

Em uma perspectiva internacional, ao se analisar dados das projeções populacionais feitas pelas Nações Unidas (WORLD..., 2015) [...], o crescimento esperado da proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população brasileira seria marcante nas próximas décadas. Entre 1950 e 2000 a proporção de idosos na população brasileira, que esteve abaixo de 10,0%, foi semelhante à encontrada nos países menos desenvolvidos. A partir de 2010, o indicador para o Brasil começa a se descolar destas regiões, aproximando-se do projetado em países desenvolvidos. Em 2070, a estimativa é que a proporção da população idosa brasileira (acima de 35,0%) seria, inclusive, superior ao indicador para o conjunto dos países desenvolvidos. (IBGE, 2016, n.p.).

A elevação nos índices de envelhecimento de uma população, de forma desassistida pelo Estado, pela sociedade e pela família, sem garantia de direitos e políticas públicas que assegurem a dignidade da pessoa humana nesse envelhecimento, pode vir a se configurar uma sociedade de idosos desnutridos, sem

capacidade funcional, dementes, doentes crônicos, esquecidos e condenados à morte. Esse entendimento está corroborado abaixo, *in verbis*:

[...] Nesse contexto, o estado nutricional assume uma importante função na qualidade de vida e de saúde da população. [...] Por outro lado, especificamente no grupo etário de idosos, a desnutrição apresenta-se fortemente associada ao aumento da incapacidade funcional, aumento no número de internações, redução da qualidade de vida, maior susceptibilidade às infecções e, conseqüentemente, aumento da mortalidade. Dentre as várias ferramentas disponíveis para a avaliação do estado nutricional de idosos, sejam em estudos clínicos e principalmente em estudos populacionais, as medidas antropométricas apresentam-se como as mais utilizadas, tendo como destaque o emprego do índice de massa corporal (IMC) (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016, p.2).

É preciso enfrentar com ética, responsabilidade, comprometimento e planejamento o futuro que já se faz presente na realidade brasileira, de uma sociedade envelhecida e desassistida, entregue a sua própria sorte, que precisa ser valorizada, afinal os jovens e adultos de hoje, serão os idosos de amanhã. O presente que se faz, será o futuro que se colherá. Esse mesmo entendimento é reforçado em Braga (2005, p. 161).

Quando o Brasil reconhecer o potencial de seus membros idosos, passará a lutar para que o direito os reconheça como cidadãos. E, finalmente, se os idosos tiverem sua cidadania reconhecida e garantida, será possível dividir entre a família, o estado e a sociedade, a responsabilidade e o prazer de cuidar daqueles que estão envelhecendo. Quando estivermos neste grau de evolução, estaremos conquistando o nosso próprio espaço no futuro e resguardando a nós mesmos um envelhecimento digno. Neste momento, poderemos nos identificar como uma sociedade ética, que reconhece todos os ciclos da vida e os preserva sem distinção. A criança, o adolescente, o adulto e o idoso têm o mesmo espaço social e o mesmo direito ao respeito, respeito esse entendido na sua forma mais ampla.

Esse respeito entendido de forma mais ampla, que realça a dignidade humana da pessoa idosa, não é uma utopia, conforme foi percebido durante a presente pesquisa com o estudo das chamadas *Zonas Azuis*. Essa realidade ainda é distante da realidade do idoso no Brasil, contudo, com atenção aos fatores culturais, regionais e territoriais, essa realidade pode ser transformada, elevando a qualidade de vida dos idosos, através de políticas públicas mais eficazes, que atendam às suas reais necessidades .

A partir da análise feita do processo de envelhecimento populacional brasileiro, a doutrina especializada destaca a predominância feminina no aumento da expectativa de vida do país. Nesse sentido, o próximo tópico será destinado a um

maior detalhamento desse fenômeno a partir do recorte da feminização, enquanto um processo transversal do envelhecimento populacional brasileiro.

2.1 A FEMINIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL COMO UM PROCESSO TRANSVERSAL

É imprescindível a necessidade existente, ainda na contemporaneidade, de se inserir a mulher como sujeito de direitos, sujeito ativo e principalmente como sujeito na história. Essa necessidade fundamenta-se na clara visão que se faz através da realidade posta, de um machismo estrutural, que coisifica a mulher, independente da sua idade, coloca-a enquanto objeto de uma grande engrenagem, de um sistema que insiste em vê-la enquanto “bela, recatada e do lar”, ranço do Patriarcalismo.

Sua história e função na sociedade, percorrem paralelo a estigmas, preconceitos e aforismos que insistem em determinar seu lugar e destino na sociedade, enquanto um “segundo sexo”, *Le Deuxième Sexe*, como diria Simone de Beauvoir (2016a).

A luta por uma maior visibilidade da mulher acompanhou a sua própria história, pela busca do reconhecimento de voz, direitos e espaços, através de diversos movimentos feministas. É preciso reconhecer que esses caminhos que foram abertos pelas gerações passadas, estão hoje simbolizados no grande número de mulheres idosas que fazem parte do fenômeno transversal de feminização do envelhecimento.

A presente pesquisa visa demonstrar um aumento considerável de mulheres através de um fenômeno transversal ao envelhecimento populacional global e local, que dignifica, antes de qualquer número e estatística, a vitória das mulheres através das gerações, ainda que muito há para se conquistar que venha a assegurar uma qualidade de vida na terceira idade ainda invisível e fora das estatísticas.

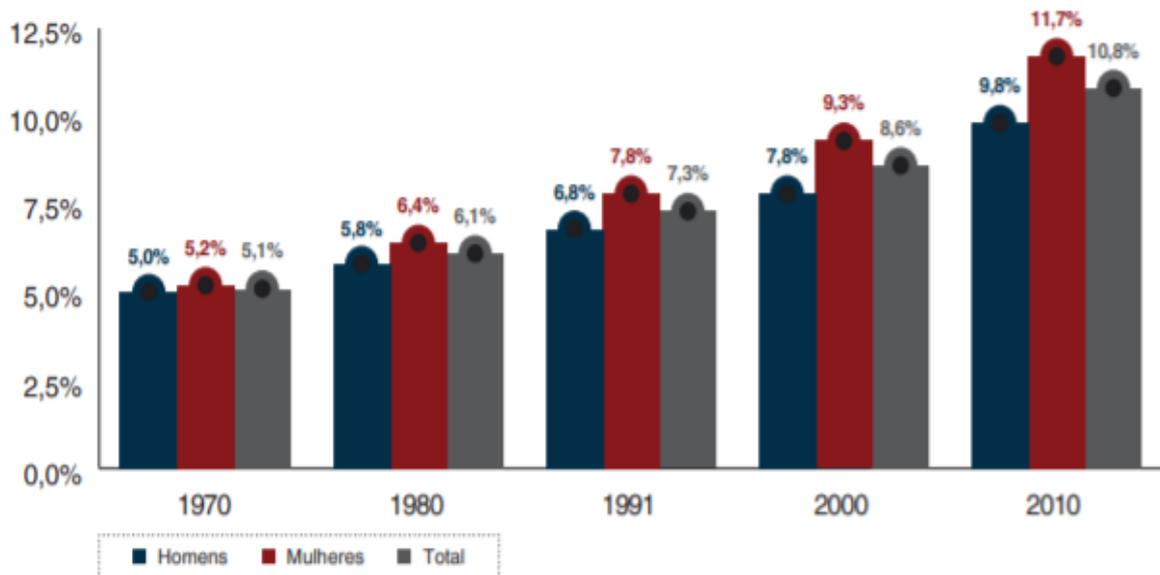
O envelhecimento demográfico traz como característica expressiva, em todas as regiões do mundo e não apenas no Brasil, a presença de mulheres como maioria na população idosa. No Brasil 55% da população idosa são mulheres (BERZINS, 2004), existindo uma infinidade de teorias que buscam explicar o fenômeno.

A razão homens/mulheres mostra que a proporção de mulheres é bastante superior à de homens, e os aspectos relacionados ao envelhecimento mostram diferenças entre idosos e idosas, confirmando assim diferenças no envelhecimento também entre gêneros. Tomando como exemplo, vimos que, em 1980, de cada 100 crianças do sexo feminino, 22 completavam 80 anos; em 2000, esse número dobrou. (LIMA; BUENO, 2009, p. 275).

Confirmando o percentual mais elevado de mulheres do que de homens, o Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2011a), em seu informe de número 5 referente ao Censo de 2010, acrescenta dados numéricos para maior compreensão:

Gráfico 6 - Taxa de Participação dos Idosos na População Total do País, segundo Sexo – Brasil – 1970; 1980; 1991; 2000 e 2010 – Em %

Taxa de Participação dos Idosos na População Total do País, segundo Sexo – Brasil – 1970; 1980; 1991; 2000 e 2010 – Em %



Fonte: Censo Demográfico/IBGE – 1970; 1980; 1991; 2000 e 2010. Elaboração: SPSMPS.

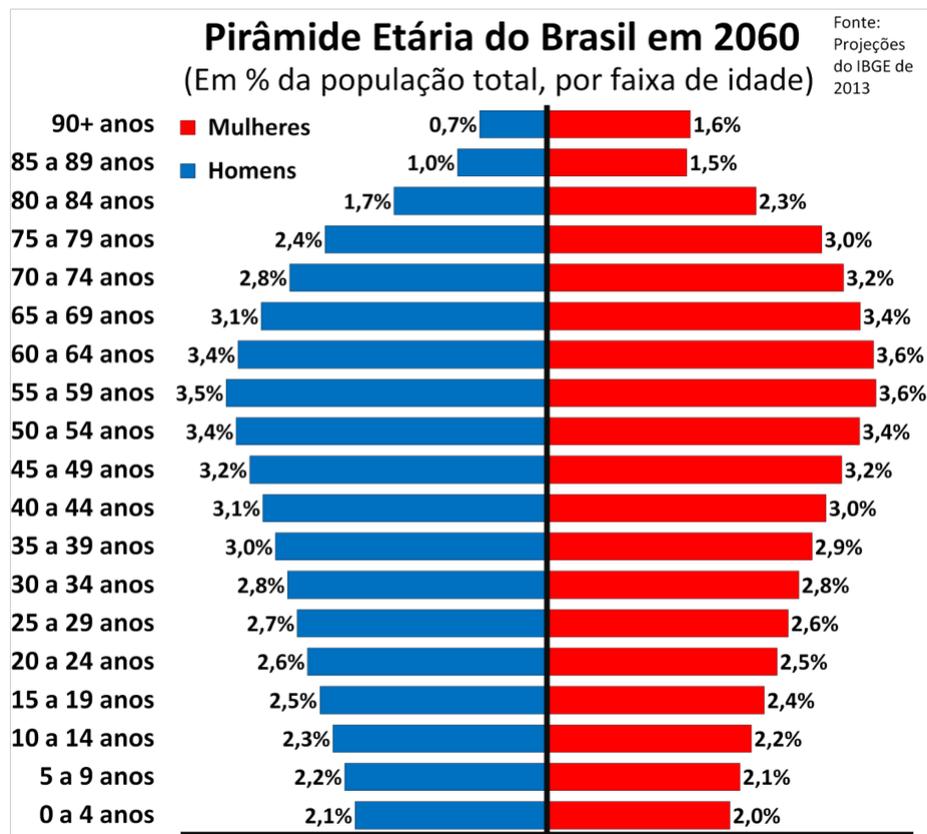
Fonte: Brasil (2011a, p. 10).

No que se refere à interpretação do gráfico anterior, o Ministério acrescenta ainda que:

De acordo com o Estatuto do Idoso, em vigor desde janeiro de 2004, são consideradas idosas todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Existem no Brasil cerca de 20,6 milhões de indivíduos nesta faixa etária, de acordo com o Censo 2010. Do total de idosos brasileiros, aproximadamente 44,1% (7,37 milhões) são homens e, por diferença, 55,9% (9,36 milhões) são mulheres. Nos últimos 40 anos (1970-2010), a taxa de participação dos idosos na população total mais que dobrou, passando de 5,1% para 10,8%. A variação positiva mais expressiva foi observada entre as mulheres (+6,5 pontos percentuais), comparativamente aos homens (+4,8 pontos percentuais). (BRASIL, 2011a, p. 10).

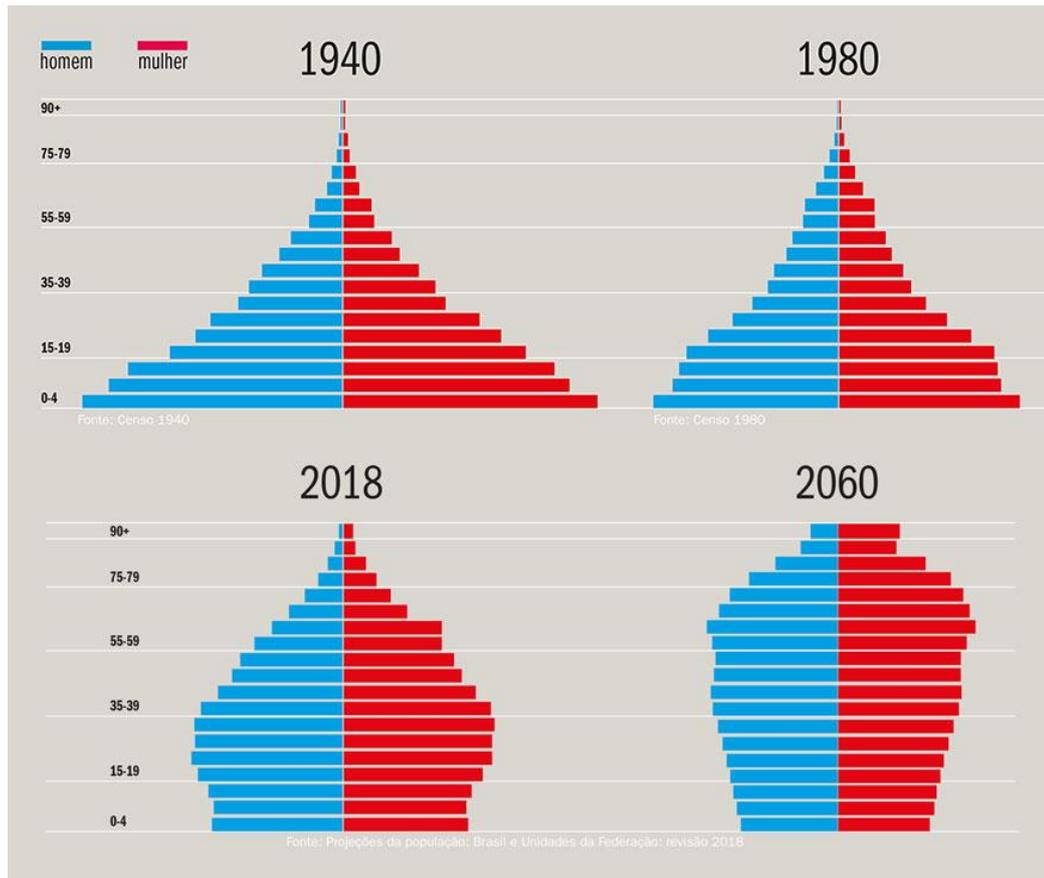
O fato é que o sexo feminino, apesar das desigualdades e desvantagens socioeconômicas, culturais e biológicas, em sua maioria, tem uma expectativa de vida maior que os homens. Isso é confirmado nos dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no recenseamento geral realizado em 2010, e revisado em 2013 e 2018, conforme gráficos 7 e 8 a seguir.

Gráfico 7 - Pirâmide etária do Brasil em 2060



Fonte: IBGE (2013).

Gráfico 8 - Pirâmide etária comparativa dos anos 1940, 1980, 2018 e projeção de 2060 no Brasil



Fonte IBGE (2018).

Conforme observado, o IBGE (2013; 2018), em suas projeções populacionais através dos gráficos 7 e 8 confirmam o processo de feminização do envelhecimento. Para 2060 estima um contingente de 33 milhões de homens idosos e 40,6 milhões de mulheres idosas, com superávit feminino de 7,6 milhões de mulheres.

O processo de envelhecimento no país, poderá ser acelerado também pelo declínio da mortalidade nas idades mais avançadas em função das melhorias tecnológicas, nas áreas de saúde e em outras áreas. Carvalho e Wong (2008), entendem que a migração interna tem também papel significativo na definição das estruturas etárias regionais.

Segundo Lima e Bueno (2009, p. 276), “a menor mortalidade feminina explica essa diferença e faz com que essa taxa cresça cada vez mais. Como consequência disso, quanto mais velho for o contingente estudado, maior será o número de mulheres”. Isso se deve a comportamentos específicos do homem e da mulher.

“Mulheres frequentam mais os centros de saúde, homens estão mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito e somam-se à prevalência de alcoolismo, drogas e tabagismo – vícios que afetam também mulheres, mas em menor proporção.” (LIMA; BUENO, 2009, p. 276). Acrescentam ainda que:

Em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos. Em 2050, essa relação será de 100 idosas para 76 idosos do sexo masculino. Ainda entre os mais idosos, que têm 80 anos ou mais, para cada 100 mulheres o número de homens deverá cair entre 2000 e 2050, de 71 para 61. Haveria, portanto, em meados do século, quase duas mulheres para cada homem entre os mais idosos. (LIMA; BUENO, 2009, p.274).

Essas mulheres idosas estão sofrendo influências sociais no modo de viver², pois envelhecer, além dos determinantes físicos, também sofre a influência dos determinantes sociais conforme a subjetividade. Enquanto no passado essas mulheres se detiveram ao papel social de avós, hoje o que mais querem é a realização de seus sonhos e desejos deixados ao longo da vida (LIMA; BUENO, 2009).

Chaimowicz (1997), acrescenta que há correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. De acordo com o autor, com o aumento da expectativa de vida e o aumento do número de idosos, tornaram-se mais frequentes as doenças crônico-degenerativas e suas sequelas, o que implica em décadas de utilização dos serviços de saúde pela população acima de 60 anos.

As pesquisas demonstram que as mulheres estão vivendo mais do que os homens, e constituem hoje a maior parcela da população idosa, conforme já foi feito referência anteriormente. Esse fenômeno específico de transversalização de gênero é denominado pelos estudiosos de feminização do envelhecimento, e está associado a projeções epidemiológicas que indicam uma considerável prevalência de dor crônica em mulheres idosas no Brasil (HAYAR et al, 2014).

² A pesquisadora observou em sua experiência em Psicologia e Gerontologia, que as mulheres são maioria comprovadas nos grupos de convivência e de educação continuada nas faculdades de terceira idade, buscando “ocupar o tempo”, “aproveitar a vida”, o que não foi possível anteriormente, quando cuidavam do lar, marido e filhos, em que muitas também, além dessas atividades, trabalhavam fora para ajudar no sustento.

Junto a presença dessas mulheres, sedentas por tudo aproveitar, observou-se também, a presença de muitas mulheres que buscam ressignificar a vida, encaminhadas aos grupos de convivência e terapias por médicos, psicólogos, amigos e familiares por se encontrarem depressivas, sem sentido de vida, com dores crônicas e fibromiálgicas.

O fenômeno de feminização do envelhecimento significa que se terá uma população envelhecida com maior percentual de mulheres do que de homens e essas mulheres precisam estar assistidas pelo Estado, pela sociedade e pela família, para além do seu desenvolvimento e sustento, mas, também, enquanto sujeito pleno de direitos e dignidade humana, tendo sido propiciada sua autonomia e independência em ciclos anteriores para, na velhice, não se constituírem como um estorvo social, ou seja, mulheres não produtivas, adoecidas e experimentando contínua e intensamente dores.

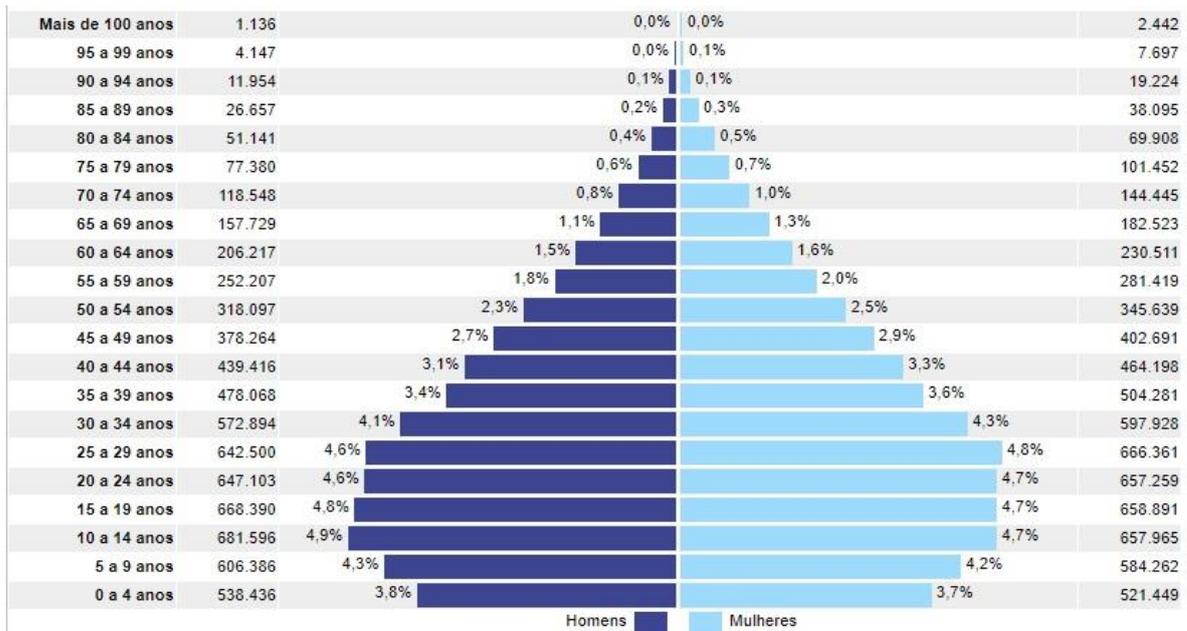
Nesse diapasão, Hayar (2013, p. 17) acrescenta que:

As mulheres, principalmente aquelas menos favorecida do ponto de vista socioeconômico, sofrem com certos agravantes por viverem um histórico de discriminação e desigualdades estruturais. Assim, ao chegar à fase final de suas vidas, são elas que ficam mais sujeitas à conjunção da tríade pobreza, solidão e doença.

Esse fenômeno tem se demonstrado global e local, chamando a atenção dos pesquisadores para os estados e municípios da federação. Essa realidade, exige dos gestores públicos adequações e maior efetividade nas políticas públicas, conforme a realidade e as demandas de cada estado e município respectivamente, com atenção às camadas mais pobres e vulneráveis do tecido social.

O Estado da Bahia, assim como o município de Salvador, também acompanham o processo de feminização do envelhecimento, como um fenômeno transversal ao envelhecimento populacional. É o que pode ser observado nos gráficos 9 e 10 do IBGE (2010), respectivamente a seguir:

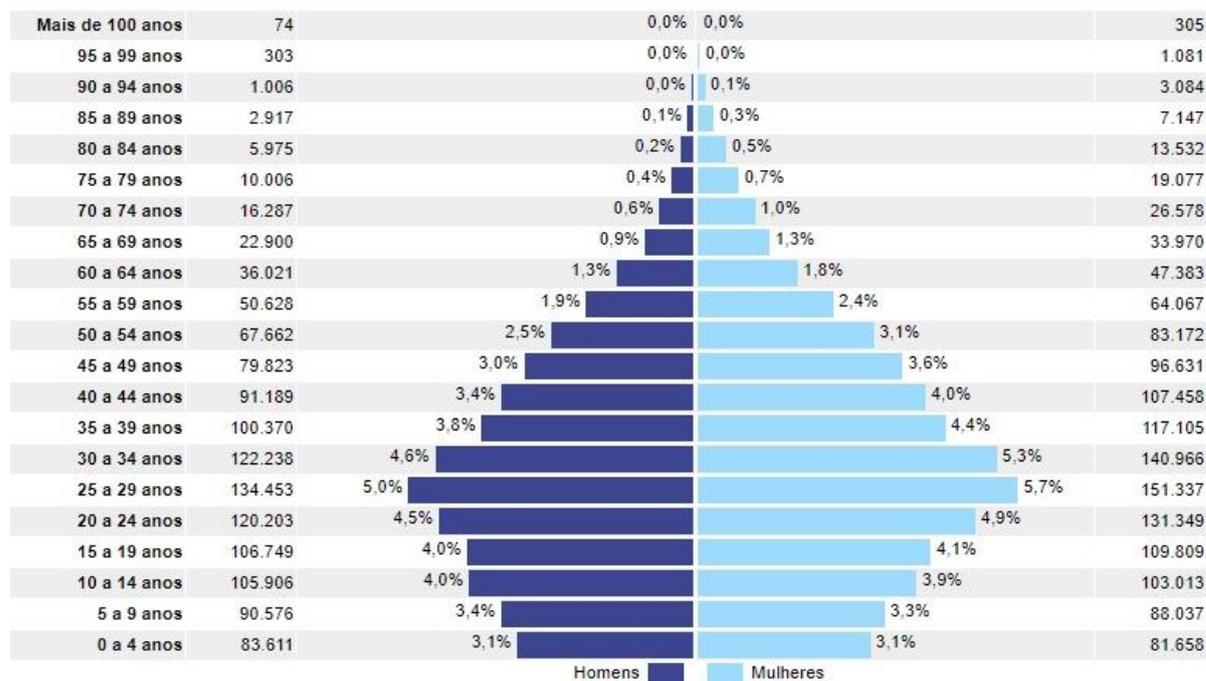
Gráfico 9 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na Bahia em 2010



Fonte: IBGE (2010).

Observa-se que o quantitativo de mulheres, descrito pela coloração azul claro, é maior do que o quantitativo azul escuro, descrito para os homens. Observa-se também, enquanto projeção, que a faixa etária que se encontra entre os 24 e 44 anos estarão, no futuro, enquanto uma projeção, no topo da pirâmide, propiciando assim uma diferenciação na pirâmide etária brasileira, conforme está demonstrado nos gráficos 7 e 8 do IBGE. O mesmo ocorre com a análise no gráfico 10 a seguir, referente ao município de Salvador, as mulheres são maioria.

Gráfico 10 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na cidade de Salvador/BA em 2010



Fonte: IBGE (2010).

Em relação ao município de Salvador, o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD; IPEA; FJP, 2013), traz os seguintes dados: a sua área corresponde a 319,86Km², com uma população de 2.675.656 hab., e IDHM de 0,759, conforme censo oficial realizado em 2010. Quanto a parcela da população idosa e a qualidade do seu envelhecimento, os dados detalhados ainda são invisíveis e superficiais. Contudo, de forma sucinta, o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, com referência ao município de Salvador traz que:

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 5,5 anos na última década, passando de 69,6 anos, em 2000, para 75,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 65,7 anos. (PNUD; IPEA; FJP, 2013, n.p.).

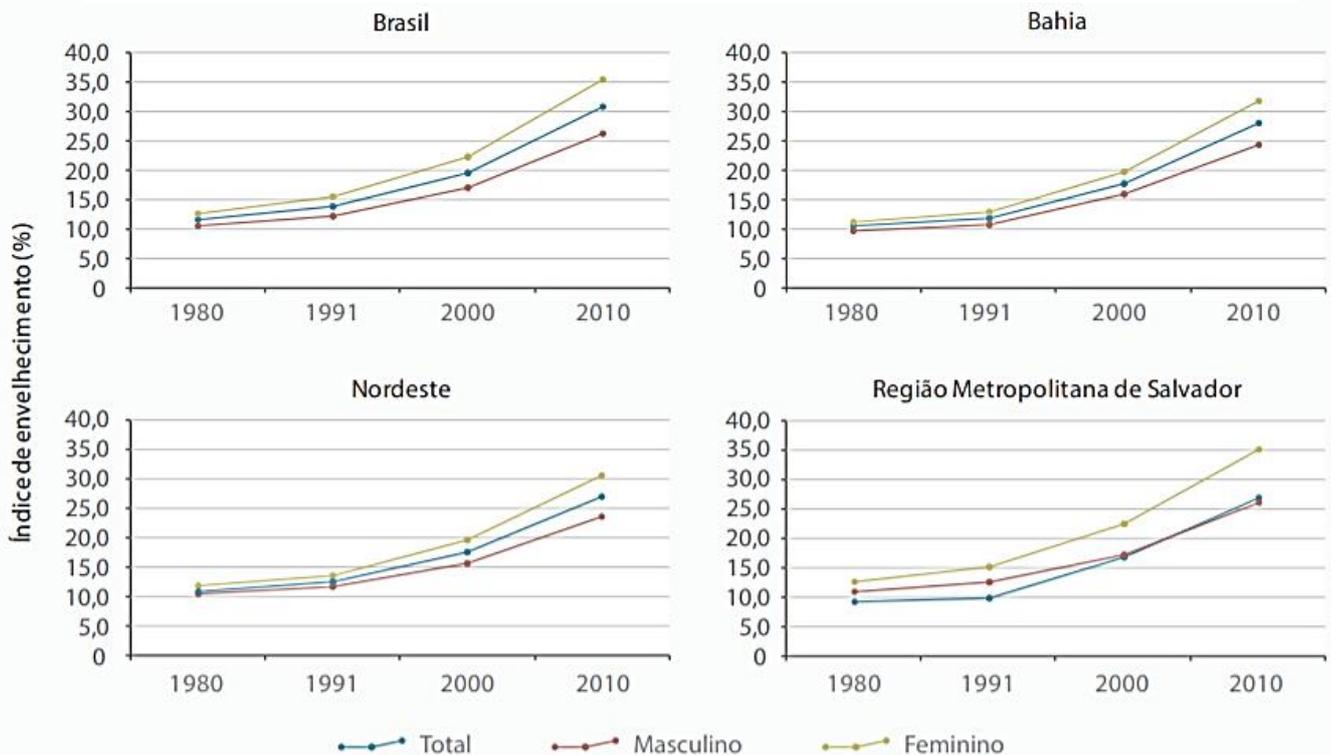
Atualizando os números de idosos no estado da Bahia, segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), chegou a dois milhões, e o estado é o sétimo no Brasil, no que tange ao aumento da população idosa. Veja-se o que diz o Instituto:

Conforme apontou a pesquisa, em um ano, o crescimento da população idosa na Bahia foi de 6,8%, índice maior que a média nacional, que foi de 3,7%. O contingente de pessoas de 60 anos ou mais no estado passou de 1,9 milhão, em 2015, para pouco mais de 2 milhões de pessoas em 2016. A expectativa é de chegar em três milhões em menos de 15 anos. No ano passado, a população da Bahia somava cerca de 15,3 milhões de pessoas. (IBGE, 2016, n.p.)

Informa ainda o Instituto, que apesar do número de idosos no município, crescer em “ritmo maior que o resto da população na Bahia”, o estudo do IBGE conclui que “a quantidade de idosos na Bahia é menor que a média nacional, e faz uma projeção de que, em 2030, o estado terá quase três milhões de idosos”.

Conforme dados do SEI Demografia (2015, p.02), datados de 2015, p.02, ao projetar o índice de envelhecimento total para o ano de 2020, foi obtido um valor de 35,1% de homens e 46,2% para mulheres. Para as projeções de 2025, esse índice chegará à marca de 42% para os homens e 56,1% para mulheres, e culminando com os valores de 52,3% para homens e 70,7% para mulheres em 2030.

Gráfico 11 - Índice de Envelhecimento - Brasil, Nordeste, Bahia e RMS - 1980/2010



Fonte: SEI Demografia (2015, p.02).

Percebe-se, portanto, conforme os gráficos anteriores, e diante de todos os dados estatísticos apresentados até o momento, que o fenômeno de feminização no processo de envelhecimento populacional brasileiro global e local, não é ficção, mas uma realidade que se impõe e solicita atenção das instâncias com atribuições para elaborar e implementar políticas públicas de atenção ao problema.

O aumento da faixa etária de idosos, principalmente idosas, no processo de envelhecimento populacional não demonstra contudo, uma equivalência no aumento da qualidade de vida. Nesse sentido, instrumentalizar-se para garantir uma melhor qualidade de vida para essa parcela da população, principalmente para as mulheres a partir do evidente processo de feminização do envelhecimento, deve ser um dos objetivos não só do Estado, mas de todos os seus cidadãos.

Ser idoso no Brasil já apresenta inúmeras dificuldades e equivalências com perdas, sofrimentos, abandono e dor. Esse grau se eleva de forma considerável para as mulheres idosas. Mulheres pobres, vulneráveis, entregues à própria sorte, dependente de auxílios e caridade alheia. Associada a essas dificuldades, a maioria das idosas sofrem de dores crônicas fibromiálgicas que dificultam e impedem suas atividades de vida diária (AVDs), além de trazerem isolamento social e baixa qualidade em todos os seguimentos exigidos para um envelhecimento digno e humano.

A qualidade do envelhecimento de uma população é importante, não apenas pelo reflexo que traz ao fator dignidade da pessoa humana, mas também, por ser o envelhecimento populacional, um dos indicadores do desenvolvimento humano de um país, índice muito importante conforme se discutirá no próximo tópico.

2.2 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL ENQUANTO INDICADOR DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Uma das grandes metas dos países emergentes é a busca pelo desenvolvimento. Mas o que isso significa? Em um primeiro momento, é comum correlacionar ou associar a ideia de desenvolvimento exclusivamente a noção de crescimento econômico. Nesse sentido, a análise do Produto Interno Bruto – PIB – de

um determinado Estado representou um dos mais importantes índices para aferição do seu grau de desenvolvimento.

Não obstante, o economista indiano Amartya Sen, em sua obra *Desenvolvimento como Liberdade*, tece severas críticas a essa compreensão de desenvolvimento, denominada por ele enquanto uma visão restrita, haja vista levar em consideração apenas os dados oriundos do crescimento do Produto Interno Bruto. Segundo Sen (1999), saber a totalidade dos serviços e bens produzidos em um Estado, seja por empresas nacionais ou estrangeiras, não significa dizer que houve uma melhora na qualidade de vida da população.

Sen (1999) apresenta uma nova perspectiva compreensiva à ideia de desenvolvimento, haja vista não estabelecer um silogismo, uma relação direta de causa e efeito com o crescimento econômico. Para ele, o desenvolvimento deve ser entendido enquanto um fator importante e distinto, todavia que não se baseia exclusivamente em índices de crescimento econômico, mas em índices que reflitam a melhora da qualidade de vida dos indivíduos, o que engendra o fortalecimento e ampliação das liberdades. Foi a partir dessa crítica, que Amartya Sen e Mahbub ul Haq desenvolveram o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi um elemento estratégico na nova abordagem. Ele simboliza a mudança no pensamento, ainda que não capture plenamente a riqueza do desenvolvimento humano. Como medida composta da saúde, da educação e do rendimento, o IDH avalia os níveis e o progresso, usando um conceito de desenvolvimento muito mais amplo do que o permitido pelo rendimento por si só [...]. E tal como acontece com qualquer medida agregada e comparação internacional, simplifica e captura apenas uma parte do que o desenvolvimento humano envolve. (PNUD, 2010, p.13)

O índice de desenvolvimento humano, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano (UNDP, 2016), compreende as dimensões saúde, educação e padrões de vida, a partir da observância de quatro indicadores, quais sejam: esperança de vida à nascença, média de anos de escolaridade e anos de escolaridade esperados, e rendimento nacional bruto per capita.

Nessa perspectiva, o crescimento econômico não se justifica por si só como garantidor do desenvolvimento. Ele implica em um feixe de elementos que revelem a melhoria das condições sociais de uma determinada população. Nesse sentido, Sen

(2010) apresenta a discussão em torno da questão das liberdades, por entender que elas são estruturantes para se ter um indivíduo com uma forte atuação social e, portanto, protagonista das ações Estatais. Para ele, “O que as pessoas conseguem realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras, como boa saúde, educação básica e incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas.” (SEN, 2010, p.18).

Com base nas informações do site da OMS, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) reflete, resumidamente, a educação, a longevidade e a renda de um país, o que se verá detalhado à diante. Publicado anualmente pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2019), o valor de IDH do Brasil em 2018 está descrito no valor de 0,761, e coloca o Brasil na 79ª posição de IDH, entre 189 países. Os primeiros colocados nessa escala são: Noruega, Suíça, Irlanda, Alemanha, Hong Kong (China), Austrália, Islândia, Suécia, Singapura, Holanda, Dinamarca, Finlândia. Na América do sul, o Brasil ocupa a quarta colocação, atrás do Chile, Argentina e Uruguai (PNUD, 2019).

O Atlas do Desenvolvimento Humano, estudo esse coordenado pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e pela Fundação João Pinheiro – FJP, trazem dados que, convergentes com os do IBGE e projetados sobre conceitos inerentes ao Índice de Desenvolvimento Humano, corroboram o que sustenta Sen. Confira-se:

O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 é uma publicação coordenada pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e FJP (Fundação João Pinheiro). Para essa publicação foram utilizados dados dos censos demográficos de 1991, 2000 e 2010, providos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e incluiu temas como saúde, educação, renda, trabalho, habitação e vulnerabilidade.

Segundo os autores, o conceito de desenvolvimento humano tem como medida o IDH, que por sua vez considera três dimensões como relevantes para a expansão das liberdades das pessoas, a saber: “a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável – saúde –, ter acesso ao conhecimento – educação – e poder desfrutar de um padrão de vida digno – renda”. No campo da saúde, o IDH assume que uma vida longa e saudável é reflexo da expectativa de vida ao nascer. O aumento desse indicador indica melhoria das condições de vida e de acesso aos serviços de saúde e, particularmente no Brasil nesse período, está associado as importantes quedas da mortalidade infantil.

A publicação afirma ainda que: “[...]Se as capacidades das pessoas são restringidas, assim são também suas oportunidades. Se uma jovem brasileira tem pouco acesso ao sistema educacional, ela deixa de aprender a ler e escrever, participa menos dos processos decisórios à sua volta, conhece

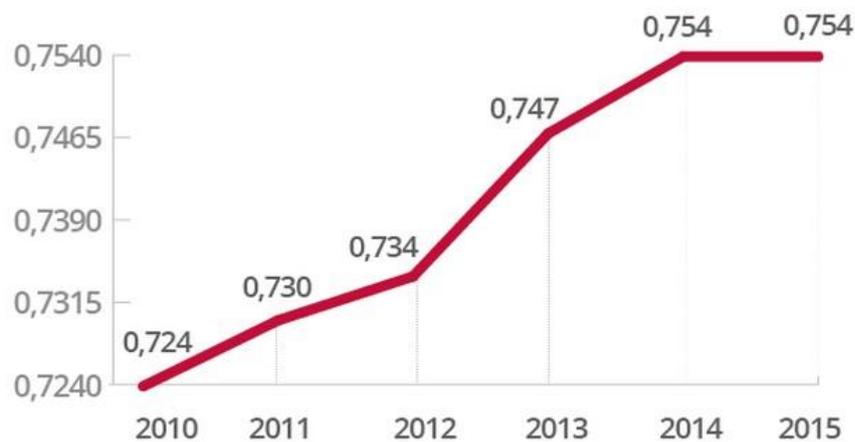
menos sua realidade, encontra poucas oportunidades de trabalho, reivindica menos os seus direitos. Seu rol de escolhas fica limitado e, conseqüentemente, suas capacidades não podem ser exercidas na plenitude[...] (PNUD; IPEA; FJP, 2013, n.p.).

Percebe-se que a expectativa de vida e a qualidade do envelhecimento balizam, de forma substancial, o valor do IDH de um país. Dito isso, observa-se a importância da efetividade das políticas públicas, para que o Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil possa voltar a crescer pois, conforme o gráfico a seguir, encontra-se estacionado. Serão as políticas públicas que terão o condão de modificar a realidade social brasileira, principalmente para os idosos, ampliando e fortalecendo as liberdades individuais e coletivas da população, o que será determinante para a observância ou não do que se chama desenvolvimento, conforme descrito acima pela Organização-Panamericana da Saúde (OPAS, 2009).

Gráfico 12 - IDH do Brasil estaciona

IDH do Brasil estaciona

Desde 2010, índice brasileiro só aumentava



Fonte: Relatório de Desenvolvimento Humano das Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud)



Infográfico elaborado em: 20/03/2017

Fonte: Matoso (2017).

A partir do entendimento da mudança paradigmática que amplia a compreensão de desenvolvimento para além do crescimento econômico, o Índice de

Desenvolvimento Humano tornou-se o elemento central ante as discussões estatais. Por ser um índice oriundo de cálculos que levam em consideração quatro indicadores (expectativa de vida em razão da natalidade, média de anos de escolaridade e anos de escolaridade esperados, e rendimento nacional bruto per capita), espera-se que os Estados possuam políticas públicas que visem resolver problemas que limitam a qualidade de vida de sua população.

De forma mais detalhada, para maior compreensão, a métrica usada para medir o IDH, é a renda bruta per capita ajustada pela paridade do poder de compra dos países. Diferente da renda interna bruta PIB, que leva em consideração o fluxo de capital que entra e sai do país. Quanto a longevidade, a métrica utilizada é a expectativa de vida ao nascer, que mede quantos anos é esperado para que uma pessoa nascida em determinado ano em um país viva; são consideradas aqui as taxas de mortalidade ali descritas no ano de nascimento, assim como a qualidade desse envelhecimento. A Educação também é observada: aqui são ponderados dois indicadores que dialogam entre si, a escolaridade média da população e a expectativa de escolaridade, ou seja, a qual escolaridade aquela população alcança e a expectativa de tempo que leva estudando.

Nesse esteio, ante a um cenário de um envelhecimento populacional em esferas não só locais e regionais, mas também globais (CAMARANO, 1999), muito se tem discutido acerca da longevidade e políticas que sejam direcionadas aos idosos de forma a melhor contemplá-los. No Brasil, o aumento do envelhecimento populacional já é uma realidade viva nos primeiros vinte anos do século XXI, e a expectativa é que esse fenômeno se intensifique ainda mais até 2050 (IBGE, 2016).

Observa-se, contudo, uma grande distância entre as disposições constitucionais e infraconstitucionais e a realidade da população idosa brasileira, conforme já se viu neste capítulo. A não efetividade de determinadas políticas públicas revelam a distância entre o interesse público e a vontade política, o que acaba por limitar a qualidade de vida, engendrando a não substanciação das liberdades individuais e coletivas da população idosa (SEN, 2010).

A vontade política para o implemento da norma acorde Rulli Neto (2003), é condição *sine qua non*, para que o interesse público transcenda os textos

Constitucional e infraconstitucional, e assegure em sua prática não apenas o direito, mas também a qualidade de vida para todos os cidadãos, especialmente para as camadas mais vulneráveis do tecido social, como os idosos.

O conceito de interesse público, tem sido alvo de vários estudos, como pode ser observado por Silva Cristóvam (2013) ao abordar os contornos do conceito de interesse público no Estado Constitucional de Direito, assentado na teoria dos direitos fundamentais e no princípio da dignidade humana:

O estudo aborda os contornos do conceito de interesse público no Estado constitucional de direito, sob o marco da teoria do neoconstitucionalismo, com a crítica aos tradicionais contornos do princípio da supremacia do interesse público sobre o privado. O Estado constitucional de direito, assentado na teoria dos direitos fundamentais e na centralidade do princípio da dignidade da pessoa humana, reclama uma profunda redefinição dos contornos do regime jurídico administrativo, impondo-se a construção de um conceito de interesse público compatível com essa nova engenharia constitucional, indelevelmente marcada pelo traço humanista da personalização da ordem normativa constitucional. Esse novo marco normativo e político-institucional indica a superação da tradicional centralidade do princípio da supremacia do interesse público sobre o particular, propalado como princípio estruturante do regime jurídico administrativo, com a sua readequação aos novos vetores normativos do Estado constitucional de direito, fundado na defesa dos direitos fundamentais e no primado da dignidade humana. (CRISTOVÂM, 2013, p.1).

Almejar o desenvolvimento estatal de forma a se equiparar a países denominados de “primeiro mundo” significa estabelecer uma real efetividade das políticas públicas propostas e, portanto, do interesse público. Nesse diapasão, além da formulação de políticas públicas, deve-se discutir sobre os instrumentos avaliativos e reparativos dessas políticas, pois serão eles os responsáveis por readequá-las com vistas a resolução do problema público que ensejou a criação da política.

Segundo Di Pietro (2006), o princípio da supremacia do interesse público, deverá estar presente tanto na elaboração da lei, como na sua execução, vinculado sempre a atuação da autoridade administrativa. Contudo, o interesse público não poderá ferir ao princípio do Estado democrático de direito, estar misturado a interesses contrários à legalidade, nem tão pouco se confundir com os interesses dos gestores públicos, com a conveniência da administração pública, ou ainda qualificado como interesse da maioria da população. Deverá sim estar de acordo com os direitos fundamentais e o princípio da dignidade da pessoa humana, é o que afirma Cristóvam (2013):

O interesse público (um conceito jurídico indeterminado) não pode ser resumido a uma questão numérica, sob pena de afronta direta e extremamente perigosa ao princípio do Estado democrático de direito. Não se trata de um conceito quantitativo, mas sim qualitativo, devendo ser entendido como o interesse coletivo abstratamente considerado, a partir dos valores consolidados pelo sistema constitucional. O interesse público é a expressão dos valores indisponíveis e inarredáveis assegurados pela Constituição, sob o signo inarredável dos direitos fundamentais e da centralidade do princípio da dignidade da pessoa humana (personalização da ordem constitucional). (CRISTOVAM, 2013, p.238).

É indispensável a noção clara e constitucional do interesse público para embasar a formulação de políticas públicas diante das necessidades que se apresentam com o envelhecimento da população, com o devido respeito àqueles que prestaram seu serviço à família, à sociedade e ao Estado no cumprimento do seu papel social, quer na ordem individual, quer no coletivo. Respeitar esse indivíduo, é respeitar sua história e toda uma geração. Corroborando essa ideia, Alexandre de Moraes (2007, p. 805) acrescenta que:

Mais do que reconhecimento formal é obrigação do Estado para com os cidadãos da terceira idade, que contribuíram para seu crescimento e desenvolvimento, o absoluto respeito aos direitos humanos fundamentais dos idosos, tanto em seu aspecto individual como comunitário, espiritual e social, relaciona-se diretamente com a previsão constitucional de consagração da dignidade da pessoa humana. O reconhecimento àqueles que construíram com amor, trabalho e esperança a história de nosso país tem efeito multiplicador de cidadania, ensinando às novas gerações a importância de respeito permanente aos direitos fundamentais, desde o nascimento até a terceira idade.

O processo de envelhecimento populacional do Brasil já está posto, conforme dados recentes, assim como um fenômeno transversal a esse envelhecimento chamado de “feminização do envelhecimento” ou seja, o aumento do número de mulheres idosas nesse contingente de população envelhecida se demonstra como realidade. Contudo, foi necessário espelhar aqui a vulnerabilidade e o abandono que o idoso brasileiro se encontra, além da contradição entre o aumento da longevidade e o baixo índice de desenvolvimento humano do país, expressando assim, a necessidade da efetividade das políticas públicas existentes e da elaboração de novas políticas públicas que possam alcançar os novos problemas públicos impostos na atualidade, principalmente quanto as mulheres idosas.

É dever do Estado, da família e da sociedade a ampliação da percepção da dignidade humana diante do idoso em seu contexto familiar, social, profissional e humano. É dever respeitar e assistir o idoso, homem ou mulher em seu contexto

histórico e biopsicossocial, com o objetivo de minorar o seu sofrimento e facilitar seu processo de ressignificação de vida, voltado principalmente para seu bem-estar em processo de envelhecimento, afinal o direito de envelhecer é um direito personalíssimo, conforme reza o artigo 8º, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

A argumentação aqui arrolada visa demonstrar a necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas no Brasil, mediante um real interesse público demonstrado na efetividade da vontade política refletida em ações que possibilitem a mudança do quadro que ora se demonstra, principalmente para a população idosa.

Aqui, ainda faz-se necessário ainda ampliar a compreensão do contexto legal sobre o direito de envelhecer no Brasil bem como a elaboração problematizadora acerca de se essa legislação encontra-se em conformidade com a realidade brasileira. É o que se discutirá no capítulo seguinte.

3 O DIREITO DE ENVELHECER: CONTEXTO LEGAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E A REALIDADE BRASILEIRA

Inicialmente é de fundamental importância, antes de adentrar ao direito de envelhecer, políticas públicas e a realidade brasileira, esclarecer sobre a conceituação do termo envelhecer. Segundo Jordão Netto (1997 p. 33), com o respaldo da Gerontologia (ciência que estuda o envelhecimento biopsicossocial), envelhecer é um processo natural, orgânico, dinâmico, progressivo e irreversível que se instala no indivíduo desde o nascimento e o acompanha por toda a vida, provocando alterações no corpo, nas funções orgânicas e reações químicas do organismo. A pessoa é considerada idosa, por marco legal, a partir da idade igual ou superior a 60 anos.

O critério etário para definir o marco de entrada na terceira idade, ou seja, quando um indivíduo passa a ser considerado idoso ou idosa é o marco legal que se baseia em questões biológicas de perdas progressivas de funções. Contudo, deve-se esclarecer que existem divergências doutrinárias, principalmente quando esse critério necessita ser examinado para a concessão de benefícios previstos no ordenamento pátrio. Sobre isso, esclarece Camarano:

Parte-se do princípio de que o envelhecimento de um indivíduo está associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais. Então, o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e a motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivos e novas conquistas pessoais e familiares.[...] O critério de classificação é uma regra que permite agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns a todos eles. Para o estabelecimento da regra, cabe definir o conteúdo do grupo populacional criado em termos de outras dimensões, além das utilizadas para classificação, dimensões que são muitas vezes inferidas e não observadas. Em outras palavras, o grupo social "idoso", mesmo quando definido apenas etariamente, não suscita somente referências a um conjunto de pessoas com muita idade, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas. [...] A grande vantagem do critério etário de definição de idoso para as políticas públicas reside na facilidade de sua verificação. (CAMARANO, 2004, p.04-06)

O artigo 1º da lei 10.741/2003, regulamentando texto constitucional, traz que: "É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos" (BRASIL, 2003, n.p.). Contudo, para concessão de benefícios, essa idade se eleva a partir de 65 anos, a exemplo do artigo 34 do próprio Estatuto do idoso, referindo-se ao benefício de um

salário-mínimo, com base na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e esta, em seu artigo 20, referindo-se ao benefício de prestação continuada. O próprio texto constitucional de 1988, em seu artigo 203, que trata da assistência V, estabelece como beneficiário o idoso, mas não menciona a idade, o que viria a ser regulamentado pela Lei 10.741/2003.

O Estatuto do idoso, em seu artigo 1º, “destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”, definiu o que se entende por idoso, e regulamentou o dispositivo constitucional, não trazendo dúvidas a este marco etário inicial de 60 anos. Contudo, esse conflito ainda restringe e viola os direitos dos idosos, sendo pauta para muitos julgados, como pode ser observado a seguir em julgado da 2ª Vara do Juizado Especial Federal de Criciúma, Estado de Santa Catarina:

A Justiça Federal determinou ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que pague o benefício assistencial de um salário-mínimo a uma pessoa de 62 anos de idade, três a menos que a prevista na legislação sobre o benefício, que é de 65 anos. Segundo a juíza Adriana Regina Barni Ritter, da 2ª Vara do Juizado Especial Federal de Criciúma, são inconstitucionais os artigos da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e do Estatuto do Idoso que preveem o benefício para pessoas com mais de 65 em situação de carência. A juíza observou ainda que o próprio estatuto, em outro artigo, considera idosas as pessoas que tenham pelo menos 60 anos de idade. Não tendo a Constituição Federal limitado a idade do idoso para fins de amparo social, a lei não poderia fazê-lo, porque isso implica [...] total afronta ao princípio da igualdade”, afirmou a juíza. Para a magistrada, se o Estatuto do Idoso estabelece que as pessoas a partir de 60 são consideradas idosas e devem ter proteção integral, a idade mínima para receber o benefício deveria ser a mesma. A expressão “conforme dispuser a lei”, que está no texto constitucional, também não autoriza o limite de 65 anos. “Do contrário, poder-se-ia admitir [...] que o legislador instituísse qualquer idade mínima, como [...] 70, 75, 80 anos, o que, certamente, não foi a intenção do constituinte. (TRF4, 2012, n.p.).

O envelhecimento populacional no Brasil, conforme se demonstrou no capítulo anterior, apresenta significativas mudanças sociais, econômicas e políticas, além de apresentar divergência doutrinária quanto ao marco etário inicial para a concessão de benefícios. Nesse sentido, mister se faz assegurar direitos e garantias constitucionais aos idosos em conformidade com a sua realidade, para propiciar um envelhecimento de qualidade e dignidade, evitando o crescente processo de judicialização³ sobre essa

³ Como o tópico da judicialização do direito dos idosos à saúde foge ao corte epistemológico da presente pesquisa, indica-se enquanto leitura complementar os artigos “O idoso e a problemática da Judicialização da saúde no Brasil”, (COSTA; FRIEDE; MIRANDA, 2019) e “Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil”. (MACHADO, 2008).

temática. Nesse sentido, é imprescindível revisar parte dessa legislação brasileira destinada aos idosos, escolhidas aqui as basilares.

Muitas são as legislações referentes aos idosos no ordenamento jurídico brasileiro, a iniciar pela Carta Magna, também chamada de Constituição Cidadã de 1988, direta ou indiretamente, dispõe sobre os direitos e garantias dos idosos. Legislações correlatas à Constituição Federal, formam o microsistema legal voltado à proteção do idoso, composto por diversos instrumentos jurídicos, tais como: leis, regulamentos, Decreto-Lei, resoluções, disposições, que ampliam o ordenamento brasileiro visando assegurar e regulamentar direitos constitucionais, ainda que estejam distantes da realidade factual dos idosos brasileiros.

O presente capítulo se destina a examinar se existe um direito de envelhecer a partir do contexto legal brasileiro. Para isso, será necessário apresentar inicialmente o ordenamento jurídico pátrio destinado aos idosos, desde a Constituição Federal de 1988, passando pela Política Nacional do Idoso de 1994 até o Estatuto do Idoso de 2003. Como a pesquisa possui como corte epistemológico a discussão em torno de políticas públicas para idosas fibromiálgicas, se buscará também, nesse capítulo, elucidar o conceito de políticas públicas para que se tenha condições de melhor compreender as políticas públicas de saúde para as mulheres na terceira idade a partir da realidade brasileira.

3.1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA ENQUANTO ELEMENTO ELUCIDATIVO DO DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA E CONSEQUENTEMENTE AO ENVELHECIMENTO

A Constituição Federal Brasileira de 1988, inspirada no constitucionalismo alemão, português e espanhol, foi a primeira constituição brasileira a trazer a expressão genérica “direitos e garantias constitucionais”, abrangendo diversas espécies de direitos, entre eles: direitos individuais e coletivos; sociais; referentes à nacionalidade; aos direitos políticos, entre outros, reconheceu e valorou o direito à vida e conseqüentemente o direito ao envelhecimento, o direito das pessoas idosas.

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 230⁴, *caput*, de cunho protetor, garante às pessoas o direito de envelhecer, a partir da condição também garantidora de sua dignidade, bem-estar e direito à vida. Estabelece como dever da família, da sociedade e do Estado amparar as pessoas idosas, e assegurar sua participação na comunidade. Acrescenta os parágrafos 1º e 2º, do supracitado artigo, que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares, mas não descarta com isso o papel do Estado frente as suas necessidades específicas, e traz a garantia constitucional de gratuidade dos transportes coletivos urbanos para os maiores de sessenta e cinco anos.

O Direito de envelhecer, trazido no âmbito da teoria constitucional dos direitos fundamentais, revela sua dupla dimensão, objetiva e subjetiva com sua multifuncionalidade e classificação desses direitos, como pode ser observado em toda a Carta Magna e a partir dela, nas leis ordinárias direcionadas a sua aplicação e regulamentação, aqui especificamente para a pessoa idosa, diante da sua fragilidade e necessidade de um tratamento constitucional especial.

Através do artigo 1º, a Constituição Federal Brasileira, em seu Título I, “Dos Princípios Fundamentais” (BRASIL, 1988), traz como fundamento, através do seu inciso III, a dignidade da pessoa humana, unido à indissolubilidade da Federação Brasileira, constituída em um Estado Democrático de Direito em seu *caput*. Antecipa o valor e a dignidade da pessoa humana, independente de idade, gênero, raça, cor, tratando-se assim, de um comando objetivo que deve ser aplicado e exigido em conduta na aplicabilidade de todo o sistema normativo brasileiro constitucional e infraconstitucional.

Demonstra-se com isso grande avanço, uma vez que, outrora, a pessoa digna estava intrinsecamente relacionada apenas ao seu *status* social e ao seu reconhecimento pelos demais membros da comunidade, assim seriam mais ou menos dignas de acordo com a sua posição social.

São Tomás de Aquino, foi quem pela primeira vez cunhou a expressão *dignitas humana*, afirmando que “a dignidade é inerente ao homem, como

⁴ “Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.” (BRASIL, 1988, n.p.)

espécie; e ela existe *in actu* só no homem enquanto indivíduo.” (*apud* FACHIN, 2009, p. 34).

A dignidade da pessoa humana, está também contemplada na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), enunciados adotados e proclamados pela Organização das Nações Unidas, que estabelece e delinea a proteção universal dos direitos humanos. É um documento que traz um marco na história dos direitos humanos, tendo sido elaborado por representantes de diferentes origens e culturas, há setenta e dois anos, e proclamado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, como uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações. Estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos.

A Constituição brasileira reportando-se à Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), destinou dispositivos específicos de atenção, cuidado e proteção aos idosos. Contudo, ainda existe uma grande distância entre o texto legal e a realidade factual brasileira para uma população que envelhece, é o que sustenta Rulli Neto (2003), ao demonstrar que a Constituição é apenas o primeiro passo rumo à conquista da verdadeira cidadania:

A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu texto, expressamente, direitos e garantias fundamentais, mas, apesar disso, há a necessidade de vontade política para o implemento da norma – direcionamento das políticas públicas para a proteção do ser humano, sempre que não for autoaplicável o dispositivo constitucional ou no caso de depender de implementação de políticas públicas. (RULLI NETO, 2003, p.58).

A Constituição Cidadã possibilitou e inspirou a criação de diversas legislações infraconstitucionais para a disposição e efetivação de determinados preceitos presentes no texto constitucional. Com isso, houve a necessidade de um movimento transversal dialógico entre diversos instrumentos jurídicos existentes e também os vindouros com a Constituição Federal de 1988, tal movimento fora denominado por constitucionalização do Direito (BARROSO, 2007). Nesse contexto estabeleceu-se terreno fértil para a criação de diversos microssistemas legais que visassem a proteção de sujeitos de direitos hipossuficientes, dentre eles o idoso. Nesse esteio é o que reafirma Nascimento (2019, p.17-18):

Os microssistemas foram criados para instrumentalizar os direitos fundamentais previstos em sede constitucional, reafirmando o ordenamento

jurídico enquanto unidade constitucional erigida num sistema aberto que busca correspondência com aqueles que se devem tutelar. Esse diálogo direto que existe entre a Constituição e os microssistemas conduz à necessidade de equilíbrio nas relações, fazendo do Estatuto do Idoso um instrumento para melhor atenção do idoso e da manutenção da dignidade da pessoa humana. (NASCIMENTO, 2019, p.17-18).

O microssistema voltado à proteção da pessoa idosa é composto por um feixe de instrumentos jurídicos, tais como: Estatuto do Idoso, Política Nacional do Idoso, Lei do Atendimento Prioritário etc., aqui sem ordem cronológica. Mostra-se, contudo, necessário, discutir profundamente entre os gestores e a sociedade civil a vontade política e o interesse público (citados anteriormente no tópico 2.2), que revestem esses instrumentos jurídicos, tarefa essa imprescindível para que os textos legais possam sair da teoria para a prática de forma consolidada.

Muitas são as conquistas ainda a serem asseguradas pelos idosos após trinta e dois anos de proclamação da Constituição de 1988, chamada de Constituição Cidadã. A viabilidade de um estado social de direitos e dignidade humana em um país capitalista, que preconiza o lucro e ganho de mercado acima de tudo, torna a qualidade de vida da pessoa idosa cada vez mais distante em relação a outros países. O idoso ainda é visto como um estorvo social que aumenta o quadro das despesas do país e a sua aposentadoria, benefícios ou mesmo assistência, foram desvinculados dos reajuste sobre os dados salariais dos ativos, afastando-os cada vez mais da proteção constitucional que lhe é de direito.

Os direitos adquiridos são questionados e na busca do amparo jurisdicional, o idoso muitas vezes vem a falecer, sem ao menos ter a resposta do estado à sua demanda, ficando sua família com a herança de suposta injustiça, desamparo ou mesmo impunidade.

A longevidade deverá vir acompanhada de uma política nacional do idoso, efetiva, como previsão se faz, que possa assegurar os pilares básicos de dignidade humana como: proteção; respeito; atenção; previdência mantenedora de condições dignas para sua sobrevivência como alimentação, condições assistenciais eficazes, projetos sociais nas áreas de educação continuada para a terceira idade, na áreas de Geriatria, Gerontologia, Psicologia, Odontologia, programas de habitação, saúde; além da inserção social e apoio a pesquisas e estudos sobre as questões relativas ao envelhecimento, como será visto a seguir.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, O ESTATUTO DO IDOSO E A SUA REALIDADE NO BRASIL

A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), disposta na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que institui também o Conselho Nacional do idoso e dá outras providências, traz por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (art.1º, Lei 8.842 de 04/01/1994). Em seu artigo 2º, a supracitada lei o considera, para os efeitos legais, a pessoa maior de sessenta anos de idade.

A supracitada política estabelece de maneira clara seus princípios, elencando a família, a sociedade e o Estado, como instituições que têm o dever de assegurar ao idoso os direitos de cidadania, participação na comunidade, defesa à sua dignidade, bem-estar e direito à vida, princípios esses, também, estabelecidos constitucionalmente, e posteriormente retratados no Estatuto do Idoso de 2003.

Tais princípios, elencados no artigo 3º da referida Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, estabelece como parâmetro que o processo de envelhecimento deve ser objeto do conhecimento de todos, por dizer respeito à sociedade em geral, que não deve haver discriminação ao idoso e esse deve ser o principal destinatário da referida política, onde as diferenças e desigualdades econômicas, regionais, dentre outras contradições quer no meio urbano quer no meio rural, devem ser observadas pelos poderes públicos, sociedade em geral, na aplicação da lei (artigo 3º da Lei nº 8.842/94).

Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso, conforme reza art. 4º da Lei nº 8.842 de 04/01/1994:

- I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às mais gerações;
- II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;
- IV - descentralização político-administrativa;
- V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

- VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;
- VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;
- IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento. (BRASIL, 1994, n.p.).

Tais diretrizes precisam ser eleitas como prioridade nas três esferas de governo, e em suas respectivas agendas e políticas públicas, para que a inconformidade entre legislação e realidade do idoso possa ser dissolvida e revertida em conformidade com qualidade de vida, onde alcançar a terceira idade seja alcançar mais um ciclo de vida e não uma penalidade.

O artigo 10º da supracitada lei estabelece as competências dos órgãos e entidades públicas para sua implementação, nas seguintes áreas: I - área de promoção e assistência social; II- na área de saúde; III - na área de educação; IV- na área de trabalho e previdência social; V - na área de habitação e urbanismo; VI - na área de justiça; VII - na área de cultura, esporte e lazer (BRASIL, 1994).

Apesar de todos os esforços legais, o idoso ainda é tratado de forma indigna, com discriminação, hostilidade, violência e abandono. Fazendo parte da parcela invisível da sociedade, a pessoa idosa não tem respeitada a sua cidadania, e o descumprimento das leis à sua dignidade humana, ainda é realidade no âmbito do governo, da sociedade e da família.

Faz-se necessário ampliarmos um modelo educacional de dignidade da pessoa humana, direcionado a todas as esferas da sociedade, pautado nos valores enunciados, principalmente através da Declaração Universal dos Direitos Humanos, valores esses, que norteiam todo o ordenamento jurídico brasileiro, para que se possa transformar condutas equivocadas que só servem de estímulo para um modelo coercitivo e punitivo, em um modelo que traga relevância social à qualidade de vida, em qualquer idade.

Para corroborar esse entendimento, Alexandre de Moraes (2007, p.805) acrescenta que:

A intensidade e a efetividade do respeito aos idosos demonstram o grau de desenvolvimento educacional de um povo, e somente com educação integral poderemos garantir a perpetuidade e a efetividade do Estado Democrático de Direito, a partir da formação de consciência de cidadania e justiça em todos os cidadãos.

Diante da realidade que se traduz na vida daquele que envelhece no Brasil, percebe-se claramente a dicotomia existente dos textos de lei e a realidade enfrentada por esse público. Sua cidadania é negada e refutada. Tornam-se invisíveis e símbolo de estorvo social.

Entre outras dificuldades enfrentadas pelos idosos, está a garantia de um salário digno. Muitos não têm um salário mínimo mensal digno que preencha as suas necessidades vitais básicas, assim como as de sua família, conforme previsão legal existente, a exemplo do artigo 26 do Estatuto do idoso que resguarda o direito do idoso ter um exercício de atividade profissional, além do artigo 7º, IV, da Constituição Federal de 1988, que estabelece como parâmetro legal um salário que preencha as necessidades de moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, quer para idosos que ainda se encontram trabalhando, quer para idosos que recebem aposentadoria, ou que estejam recebendo benefício de prestação continuada da assistência social (BRASIL, 1988). Quando o foco recai sobre o gênero, como aferir esta realidade projetada sobre as muitas idosas que sustentam filhos e netos?

Quanto ao benefício de prestação continuada da assistência social, este foi regulado em 26 de setembro de 2007, em Brasília, no 186º aniversário da Independência e 189º da República, pelo Decreto nº 6.214, na forma de seu anexo, aos idosos que preenchem os requisitos legais estabelecidos, estando incluídos também os deficientes, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, Estatuto do idoso. Conforme as datas dos textos infraconstitucionais, é possível perceber o lapso de tempo para que houvesse uma tentativa de atenção mais efetiva a esse grupo da sociedade.

O regulamento do benefício, Decreto supracitado, de prestação continuada, previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, traz em seu artigo 1º, a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa idosa com idade de sessenta e cinco anos ou mais (BRASIL, 1993). Para obtenção do benefício, faz-se necessária a

comprovação do idoso de que é hipossuficiente para prover a própria sobrevivência e de que não possui família ou parentes que possam provê-la, o que termina por dificultar ou atrasar o recebimento do benefício.

O benefício referido, integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, foi instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a quem cabe a implementação, a coordenação-geral, a regulação, financiamento, o monitoramento e a avaliação da prestação do benefício, em consonância com a Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Contudo, ao verificar os gráficos de mortalidade por desnutrição e óbitos por causas “não definida e outros”, do IBGE (1916) e do Ministério da Saúde, no capítulo 2 para pessoas idosas; é possível observar que o motivo “fome” estando presente indiretamente é revelado mais de uma vez na contradição e no abismo que existe entre as leis e a realidade factual brasileira para os idosos.

Essa avaliação supra citada, corrobora a necessidade ainda existente de um real entendimento do conceito de interesse público e de vontade política por parte dos gestores públicos, assim como, a necessidade da aplicabilidade e concretude dos direitos da pessoa idosa, ainda tão distantes no Brasil.

É esperado pelo texto legal do Decreto nº 6.214 em seu artigo 1º, § 2º, que o benefício esteja integrado às demais políticas setoriais visando enfrentar a pobreza, garantir a proteção social e ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais, nos moldes definidos no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 8.742, de 1993.

O artigo 1º, §3º do Decreto nº 6.214 demonstra o cuidado do legislador, que assumiu função educativa, para que o benefício da prestação continuada não perca seu objetivo maior. Com isso, vem estabelecer a exigência que se faz necessária para que “os gestores da assistência social mantenham ação integrada às demais ações das políticas setoriais nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal, principalmente no campo da saúde, segurança alimentar, habitação e educação” (BRASIL, 1993), com plena atenção ao idoso beneficiário.

Todos os direitos e garantias já relacionados aos idosos, foram renovados no Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002/ 2003, como resultado da

II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, promovida pela ONU.

A Lei nº 10.741, Estatuto do Idoso de 1º de outubro de 2003, vem resgatar mais uma vez as orientações da Constituição Federal de 1988, da Política Nacional do idoso de 1994 e da Assembleia (2002) da ONU. No sentido de assegurar os dispositivos legais de direito fundamental para os idosos. Nesse sentido,

Barbosa Ramos (2003) destaca que:

À primeira vista talvez não se percebe a importância desse dispositivo constitucional para as pessoas idosas. Todavia, trata-se de enorme engano. [...]

A afirmação de que a República Federativa do Brasil fundamenta-se na cidadania e na dignidade da pessoa humana orienta toda a atuação do Estado e da sociedade civil em direção à efetivação desses fundamentos, diminuindo, com isso, o espaço de abrangência da concepção de que as pessoas, na medida em que envelhecem, perdem seus direitos. Esse dispositivo constitucional, portanto, aponta no sentido de assegurar a cidadania, que é uma decorrência da garantia da dignidade da pessoa humana, durante toda a sua vida. [...]

Assegurar os direitos fundamentais das pessoas idosas é uma alternativa inteligente para a garantia dos direitos de todos os seres humanos. Todavia, fez-se observar que somente serão assegurados os direitos fundamentais aos idosos na medida em que aos seres que envelhecem seja garantido, durante a existência, o direito à dignidade. (RAMOS, 2003, p.133, 149).

É importante salientar que, no próprio feixe legal relativo aos idosos, existem diferentes marcos de idade para que a pessoa idosa faça *jus* aos benefícios. A falta de uma uniformidade dificulta, atrasa e evita que muitos idosos venham a ser beneficiados. Alguns exemplos são: O Estatuto do Idoso foi instituído para “regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (art.1º da Lei 10.741/2003), contudo, o mesmo estatuto em seu artigo 34 estabelece:

Art. 34 - Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social - Loas. (Vide Decreto nº 6.214, de 2007) (BRASIL, 2003, n.p.)

Algumas decisões judiciais têm ampliado o direito a idosos com 60 anos. Nesse diapasão, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 203, inciso V, não menciona idade para que o idoso receba o benefício assistencial, deixa claro apenas a comprovação do estado de necessidade.

Tais inconformidades dificultam o trânsito dos idosos e os rebaixa cada vez mais à qualidade de pessoas que não tem respeitada a sua dignidade e o seu valor humano.

Muitas são as legislações⁵ que retratam, referem e repetem o texto Constitucional de 1988, na tentativa de assegurar e proteger os direito e as garantias aos idosos, assim como assegurar-lhes assistência. Contudo, observa-se um grande distanciamento entre o ordenamento jurídico e a realidade apresentada de desassistência e de abandono, características da pobreza, presentes na população idosa brasileira quanto a moradia, saúde, violência doméstica, educação, lazer, esporte, trabalho, previdência social, transporte, entre outros direitos.

Esclareça-se ainda que a proposta desse capítulo foi questionar o direito de envelhecer e a inconformidade existente entre a realidade e a legislação brasileira, em especial a Constituição Federal de 1988, a Política nacional do Idoso e o estatuto do idoso. Não obstante, muitas outras discussões e debates transversais devem ser feitos com vista a garantir a efetividade de inúmeras políticas públicas que, em razão dos seus alicerces constitutivos, tornam-se reféns de agendas públicas e órgãos fiscalizatórios impedindo, portanto, que os sujeitos de direitos contemplados nessas políticas venham a aproveitá-las, e continuem assim à margem da previsão constitucional.

Nesse sentido, faz-se necessária uma mudança de paradigma social e individual em cada brasileiro, em cada seguimento social, nas áreas de gestão, administração e governança do Estado, para que de mãos dadas com o direito, a educação e as políticas públicas efetivas possa ser mudada a realidade do idoso no Brasil, oferecendo a essa parcela da população um envelhecimento em conformidade com os seus direitos e sua realidade.

Os textos constitucionais e infraconstitucionais se repetem, mas ainda se encontram distantes e incoerentes da realidade brasileira para os idosos. Faz-se necessário ser lançado um olhar para além das garantias e Direitos constitucionais e infraconstitucionais relacionados à pessoa idosa, de modo efetivo, visando a implementação de políticas públicas e o cumprimento da legislação, para assegurar

⁵ A exemplo da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso.

condições dignas e qualidade de vida para a população idosas em seus diversos seguimentos e necessidades, principalmente para os que mais carecem de assistência. Não obstante, antes de se iniciar a discussão sobre as políticas públicas de saúde para as mulheres na terceira idade, para as quais as legislações referendadas anteriormente serão trazidas novamente à baila, mister se faz compreender o que são políticas públicas.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS: É POSSÍVEL DEFINIR?

A noção de políticas públicas envolve complexidade que a doutrina especializada busca elucidar. Inúmeros são os conceitos e teorias que buscam explicar o sentido e o alcance dessa expressão. No presente tópico, se buscará delinear conceitualmente a expressão para compreender no seu âmbito as ações de saúde para as mulheres na terceira idade a partir da realidade brasileira. A expressão “políticas públicas” é corriqueiramente utilizada no meio jurídico, verdade de empréstimo, dado ser um conceito não originário da expertise jurídica. Trata-se de uma expressão que conjuga os vocábulos “política” e “pública”, logo a compreensão etimológica prévia desses termos é uma condição basilar para a posterior análise que se propõe.

Segundo o Dicionário de Política de Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p.954), o verbete *política* possui etimologia grega a partir do adjetivo *politikós* que é uma derivação do termo *pólis*, e se refere a tudo que esteja relacionado à cidade e, portanto, ao Estado, a vida em sociedade e à concepção de público. Já o verbete *público*, segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2009, p.1574), possui etimologia latina proveniente do termo *publicus*, que significa “relativo ou pertencente a um povo, a uma comunidade”. Observa-se, portanto, que são termos que se relacionam.

Acrescenta Secchi:

Países de língua latina como Brasil, Espanha, Itália e França, encontraram dificuldades na distinção de alguns termos essenciais das ciências políticas. Na língua portuguesa, por exemplo, o termo “política” pode assumir duas conotações principais, que as comunidades epistêmicas de países de língua inglesa conseguem diferenciar usando os termos *politics* e *policy*.

Politics, na concepção de Bobbio (2002), é a atividade humana ligada à obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem. Esse sentido de “política” talvez seja o mais presente no imaginário das pessoas de língua portuguesa: o de atividade e competição políticas. Algumas frases que exemplificam o uso desse termo são: ‘meu cunhado adora falar sobre política’, ‘a política é para quem tem estômago’, ‘a política de Brasília está distante das necessidades do povo’.

O segundo sentido da palavra ‘política’ é expresso pelo termo *policy* em inglês. Essa dimensão de ‘política’ é a mais concreta e a que tem relação com orientações para a decisão e ação. Em organizações públicas, privadas e do terceiro setor, o termo ‘política’ está presente em frases do tipo ‘nossa política de compra é consultar ao menos três fornecedores’, ‘a política de empréstimos daquele banco é muito rigorosa’.

O termo “política pública” (*public policy*) está vinculado a esse segundo sentido da palavra “política”. Políticas públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas, e do processo de construção e atuação dessas decisões. (SECCHI, 2016, p.01, grifos do autor).

Desta forma, segundo Leonardo Secchi (2016, p.2) a política pública pode ser entendida enquanto uma “diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. A partir desse sentido mais amplo de políticas públicas, uma série de conceitos surgiu na tentativa de limitar o seu alcance. Celina Souza (2012, p.68) explicita isso, ao citar diversos nomes da literatura especializada:

[...] Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980) como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. [...] A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Já a definição mais clássica é atribuída à Lowi apud Rezende (2004, p.13): política pública é “uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas.

Maria Paula Dallari Bucci (2013, p.39), em sua obra *Fundamentos para uma Teoria Jurídica das Políticas Públicas*, define a expressão políticas públicas enquanto um “programa de ação governamental que resulta de um processo ou um conjunto de processos juridicamente regulados”.

Diante da multiplicidade de conceitos para a expressão “políticas públicas”, Leonardo Secchi enfatiza que:

Qualquer definição de política pública é arbitrária. Na literatura especializada não há um consenso quanto à definição do que seja uma política pública, por conta da disparidade de respostas para alguns questionamentos básicos:

1. Políticas Públicas são elaboradas exclusivamente por **atores** estatais? Ou também por atores não estatais?
2. Políticas Públicas também se referem à omissão ou à negligência?
3. Apenas diretrizes estruturantes (de nível estratégico) são políticas públicas? Ou as diretrizes mais operacionais também podem ser consideradas políticas públicas? (SECCHI, 2016, p. 02, grifos do autor).

No que se refere a primeira pergunta elencada por Secchi, deve-se registrar que o presente trabalho alinha-se à corrente doutrinária que defende uma abordagem policêntrica às políticas públicas⁶, por entender que em uma sociedade complexa como a que se vivencia no século XXI, limitar a atuação dos formuladores de políticas públicas, também denominados pela literatura especializada de *policymakers*, somente a atores estatais, conforme prega a abordagem estadocêntrica, é reduzir o alcance e a potencialidade das políticas públicas. Entende-se, portanto, conforme reflexão anterior, que

Lúcido se mostra encarar as políticas públicas a partir da lente das demandas contemporâneas e a partir da estruturação que a própria sociedade se encontra. Buscar o movimento inverso, ou seja, de a sociedade se adequar a um paradigma de como devem ser as políticas públicas – estruturadas, formuladas, analisadas etc. – parece violentar os contornos sociais e as modificações ocorridas em diversos âmbitos (políticos, econômicos, societários, por exemplo).

Manuel Castells (1999), afirma que as “redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades, e a difusão da lógica de redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder cultural”.

A compreensão da sociedade enquanto uma rede colaborativa e atuante, já se mostra clara nos contornos das relações e deve ser transportada também à seara das políticas públicas, haja vista estas englobarem não somente as políticas governamentais, ou seja, aquelas que o próprio Estado de forma direta as formula, através de *policymakers* estatais; como também todas as demais elaboradas por atores que apesar de não estarem ligados diretamente ao aparelho estatal, encontram-se interconectados, a partir dos princípios fundamentais basilares a formação do próprio Estado. (ALMEIDA; BOAVENTURA; ALMEIDA, 2018, p. 115-116).

No que se refere ao segundo questionamento feito por Secchi na citação supracitada, destaque-se que “situações de omissão ou negligência governamentais não devam ser consideradas políticas públicas, mas apenas falta de inserção do problema na agenda formal” (SECCHI, 2016, p.06). Por fim, o terceiro questionamento é respondido pelo próprio autor ao afirmar que:

Existem posicionamentos teóricos que interpretam as políticas públicas como somente macrodiretrizes estratégicas, ou conjuntos de programas (Comparato, 1997; Massa-Arzabe, 2002). Nessa interpretação, a “política

⁶ Cf. *A compreensão dos policymakers na sociedade em rede: um confronto entre as abordagens estadocêntrica e policêntrica* (ALMEIDA; BOAVENTURA; ALMEIDA, 2018, p.106-118).

pública” é estruturante, e os programas, planos e projetos são apenas seus elementos operativos, não podendo ser considerados políticas públicas individualmente.

Em nosso entendimento, o nível de operacionalização da diretriz não é um bom critério para o reconhecimento de uma política pública. Se fosse adotada essa delimitação, excluiria da análise as políticas municipais, regionais, estaduais e aquelas intraorganizacionais que também se configuram como respostas a problemas públicos.

Nosso posicionamento é de que as políticas públicas são tanto as diretrizes estruturantes (de nível estratégico), como as diretrizes de nível intermediário e operacional. Aliás, grande parte da construção dos *policy studies* acontece sobre a análise de programas, planos e políticas públicas locais ou regionais. (SECCHI, 2016, p.07).

Percebe-se, portanto, que o núcleo central de qualquer política pública será o problema público em questão. A partir da identificação e análise do problema público se desenvolverá uma política pública (que pode ser macro ou micro) relacionada com a complexidade do problema em questão. Esclareça-se que a depender do caso, pode-se estruturar uma macropolítica pública que se direcione a resolução do problema público identificado, mas que se estrutura a partir de diversas micropolíticas, tal como um feixe que se direciona a atuar em conjunto. Essas micropolíticas, que são partes estruturantes de uma política maior, podem se estruturar a partir de programas regionais, estaduais, municipais, cartilhas, campanhas de conscientização etc. Não existe uma estrutura única para as políticas públicas, por isso que elas são sempre referidas no plural, haja vista englobarem uma série de iniciativas destinadas à resolução de um problema público.

Diante o exposto, pode-se conceituar políticas públicas enquanto diretrizes (estruturantes ou operacionais) elaboradas, por atores estatais ou não estatais, para enfrentar um problema público (SECCHI, 2016). No próximo tópico, se buscará abordar especificamente as políticas públicas de saúde para as mulheres na terceira idade a partir da realidade brasileira.

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES NA TERCEIRA IDADE A PARTIR DA REALIDADE BRASILEIRA

No tópico anterior, buscou-se compreender melhor o que são políticas públicas para que se analise mais especificamente o recorte de políticas públicas de saúde para as mulheres na terceira idade a partir da realidade brasileira. Nesse sentido,

mister se faz destacar que ao se falar em políticas públicas de saúde se estará a abordar, conforme conceito de Leonardo Secchi (2016), as diretrizes (estruturantes ou operacionais) elaboradas, por atores estatais ou não estatais, para enfrentar um problema, que nesse caso serão problemas públicos relacionados à saúde. Precisa-se então reconhecer que saúde deve ser entendida na contemporaneidade de uma forma mais ampla, ou seja, a partir de uma abordagem integral do ser humano, compreendendo seus aspectos biopsicossociais.

Ao se falar de saúde, primeiramente deve-se levar em consideração o caráter multidimensional desse conceito, o que significa falar em uma abrangência que alcança diferenças culturais, períodos históricos, aspectos geopolíticos e modelos propostos pela ciência para esse entendimento. Ainda prevalece o conceito da OMS datado de 1947, que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (SBGG, 2020). Contudo, para a pessoa idosa, com base na Gerontologia⁷, o conceito de saúde se traduz pela condição de autonomia e independência, bem mais que pela ausência ou presença de doença, visão também desenvolvida para um envelhecimento ativo e saudável (SBGG, 2020).

O conceito de saúde previsto pela OMS se encontra defasado para muitos estudiosos e especialistas por parecer utópico e inalcançável. Por outro lado, seu conceito abrangente, alcança outros setores, o que reúne um feixe de necessidades de cuidados e atenção biopsicossociais corroborando a integralização de políticas públicas, para manter ou alcançar esse estado de bem-estar.

Quando se discute políticas públicas de saúde para idosos, tem-se enquanto instrumentos jurídicos basilares, a Política Nacional do Idoso, prevista pela Lei nº 8.842/94; o Estatuto do Idoso, previsto pela Lei nº 10,741/03; e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria nº 2.528/06. Percebe-se que tais instrumentos acabam por direcionar os direitos fundamentais constitucionalmente já previstos na Carta Magna de 1988 à realidade dos idosos brasileiros, conforme propõe a finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

⁷ Segundo o dicionário Houaiss (2009, p. 967), Gerontologia “é o estudo dos fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados ao envelhecimento do ser humano.”

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2006b, n.p.).

Não obstante, é preciso destacar que as políticas supracitadas, que por sua vez trazem a previsão de diversos programas de assistência à saúde do idoso, não estabelecem um tratamento diferenciado às mulheres de terceira idade, sendo sempre referidas dentro da generalidade “idosos”. Ao se tratar do princípio constitucional da igualdade é preciso se atentar às suas duas acepções: a formal e a material. Conforme a seguir:

O direito à igualdade é o direito que todos têm de ser tratados igualmente na medida em que se igualem e desigualmente na medida em que se desigualem, quer perante a ordem jurídica (igualdade formal), quer perante a oportunidade de acesso aos bens da vida (igualdade material), pois todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. A exigência de igualdade decorre do princípio constitucional da igualdade, que é um postulado básico da democracia, pois significa que todos merecem as mesmas oportunidades, sendo defeso qualquer tipo de privilégio e perseguição. O princípio em tela interdita tratamento desigual as pessoas iguais e tratamento igual as pessoas desiguais. [...]

O princípio magno da igualdade compreende uma igualdade formal e uma igualdade material. A igualdade formal abrange:

- a) A igualdade na lei - que significa que nas normas jurídicas não pode haver distinções que não sejam autorizadas pela Constituição. Tem por destinatário o legislador na medida em que o proíbe de incluir na lei fatores de discriminação, responsáveis pela ruptura da ordem isonômica.
- b) A igualdade perante a lei - segundo a qual se deve aplicar igualmente a lei, mesmo que crie uma desigualdade. Dirige-se aos aplicadores da lei e traduz imposição destinada aos poderes estatais, que, na aplicação da norma legal, não poderão subordiná-la a critérios que ensejem tratamento seletivo ou discriminatório

Em suma, as Constituições do mundo civilizado prescrevem que todos são iguais perante a lei, abraçando a chamada igualdade forma, que determina que tanto o legislador quanto o aplicador da lei tratem igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida em que se desigualem [...]. Mas a Constituição de 1988 não se contentou com a igualdade forma. Foi mais além, para também consagrar a igualdade material [...]. Nesse passo, a Constituição preocupou-se em garantir a todos igualdade de oportunidades, abrindo um especial espaço para a adoção de ações afirmativas, que consistem num conjunto de medida administrativas e legislativas de política pública que visam compensar desigualdades históricas decorrentes da marginalização social. Essas ações afirmativas inserem-se no âmbito de uma política social de discriminação positiva, voltada a corrigir desigualdades históricas. Vale dizer, busca-se igualar desigualando, como se verifica ultimamente através da política de cotas. A própria Constituição já determina algumas ações afirmativa, que não podem ser negligenciadas pelo legislador ordinário, como, por exemplo, a proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos (art. 7º, XX) e a determinação de reserva de percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência (art. 37, VIII). (CUNHA JÚNIOR, 2012, p.696-701).

Mister se faz destacar que se deve ter um olhar atento às mulheres na terceira idade, pois diante de uma sociedade que ainda reproduz um machismo estrutural, a exemplo do Brasil, verifica-se que as mulheres acabam por desenvolver uma série de adoecimentos fruto da sobrecarga que o sujeito feminino tem diante de uma sociedade que ainda reproduz paradigmas patriarcalistas – conforme será melhor detalhado no próximo capítulo. Logo, as políticas públicas de saúde destinadas aos idosos devem ter em seu bojo um olhar atento e cuidadoso à figura feminina, que pela sobrecarga vivencial pode desenvolver questões psicossomáticas que fogem aos contornos clássicos de uma medicina tradicional, mas que quando lidas a partir de uma abordagem integralista, verifica-se o sofrimento delas e o quanto isso reduz a sua qualidade de vida comprometendo, portanto, a sua dignidade humana.

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, responsável pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, criada pela portaria GM/MS nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, supracitada, publicou nos anos 2013 e 2014, um documento que traça as diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS. Entre as diretrizes estão: “envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; fortalecimento do controle social; garantia de orçamento; incentivo aos estudos; pesquisas; entre outras.” (BRASIL, 2020, n.p.).

No anexo considerado parte integrante da Portaria, conforme art. 1º, o modelo e os princípios do SUS são corroborados na política de saúde voltada para a pessoa idosa como elucida a seguir:

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade (sic) e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reorganização do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF). (BRASIL, 2006b, n.p.).

O anexo da Portaria supracitada, em referência à Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, ressalta a organização que vem sendo desenvolvida no Brasil para responder às crescentes demandas dessa população conforme observa-se a seguir:

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). (BRASIL, 2006b, n.p.).

É importante ressaltar que as diretrizes de cuidado à pessoa idosa no SUS, se pautam em um modelo de atenção integral, e tem por objetivo:

[...] orientar a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito do SUS, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer a articulação, a qualificação do cuidado e a ampliação do acesso da pessoa idosa aos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. A Atenção Básica, principal porta de entrada para o SUS, apresenta-se como ordenadora do cuidado e este deve considerar as especificidades desse grupo populacional, a partir de sua capacidade funcional. (BRASIL, 2006b, n.p.).

Sendo o envelhecimento, também uma questão de gênero diante do fenômeno transversal de feminização, como descrito no tópico 2.1, é urgente a necessidade de maior adequação na operacionalidade da Política de Saúde diante da pessoa idosa do sexo feminino e suas especificidades, assim como, a qualificação do cuidado.

Todas as ações voltadas para os idosos, visam a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, conforme se propõe a Organização Mundial de Saúde/ 2005. Em destaque nas ações, reside a busca pela manutenção da autonomia e a capacidade funcional dos idosos, para que possam realizar suas atividades diárias ou ampliá-las, conforme se encontrem. São responsáveis por alcançar essas metas todos os atores sociais, entre eles: o Estado, a família, a sociedade, os profissionais, os próprios idosos, etc.

O Plano de Ação sobre a saúde dos idosos, da Organização Mundial de Saúde para as Américas, traz em seu relatório final, datado de 18 de abril de 2019, a orientação de programas para idosos, com o objetivo de “manter a funcionalidade, baseados na concepção de direitos e determinantes sociais, que apoiem a promoção

e proteção dos direitos humanos e liberdades fundamentais deste grupo [...]” (OPAS; OMS, 2019, p.1) O relatório ainda elucida e chama a atenção do envelhecimento acelerado na América Latina em geral, o que afirmando: “aumentará a demanda por serviços e cuidados de longo prazo”, referindo-se aos idosos. É o que pode ser observado a seguir:

Embora o envelhecimento da população da Região das Américas tenha aumentado durante o último decênio, seu progresso será ainda mais acelerado nas próximas décadas. Em 2017, em média 14,6% da população da região era de maiores de 60 anos, com as proporções mais elevadas (cerca de 20%) em Barbados, Canadá, Cuba, Estados Unidos da América e Uruguai, e a menor (5,9%) em Belize. Ao longo da próxima década, a população com mais de 60 anos na América Latina e no Caribe representará pelo menos 18% da população em geral, proporção esta que chegará a quase 25% da população até 2050 e até 30% da população em vários países. Na América Latina e no Caribe, essa evolução ocorrerá em apenas 35 anos; ou seja, quase a metade do tempo de adaptação que outras regiões tiveram: na Europa, isso levou cerca de 65 anos, e no Canadá e nos Estados Unidos, aproximadamente 75 anos. A população com mais de 80 anos, que em 2017 era de 3,8% no Canadá e nos Estados Unidos e 1,6%, na América Latina em geral, terá o maior aumento proporcional, especialmente a partir de 2025; espera-se que chegue a 8,6% e 5,7%, respectivamente, em 2050. Isso aumentará consideravelmente a demanda por serviços de saúde e cuidados de longo prazo. (OPAS; OMS, 2019, p.01-02).

Este relatório corrobora dados apresentados na presente pesquisa e demonstra o envelhecimento acelerado para as próximas décadas. Nesse sentido, urge ao Brasil, em âmbitos federais, estaduais e municipais trazer maior efetividade e eficácia nas políticas públicas já instituídas pelo legislador para os idosos, assim como também a criação de políticas públicas que contemplem, especificamente, as mulheres idosas, grupo etário que mais cresce, conforme projeções. Ressalve-se a tempo, que o direito à saúde possui natureza prioritária na terceira idade e está constitucionalmente estabelecido.

É importante corroborar que as políticas públicas para a terceira idade são direcionadas a esta população de forma ampla e generalista. Nesse sentido, visando o recorte da presente dissertação, abordar-se-á as políticas públicas que elegem atenção e cuidados a mulher idosa.

Considerando a saúde da mulher uma prioridade, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, em 2004, elaborou o documento intitulado: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”. Esse documento foi

elaborado com a participação de diversos setores da sociedade, conforme pode ser observado a seguir:

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. (BRASIL, 2004b, p.05).

Através do documento, muitas mulheres em representação às demais, trouxeram argumentos de desigualdades sociais entre o gênero masculino e o gênero feminino, que se traduzem em problemas de saúde principalmente para a população feminina. Entretanto, a faixa etária das mulheres idosas, foi pouco contemplada:

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e consequentemente na qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004b, p.16).

O gênero, como elemento que constitui as relações, é construído social e historicamente. É alimentado dentro de uma cultura dominante pela repetição de padrões cognitivos e comportamentais. Tais padrões são retroalimentados em uma sociedade pelos paradigmas passados de geração a geração, paradigmas esses hierarquicamente definidos, repletos de estigmas e preconceitos.

A definição de gênero é tarefa ampla, pois agrega além dos vários significados e representações, sentido vasto que está vinculado a tradição, costumes e caracteres previamente convencionados na referida sociedade.

A presente pesquisa funda-se no corte epistemológico da mulher idosa fibromiálgica. Utiliza-se enquanto substrato teórico para a abordagem o que afirma Simone de Beauvoir (2016a; 2016b) em sua obra *O Segundo Sexo*: “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher.” (BEAUVOIR, 2016b, p.11). Ou seja, que a questão de gênero transcende a mera questão biológica, o que posteriormente foi identificado por Judith Butler (2015) como “performances de gênero”. Defende-se tal entendimento, justamente a partir de uma compreensão mais ampla e complexa acerca do cuidado

e atenção ou seja, que compreende aspectos biopsicossociais. Posto isso, passa-se a enfrentar as especificidades das políticas públicas que elegem as mulheres idosas como foco da sua atenção e cuidado.

As políticas nacionais de saúde incorporaram a saúde da mulher nas primeiras décadas do século XX, voltadas principalmente às demandas relativas à gravidez, parto e crianças. Os programas de saúde visavam a proteção às gestantes, puérperas e às crianças recém-nascidas. O papel social de mãe como doméstica, responsável pela criação dos filhos encontrava grande valorização nessa época e estavam inclusos nas políticas de saúde, conforme descrito a seguir:

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (BRASIL, 2004b, p.15).

Constata-se a perspectiva reducionista com que a mulher era tratada nos cuidados relativos à sua saúde, assim como, também, nos demais seguimentos sociais, conjuntura política e profissional. Tal perspectiva era alvo de muitas críticas e “lutas sociais”, nas quais as mulheres buscavam transformar esse modelo paradigmático.

Ainda que não seja o objeto desse tópico relacionar a evolução dos programas de saúde ofertados às mulheres e sim trazer um recorte das políticas públicas de saúde para mulheres na terceira idade a partir da realidade brasileira, é de fundamental importância registrar que a atenção às mulheres ainda segue um modelo biomédico com valorização ao atendimento a determinadas doenças, ainda vistas de forma compartimentalizada, em detrimento de um modelo biopsicossocial, elaborado e defendido por Engels (1977).

É importante corroborar que os cuidados às idosas devem se dar em abordagem interdisciplinar e multidisciplinar, em cuja perspectiva os fatores físicos, sociais, psicológicos e ambientais que essa idosa está imersa, enquanto determinantes para manutenção da saúde ou para o adoecimento, sejam considerados e valorados pelos profissionais e todos os atores sociais envolvidos nesse cuidado, respeitadas as singularidades de cada uma, seus direitos e a sua

dignidade humana. Contudo, o processo para implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ainda é um desafio como pode ser observado:

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas. (BRASIL, 2004b, p.17).

Através do “Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal para a População Idosa, Compromisso Nacional para o envelhecimento Ativo”, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, é possível observar no tópico “Transição Demográfica no Processo de Envelhecimento – Demandas e Respostas das Políticas Sociais” do Ministério da Saúde (MÜLLER, 2015, p. 49-63), que todo o arcabouço textual não elege ou prestigia atenção e cuidado à mulher idosa. Observa-se, no supracitado guia, mais uma vez um contexto generalista, além de repetir a redação de outros documentos acerca do envelhecimento. De forma engessada e protocolar, o guia não atende à realidade brasileira, muito menos às demandas e especificidades da saúde das mulheres idosas, além do que, não responde ao que se propõe.

Acrescente-se que o Ministério da Saúde, através do guia supracitado, elenca os seguintes programas para idosos: Atenção Domiciliar; Programa Nacional de Imunização; Atenção Básica; Assistência Farmacêutica, todos parcerias com atenção do SUS (MÜLLER, 2015). Consta também no guia a previsão do Programa Ibero Americano, Educação Permanente (Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa EAD, promovido pela UNA SUS) e as parcerias com o SUS, citados anteriormente. O supracitado documento além dos programas, elenca as ações intersetoriais para qualificar o cuidado às pessoas idosas nos territórios, mapeia as experiências “exitosas” de gestão, e estabelece Modelo de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa, além das diretrizes recomendadas pela OPAS e OMS (2002). Esses programas, contudo, ainda estão distantes da realidade factual brasileira quer para homens quer para mulheres.

Quanto ao cuidado às doenças crônicas dos idosos brasileiros, o documento em capítulo reservado ao Ministério da Saúde (MÜLLER, 2015, p. 63), em um parágrafo de seis linhas se dirige e encerra esse tema de forma generalizada, sem nenhuma especificidade. Conclui-se pela necessidade de políticas públicas de saúde para as mulheres idosas, principalmente para as mulheres idosas fibromiálgicas, ancoradas na abordagem multicêntrica/policêntrica, que visem assegurar a aplicabilidade dos direitos e garantias constitucionais tão repetidas em textos legais e infraconstitucionais, mas ainda distantes da realidade dos idosos no Brasil.

Ressalte-se que sem a conscientização dos direitos fundamentais, em especial do princípio da dignidade da pessoa humana, pela sociedade, pelos gestores públicos e por todos os atores sociais envolvidos, os textos constitucionais e infraconstitucionais são letras frias de lei que não alcançam a realidade e as necessidades das idosas.

Como o corte epistemológico da presente pesquisa é direcionado para políticas públicas para mulheres fibromiálgicas, mister se faz abordar sobre fibromialgia: sua conceituação, possíveis nexos e abordagens – o que será feito no próximo capítulo. Não obstante, é preciso se destacar ainda a existência de um Projeto de Lei (em tramitação), que busca instituir a Política Nacional da Pessoa com Fibromialgia. Trata-se do Projeto de Lei nº 3010/2019, que apresenta enquanto diretrizes:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Fibromialgia.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com fibromialgia aquela que, avaliada por médico, preencha os requisitos estipulados pela Sociedade Brasileira de Reumatologia ou órgão que a venha a substituir.

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Fibromialgia:

I - atendimento multidisciplinar;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com fibromialgia e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a disseminação de informações relativa à fibromialgia e suas implicações;

IV - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com Fibromialgia e a seus familiares;

V - o estímulo à inserção da pessoa com fibromialgia no mercado de trabalho;

VI - o estímulo à pesquisa científica, contemplando estudos epidemiológicos para dimensionar a magnitude e as características da fibromialgia no Brasil.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado, com preferência por aquelas sem fins lucrativos. (BRASIL, 2019, p.01).

Percebe-se, portanto, que o supracitado Projeto de Lei objetiva tutelar esse grupo, que durante muito tempo teve a atenção a sua saúde marginalizada dentro do sistema básico, que direcionava o seu olhar essencialmente para os aspectos médicos dentro da expressão “dor generalizada”. Nesse diapasão, é preciso reconhecer que a abordagem para a pessoa fibromiálgica – independentemente da idade, mas aqui destacando principalmente as mulheres idosas – deve ser integral, ou seja, englobar uma atenção que envolva aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O Projeto de Lei retromencionado será aprofundado no capítulo 5, pois o capítulo seguinte será destinado à compreensão e estruturação da fibromialgia em mulheres na terceira idade, abordando aspectos conceituais e etiológicos, estabelecendo possíveis nexos entre a fibromialgia enquanto uma histeria de conversão, a partir da abordagem da castração da mulher segundo a visão psicanalítica.

Conclui-se pela necessidade de políticas públicas, ancoradas na abordagem multicêntrica, que visem assegurar a aplicabilidade dos direitos e garantias constitucionais tão repetidas em textos legais e infraconstitucionais, mas ainda distantes da realidade dos idosos no Brasil.

4 A FIBROMIALGIA EM MULHERES NA TERCEIRA IDADE: COMPREENSÃO E ESTRUTURAÇÃO

A compreensão e a estruturação da fibromialgia, em mulheres na terceira idade, vão para além das dores e limitações físicas. No presente capítulo, na busca dessa compreensão e estruturação, será abordado em um primeiro momento a conceituação e etiologia da Fibromialgia, e posteriormente se buscará estabelecer associação entre as dores fibromiálgicas e seus possíveis nexos, conforme observado na prática em Psicologia clínica, à luz da Teoria Psicanalítica, compreendendo a Fibromialgia enquanto uma roupagem contemporânea da histeria de conversão. Será dada atenção ao complexo de castração, segundo a visão Psicanalítica e a concepção sócio histórica, salientando a família, ainda em uma visão patriarcal, como microssistema regulador e mantenedor da sua condição.

Alcançar as dores emocionais das mulheres fibromiálgicas significa, em algum modo, perpassar pelo histórico de vida dessas mulheres, do ambiente em que vivem e viveram, alcançar suas perdas (reais e simbólicas) e tudo aquilo que será possível resgatar diante do estágio e condições biopsicossociais em que se encontram para essa compreensão.

Acrescente-se ainda, que o estudo da fibromialgia que será aqui apresentado destinar-se-á, em virtude do corte epistemológico da pesquisa, a prestigiar o olhar da Psicologia, a partir da abordagem psicanalítica sobre a temática, visando assim corroborar a forma de tratamento não farmacológico através da psicoterapia analítica. Nesse sentido, a conceituação e orientações na área médica serão aqui expostas como mera didática e contextualização, Também a presente pesquisa considera elementos sociais nocivos, entre eles os vícios discriminatórios do Patriarcado quanto à mulher, tão presente na sociedade e que muito favoreceu e favorece ao aparecimento de dores fibromiálgicas em mulheres idosas – o que estará neste capítulo apresentado entre os possíveis nexos de aparecimento e amplificação das dores. Para esse recorte foi eleita a instituição familiar patriarcal e seu ambiente como um microssistema regulador e mantenedor para esse adoecimento.

4.1 CONCEITUAÇÃO E ETIOLOGIA DA FIBROMIALGIA

A Fibromialgia está conceituada como a existência de estados dolorosos crônicos, reconhecida pela OMS (Organização Mundial de Saúde) desde 1992, como uma síndrome reumática não inflamatória, sob a identificação M79.7 na Classificação Internacional das Doenças – CID 10 (BESSET et al, 2010, p. 1246).

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011), em Cartilha publicada para pacientes, criada pela Comissão de Dor, Fibromialgia e Outras Síndromes Dolorosas de Partes Moles, a fibromialgia é descrita como uma síndrome clínica que se manifesta principalmente com dores no corpo todo, além de outras queixas associadas, tais como: fadiga (cansaço), sono não reparador, insônia, depressão e ansiedade, caracterizando distúrbios de humor, problemas relacionados à memória e concentração, dores de cabeça, tontura, constipação intestinal, formigamento e dormência, sensação das pernas inquietas, insônia, entre outras queixas. A cartilha ainda afirma, que não existe uma causa para a fibromialgia, mas estudos comprovam que as pessoas com fibromialgia são mais sensíveis à dor, podendo essas dores surgirem após eventos graves na vida da pessoa, como infecção grave, traumas de ordem física ou de ordem psicológica. É como se houvesse uma “amplificação dos impulsos dolorosos”, e propicia fazer uma analogia com um “controle de volume desregulado.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

O documento supracitado, ainda acrescenta que:

Com as recentes pesquisas realizadas, e com a possibilidade de ver a dor em tempo real no cérebro, através de ressonância magnética, não existe mais o questionamento se essa dor é real ou imaginária, ela é real. Contudo, é uma dor que não apresenta lesão, mas mesmo assim, a pessoa sente dor. Não se trata de uma dor aguda e sim de uma dor crônica, que é percebida principalmente pelo afastamento social, alterações do sono e cansaço, pontos do corpo doloridos e extremamente sensíveis. Em estudos realizados, também é informado que algumas situações pioram as dores, são elas: o estresse emocional, o frio (baixas temperaturas), excesso de esforço físico, alguma infecção, sono ruim, e traumas. Acomete no Brasil cerca de 2% a 3% das pessoas, com um número mais significativo em mulheres entre 30 a 55 anos, existindo casos em pessoas mais velhas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011, n.p.).

Aqui é importante registrar, que existe uma subnotificação e invisibilidade para a síndrome fibromiálgica em mulheres idosas, devido a deficiência na estrutura de

saúde pública do Estado, assim como, também, na implementação de políticas públicas mais efetivas, com o devido direcionamento a essas mulheres, onde haja uma busca ativa, tratamento com uma terapêutica adequada e não apenas medicamentosa, além da fiscalização. Em muitos casos de síndromes dolorosas, a justificativa da idade toma a linha de frente, e revela no imaginário popular que “se sentir dor é padrão de envelhecimento”.

Quanto a etiologia e a fisiopatologia da fibromialgia, abaixo descrita pelos autores pela sigla FM, ainda encontra-se sendo objeto de estudo, reunindo diversas hipóteses agregadas. Contudo, está incluído o estresse psicológico ou trauma físico, é o que sustenta Helfenstein Junior, Goldenfum e Siena:

A Etiologia e a fisiopatologia da FM permanecem ainda obscuras. As hipóteses atuais focalizam os mecanismos centrais de modulação e amplificação da dor na gênese da FM. Tem sido aceito um modelo de fisiopatologia, que integra muitas das ideias publicadas e que sugere que o distúrbio primário na FM seria uma alteração em algum mecanismo central de controle da dor, o qual poderia resultar de uma disfunção de neurotransmissores. Tal disfunção neuro-hormonal incluiria uma deficiência de neurotransmissores inibitórios em níveis espinhais ou supraespinhais (serotonina, encefalina, norepinefrina e outros), ou uma hiperatividade de neurotransmissores excitatórios (substância P, glutamato, bradicinina e outros peptídeos). Possivelmente, ainda, ambas as condições poderiam estar presentes. Tais disfunções poderiam ser geneticamente predeterminadas e desencadeadas por algum estresse não específico como, por exemplo, uma infecção viral, estresse psicológico ou trauma físico. (HELFFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012, p.360).

Nesse diapasão, como pode ser observado anteriormente, o estresse psicológico possibilita o desequilíbrio de hormônios e neurotransmissores ampliando assim a vulnerabilidade à síndrome fibromiálgica, e essa relação passa a ser matéria de estudo para diversos especialistas. O estresse e as disfunções neuro-hormonais aparecem presentes, entre os fatores ambientais e genéticos, conforme se pode ver a seguir:

O eixo hipófise-hipotálamo-adrenal e o sistema nervoso simpático, que compreendem os principais sistemas de resposta ao estresse, juntamente com suas interações com as disfunções neuro-hormonais, também são implicados na fisiopatologia. A vulnerabilidade ao desenvolvimento de FM parece ser influenciada por fatores ambientais, hormonais e genéticos, causando alterações ao nível de receptores neuro-hormonais. Algum fator estressante agudo poderia desencadear o desenvolvimento de perturbação no eixo hipófise-hipotálamo-adrenal por mecanismos ainda não esclarecidos que poderiam envolver o sistema nervoso simpático e o sistema serotoninérgico. Assim, acredita-se que o eixo hipófise-hipotálamo-adrenal pode desempenhar um papel importante na mediação e na perpetuação dos

sintomas da FM. (HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012, p.360).

A Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011), acrescenta em orientação aos pacientes, que diante dos estudos realizados, a fibromialgia não deve ser encarada pela paciente como uma doença, que necessita de tratamento, mas sim como uma condição clínica que exige controle. Reforça em vários momentos a ligação entre corpo e mente, trazida por muitos estudiosos e filósofos no passado. Com esse marco aqui descrito, excluída a noção de “controle”, a ligação entre mente e corpo, corpo e mente voltam a se unir em consonância, e passa-se, na presente pesquisa, a ampliar a conceituação da fibromialgia com aporte do entendimento Psicanalítico. Nesse sentido, Ganhão (2009, p.15) acrescenta que:

O questionamento sobre as relações entre o mental e o físico, ou entre o psíquico e o somático, percorre toda a obra de Freud. Os primeiros trabalhos sobre a histeria (Breuer & Freud, 1895/1955, Freud, 1888/1966a) permitiram-lhe reconhecer a influência do funcionamento psíquico nos sintomas somáticos, salientando a relação entre histeria e sexualidade, e apresentando também a noção de conversão, através da qual o conflito psíquico seria transposto para o *soma*, carregando o sintoma de significado simbólico. Freud partiu daqui para construir uma teoria metapsicologia em que o corpo recebeu progressivamente lugar de destaque, podendo ser simultaneamente fonte da pulsão e agente da sua satisfação.

Sendo o “corpo simultaneamente fonte da pulsão e agente da sua satisfação”, conforme os estudos de Freud (1888/1966), a síndrome fibromiálgica precisa ser compreendida também, através da Psicologia/Psicanálise, para que essas mulheres, através de um tratamento psicoterapêutico/analítico, possam ser assistidas, junto aos demais tratamentos necessários.

Fibromialgia, considerada na perspectiva da Psicanálise, pode ser definida como uma histeria de conversão, ou uma nova roupagem contemporânea dessa, entendimento esse que também baliza a compreensão dessa síndrome na presente pesquisa, Dalgalarrodo (2008, p.322-323), ensina que: “As síndromes históricas caracterizam-se por apresentar manifestações clínicas, tanto referentes ao corpo como a mente e ao comportamento, [...] com predominância no corpo das alterações sensoriais e motoras [...]”.

A fibromialgia, entendida aqui como uma histeria de conversão, apresenta, entre outros sintomas, pensamento desorganizado quanto ao contato com as demais pessoas, indiferença e aumento amplificado do limiar da dor, além da grande

sensibilidade que pacientes revelam ao ambiente que estão inseridas, principalmente quando esse ambiente se mostra nocivo, hostil e tóxico, devido ao comportamento das pessoas que estão ali inseridas ou coabitando, como explica Leda Menescal (2008, p.184): “A dor tem um caráter dominante em relação aos demais sentidos, sendo também considerada um importante componente de defesa corporal diante de um ambiente hostil”.

No processo de histeria, o corpo traz um significante que, por meio do sintoma se manifesta, é constituído e alcançado pelo significante do outro. A conversão histórica traz uma somatização que é similar ao desejo, em que se manifestam o psíquico e o somático na elaboração de uma satisfação que está por substituir uma fantasia de base sexual anterior (LINS, 2013).

Dalgalarrondo (2008, p.323), citando Van Den Berg (1970), afirma que:

O paciente histérico apresenta uma peculiaridade: necessita de contato e tem incapacidade de mantê-lo e aprofundá-lo. [...] Chama a atenção que nesses pacientes, o fato de, ao notarem seus distúrbios corporais aparentemente muito graves (paralisias, cegueira, anestésias etc.), reagirem vivencialmente com indiferença exemplar. A isso, os clínicos antigos denominaram *la belle indifférence des hystériques* (a bela indiferença dos histéricos).

O diagnóstico para a Fibromialgia é essencialmente clínico, com base na narrativa da paciente, mulher idosa, e visão ampliada dos profissionais, não restritos a área médica. Sendo a Fibromialgia uma síndrome que envolve aspectos biopsicossociais, a mulher idosa fibromiálgica necessita ser vista e ouvida também em suas representações e simbologia, que trazem enraizadas em suas dores, por uma equipe interdisciplinar.

É imprescindível a quebra e ressignificação do paradigma biomédico, que diz ser “a fibromialgia uma condição clínica que demanda controle dos sintomas”, para uma nova abordagem de cuidado e entendimento de que a fibromialgia precisa ser compreendida e não controlada e que sua condição clínica é biopsicossocial. Sendo assim, é imprescindível o entendimento, por parte da mulher fibromiálgica, da necessidade de se tornar sujeito ativo em seu tratamento, além da compreensão que precisa ter frente as suas questões conscientes e inconscientes, de como se deu essa estruturação, manutenção e como se dá o agravamento das dores fibromiálgicas, conforme seus possíveis nexos. Daí a importância da psicoterapia, associada às

demais terapêuticas, para a ressignificação e libertação de dores emocionais, consequentemente alívio das dores físicas.

As idosas fibromiálgicas podem, através da psicoterapia, conhecer as respostas e representações internas para essas dores, desenvolver estratégias de enfrentamento, assim como sair da indiferença sobre os seus sintomas, ampliar a percepção sobre si mesmas, desenvolver o autocuidado e ressignificar assim a dor, demais sintomas e limitações que advém dessas dores.

Escutar essas mulheres, através da psicoterapia e dar espaço para que se escutem. É de fundamental importância para dar voz a essas idosas e não abandoná-las ao longo do caminho. Escutá-las em suas dores, em suas angústias, é de fundamental importância, para contextualizar a síndrome da fibromialgia em suas vidas, minorar suas angústias somatizadas, e desenvolver, junto a elas, estratégias de enfrentamento, através de um plano terapêutico singular. Esse entendimento ratificado aqui, vai para além de um controle de sintomas e terapia medicamentosa.

Sendo a Fibromialgia, uma histeria de conversão, na qual “o distúrbio corresponde, sempre, à utilização habitual que o paciente faz do órgão, ou à representação imaginária e simbólica que tem aquela função” (DALGALARRONDO, 2008, p. 323), as mulheres idosas fibromiálgicas, poderão através de suas narrativas, em psicoterapia, ser convidadas a rever o significado que dão às suas dores, e a simbologia impressa em seus corpos que se “tornaram agentes de satisfação” (GANHÃO, 2009, p.15), através da dor e limitações, como também, poderão vir a ser convidadas a se defrontarem e ressignificarem a programação de emoções nocivas, padronizadas em seu inconsciente.

A premissa de que a síndrome fibromiálgica traz uma conceituação e compreensão ampla, por trazer em si aspectos biopsicossociais intrínsecos e interligados à história de vida dessas mulheres idosas, ainda não totalmente desvendados aqui é plausível. Para ampliar essa compreensão, faz-se necessário estabelecer possíveis nexos entre a fibromialgia enquanto uma histeria de conversão, o que será realizado no tópico que se segue.

4.2 ESTABELECENDO POSSÍVEIS NEXOS ENTRE A FIBROMIALGIA, ENQUANTO UMA HISTERIA DE CONVERSÃO EM MULHERES IDOSAS

Revelando-se a síndrome fibromiálgica como uma reunião de vários sintomas, conforme anteriormente trazido, o presente tópico visa trazer possíveis nexos existentes, como o próprio significado da palavra revela, enquanto junção, vínculo, ou ainda de forma mais ampla a ligação entre situações, acontecimentos ou eventos que predisõem e preenchem as condições necessárias, para a existência das dores fibromiálgicas. Entre os possíveis nexos observados pela pesquisadora, através da Psicologia clínica e estudos realizados para a presente pesquisa, que estruturam ou amplificam as dores em pacientes idosas fibromiálgicas, podem ser citados as questões relacionadas à sexualidade e ao prazer, ao Complexo de Castração, aos traumas provenientes do ambiente que a paciente vive ou viveu, a sua história de vida, sua genética, estresse psicológico, violências sofridas e estrutura familiar de base e adquirida de modelo patriarcal.

Corroborando a ideia anterior dos possíveis nexos, Freud em seus Estudos sobre a Histeria, datados de 1893, volume II, 2ª edição, Rio de Janeiro, 1987/1988, pesquisando sintomas variados de histeria, visando descobrir sua “causa precipitante”, demonstra de forma detalhada suas observações, aqui transcrita por ele como “conexão causal” em alguns trechos, imprescindíveis à compreensão do presente tópico, conforme a segui:

[...] Na maioria dos casos não é possível estabelecer o ponto de origem através da simples interrogação do paciente, por mais minuciosamente que seja levada a efeito. Isso se verifica, em parte, porque o que está em questão é, muitas vezes, alguma experiência que o paciente não gosta de discutir; mas ocorre principalmente porque ele é de fato incapaz de recordá-la e, muitas vezes, não tem nenhuma suspeita da conexão causal entre o evento desencadeador e o fenômeno patológico. [...]. Eles são teoricamente valiosos porque nos ensinam que os fatos externos determinam a patologia da histeria numa medida muito maior do que o que se sabe e reconhece. Naturalmente, é óbvio que, nos casos de histeria “traumática”, o que provoca os sintomas é o acidente. A ligação causal evidencia-se igualmente nos ataques histéricos quando é possível deduzir dos enunciados do paciente que, em cada ataque, ele está alucinando o mesmo evento que provocou o primeiro deles. A situação é mais obscura no caso de outros fenômenos. Nossa experiência, porém, têm demonstrado que os mais variados sintomas, que são ostensivamente espontâneos e, como se poderia dizer produtos idiopáticos da histeria, estão estreitamente relacionados com o trauma desencadeador quanto os fenômenos a que acabamos de aludir e que exibem a conexão causal de maneira bem clara. Os sintomas cujo rastro pudemos seguir até os referidos fatores desencadeadores deste tipo abrangem nevralgias e anestésias de natureza diversas, muitas das quais haviam persistido durante anos, contraturas e paralisias, [...] *tiques*, vômitos crônicos e anorexia,

levados até o extremo de rejeição de todos os alimentos, várias formas de perturbação na visão, [...], etc. (FREUD, 1987/1988, p. 41-42) [...] Em outros casos a conexão causal não é tão simples. Consiste apenas no que se poderia denominar uma relação “simbólica” entre a causa precipitante e o fenômeno patológico – uma relação do tipo da que as pessoas saudáveis formam nos sonhos. Por exemplo, uma nevralgia pode sobrevir após um sofrimento mental, ou vômitos após um sentimento de repulsa moral. [...] De maneira análoga, nossas pesquisas revelam para muitos, se não para a maioria dos sintomas histéricos, causas desencadeadoras que só não podem ser descritas como traumas psíquicos. Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos – tais como os de um susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada [...]. No caso da histeria comum não é rara a ocorrência, em vez de um trauma principal isolado, de vários traumas parciais que formam um grupo de causas desencadeadoras. Essas causas só puderam exercer um efeito traumático por adição e constituem um conjunto por serem, em parte, componentes de uma mesma história de sofrimento (FREUD, 1987/1988, p. 43). [...] Nos casos em que o afeto original foi descarregado não através de um reflexo “anormal”, esse último é também liberado pela lembrança. A excitação decorrente da idéia afetiva é “convertida” num fenômeno somático. Caso esse reflexo anormal se torne inteiramente facilitado pela repetição frequente, poderá, ao que parece, exaurir a força operativa das representações liberadoras de forma tão total que o próprio afeto não surgirá, ou surgirá com intensidade mínima. Em tal caso a “conversão histérica” é completada. [...] (FREUD, 1988a, p. 212-213).

A observação e estudo dessas ligações causais, descritas por Freud, como “conexão causal” e aqui chamados de possíveis nexos que se interligam e predispoem o aparecimento e amplificação da síndrome dolorosa chamada de Fibromialgia em mulheres idosas, são de grande relevância não apenas acadêmica, visando estabelecer uma revisão e ampliação de literatura sobre a temática, mas, também, no sentido de perceber a importância de uma correlação existente entre os sintomas descritos pelas pacientes e seus possíveis nexos para que se estabeleça uma terapêutica biopsicossocial mais efetiva. Para isso o tratamento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas em rede básica de saúde mediante política pública de assistência à saúde integral, é imprescindível para esse grupo tão carente e ainda invisível na sociedade.

Essa síndrome dolorosa com vários sintomas associados, conduzem a mulher idosa à perda completa ou parcial de funcionalidade desde a realização de atividades complexas e laborais para sobrevivência, como também, a realização de atividades de vida diária (AVDs), que são as tarefas básicas de autocuidado como a exemplo de se alimentar, tomar um banho, se pentear, preparar um alimento, lavar uma roupa, entre outras atividades do dia a dia como ir ao banco, realizar compras, pagar contas etc. Aos poucos essas idosas vão perdendo sua autonomia e independência,

passando a depender de outras pessoas, o que conseqüentemente as torna mais vulneráveis às violências crescentes contra os idosos, principalmente contra as mulheres idosas⁸.

E como relacionar a fibromialgia com a abordagem psicanalítica? O presente trabalho entende que a Fibromialgia é uma roupagem contemporânea da histeria de conversão. Mas antes disso, faz-se necessário uma maior compreensão do que seja a histeria de conversão. Nesse sentido, esclarece Ângela Veiga:

A histeria de conversão implica na transposição de um conflito psíquico para o corpo. Inicialmente o termo conversão foi utilizado por Freud para caracterizar a histeria como um todo. Ao escrever a Análise de uma fobia de um menino de cinco anos, em 1909, Freud diferencia histeria de conversão da histeria de angústia e também da fobia. A principal diferença reconhecida por Freud entre os dois tipos de histeria é que, na histeria de angústia, a excitação provocada pela moção de afeto é escoada para o corpo e sentida como angústia. No caso da histeria de conversão, evita-se a angústia ao converter a libido em uma parte do corpo (Leite, 2012). Cabe ressaltar que a conversão é a maneira encontrada pelo psiquismo para dar conta de uma excitação a mais, impossível de ser elaborada, pelo menos no momento em que é provocada. (VEIGA, 2013, p.16-17).

A palavra histeria e seus sintomas psicossomáticos foram abolidos aos poucos das novas republicações do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, que já se encontra na 5ª edição ou DSM-5. Esse manual é elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, e utilizado por Psicólogos e Médicos Psiquiatras para diagnósticos. Observou-se na presente pesquisa que o termo histeria foi considerado estigmatizante, distanciando assim, o seu real entendimento e compreensão, conforme admoesta Ávila (2010, p. 337):

Sob a pressão da opinião pública que tendia a ver a palavra “histeria” como estigmatizante, a equipe que elaborou o DSM-III acomodou a histeria em vários compartimentos, abolindo-a da nomenclatura psiquiátrica. Essa edição banuiu os sintomas psicossomáticos, historicamente o cerne da histeria, para utilizar-se de um grupo de diagnósticos chamados de transtornos somatoformes (posteriormente também retirados no DSM-5), ou sintomas físicos sugerindo desordem física. Entre os transtornos somatoformes estavam o transtorno de somatização e os transtornos conversivos.

Em estudo comparativo, foi observado que a publicação do DSM-IV (2002, p. 469), traz os Transtornos Somatoformes e acrescenta que:

⁸ Indica-se, enquanto leitura complementar desse tema, as contribuições e estudos de: Taniguchi (2019), Ipea (2019), Freitas e Benito (2020), Damaceno et al (2020) e Moraes et al (2020).

A característica comum dos Transtornos Somatoformes é a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (daí o termo *somatoformes*), porém não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância, ou por um outro transtorno mental (p. ex., Transtorno do Pânico). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupação ou em outras áreas importantes. Em comparação com os Transtornos Factícios e a Simulação, os sintomas físicos não são intencionais (não estão sob o controle voluntário). Os transtornos Somatoformes diferem dos Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Clínica, na medida em que não existe uma condição médica geral diagnosticável que explique plenamente os sintomas físicos. [...] Os seguintes Transtornos Somatoformes são incluídos nesta seção: O Transtorno de Somatização (historicamente chamado de Histeria ou síndrome de Briquet) é um transtorno polissintomático que inicia antes dos 30 anos, estende-se por um período de anos e é caracterizado por uma combinação de dor, sintomas gastrintestinais, sexuais e pseudoneurológicos. O Transtorno Somatoforme Indiferenciado caracteriza-se por queixas físicas inexplicáveis, com duração mínima de 6 meses, abaixo do limiar para um diagnóstico de Transtorno de Somatização. O Transtorno Conversivo envolve sintomas ou déficits inexplicáveis que afetam a função motora ou sensorial voluntária, sugerindo uma condição neurológica ou outra condição médica geral. Presume-se uma associação de fatores psicológicos com os sintomas e déficits. O Transtorno Doloroso caracteriza-se por dor como foco predominante de atenção clínica. Além disso, presume-se que fatores psicológicos tenham um importante papel em seu início, gravidade, exacerbação ou manutenção. A Hipocondria é a preocupação com o medo ou a ideia de ter uma doença grave, com base em uma interpretação errônea de sintomas ou funções corporais. O Transtorno Dismórfico Corporal é a preocupação com um defeito imaginado ou exagerado na aparência física. O transtorno de Somatização Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos com sintomas somatoformes que não satisfazem os critérios para qualquer um dos Transtornos Somatoformes. (DSM-IV, 2002, p. 469).

O DSM-IV (2002, p. 472), informa ainda que se fazem necessárias três características para que possa ser sugerido um diagnóstico de Somatização, são eles:

1) envolvimento de múltiplos sistemas orgânicos; 2) início precoce e curso crônico, sem o desenvolvimento de sinais físicos ou anormalidades estruturais; e 3) ausência de anormalidades laboratoriais características da condição médica geral sugerida.

Já o DSM-5 (2014), traz a mudança na nomenclatura de Transtornos Somatoformes para Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados, da página 161 a página 167, e subdivide-se em:

Transtorno de Sintomas Somático - A. (Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária. Com a hipótese dor predominante) [...]; Transtorno de ansiedade de Doença - A. (Preocupação com ter ou contrair uma doença grave) [...]; Transtorno Conversivo (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais) – A. Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial alterada. [...]; Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas; Transtorno Factício (Autoimposto); Outro Transtorno de Sintomas somáticos e Transtornos

Relacionado Específico; Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados Não Especificado. (DSM-5, 2002 p.161-167).

Ressalte-se que ao longo das republicações do DSM, a Associação Americana de Psiquiatria foi diluindo e banido os sintomas psicossomáticos que constavam do cerne da histeria, conforme esclarece Ávila (2010), para dar lugar aos mesmos Transtornos em uma nova roupagem totalmente desmembrados.

Seria, então, a fibromialgia um processo de histeria de conversão? Essa pergunta não é nova. Em pesquisas realizadas são muitos os autores que formulam essa pergunta e respondem com base em Teorias Psicanalíticas e Psicossomáticas,

É o que se pode perceber em Ávila. Veja-se:

A histeria se comporta como um distúrbio bastante plástico, influenciado pela interação que mantem com seu observador. Assim, observadores diferentes tenderão a presenciar histerias diferentes, nominando-as conforme seus respectivos campos de atuação. No início, esse transtorno era visto de forma abrangente, incluindo neuroses, psicoses, catatonia, epilepsia e quadros degenerativos como demências e doença de Parkinson. Na atualidade, tal abrangência cedeu lugar a inclusão de sintomas histéricos nos critérios diagnósticos de várias doenças, como os transtornos somatoformes, a fibromialgia e a Síndrome de Burnout, por exemplo. (ÁVILA, 2010, p. 334).

A fibromialgia então, enquanto sintoma de um corpo que fala e grita, revela as angústias e as insatisfações desse “sujeito”: mulher idosa. Dá sinais, não apenas da sua estrutura psíquica formada, mas de como esta estrutura foi constituída enquanto feminino, e de como ela percebeu e respondeu ao mundo.

Além dos questionamentos encontrados, e muitas outras interrogações provenientes da escuta, a relação de convivência profissional da pesquisadora com essas mulheres de terceira idade, motivaram uma observação cada vez mais cuidadosa. Aos poucos, unir a realidade vivenciada com os estudos psicanalíticos, foi uma experiência enriquecedora.

A forma como as mulheres idosas caracterizavam-se por um exagero emocional na conversão de seus conflitos psíquicos em físicos, revelados através das dores fibromiálgicas e da negação do desejo sexual em narrativas sobre a infância e juventude repletas de sofrimento, revelavam possíveis nexos causais que iam aparecendo com maior clareza. Foi então, durante essa imersão, que a Psicanálise se revelou um aporte teórico que viabilizava uma articulação e entendimento com

relação aos sintomas, eventos e fenômenos que aquelas mulheres fibromiálgicas demonstravam.

Os possíveis nexos que ancoravam aquelas dores sentidas e descritas por aquelas mulheres idosas, se revelavam paulatinamente. Já era possível a associação de possíveis nexos como a sexualidade, manifestada através de representações psíquicas de conflito. Nesse sentido, Bitelman (*apud* SIMÃO; MOREIRA, 2004, p.04) afirma:

Em seus trabalhos sobre a histeria, Freud e Breuer, evidenciaram que o aparecimento de certos sintomas (vômitos, anorexia, paralisia passageira e outras manifestações físicas), tanto motores como sensitivos, são uma representação psíquica de conflitos relacionados a processo de inibição, sedução ou hipersexualidade e que foram rotulados como manifestações de conversão. Esses conceitos psicanalíticos sobre conversão foram úteis para facilitar a compreensão do psicossomatismo, e do que ocorre com o psiquismo de pacientes somáticos e para o significado dos sintomas. (BITELMAN *apud* SIMÃO; MOREIRA 2004, p. 04).

Uma das singularidades da histeria, como pode ser observado é a “conversão”, termo que designa a transformação da excitação psíquica em sintomas orgânicos crônicos (BREUER; FREUD, 1893-95).

Zimerman (1999, p. 208), traz a visão de vários teóricos que se debruçaram sobre o estudo da histeria, para explicá-la, sendo de fundamental importância o seu entendimento, por ser objeto da presente pesquisa a defesa de que a fibromialgia é uma histeria de conversão. Analisa-se a seguir:

A histeria do ponto de vista psiquiátrico, costuma ser dividida em dois tipos, a conversiva e a dissociativa. Abraham, seguindo os passos de Freud, trouxe a contribuição ao subdividir as histerias em dois tipos, a de um tipo passivo (dependente), e as de tipo ativo, que manifestam características fálicas, e que são extremamente competitivas com os homens. M. Klein, esvaziou a importância da genitalidade na histeria, assim para a escola Kleiniana, a histeria seria uma organização defensiva contra a psicose subjacente; Green (1974), que também destaca o aspecto defensivo da histeria, mas representado pelo caráter exibicionista e histriônico, típico dos histéricos, visando protegê-lo dos núcleos depressivos. Lacan que em seus estudos retorna a Freud, postulando, contudo, que não é o pênis (como órgão anatômico) que a histérica busca, mas sim o falo (símbolo de poder que comumente, mas não exclusivamente, a criança atribui ao pênis do pai). No imaginário da criança, o falo designa aquilo que falta na mãe, e que vem a ficar representado no seu ego como uma ausência, falta, falta e, por essa razão, ela pode passar a vida inteira acossada por desejos e demandas para preencher esse vazio imaginário. (ZIMERMAN, 1999, p. 208).

Freud (1989, p. 208), falando sobre “as transformações da puberdade”, traz que a mulher quando muda a “zona dominante” para sua atividade sexual “posterior”, transfere sua excitabilidade erógena do clitóris para a vagina, ao passo que o homem conserva a dele desde a infância. Nessa mudança de “zona erógena dominante”, assim como na “onda de recalçamento da puberdade”, a mulher elimina a masculinidade comum na infância para ambos os sexos, onde aí residem os principais determinantes relacionados com a natureza feminina, daí a propensão das mulheres para a neurose, especialmente a histeria.

Com a suposta mudança de “zona erógena dominante”, e o reforço do complexo de castração feminina na puberdade, a mulher se coloca no papel de negar o seu prazer, para satisfazer o prazer do outro. E esse traço passa a ser representado em suas relações interpessoais ao longo da vida. Estão aí possíveis nexos encontrados em experiência profissional, ao observar empiricamente, mulheres fibromiálgicas, a questão da sexualidade e do complexo de castração.

Pode-se perceber claramente, diante do exposto acima, a correlação que é feita da história de vida dessas mulheres com o sacrifício em viver para servir ao outro, é o que Lins (2013) coloca a seguir:

Outro traço da histérica está em seu sacrifício, em tentar preencher o que imagina ser o prazer do outro, colocando-se sempre a serviço do outro. No entanto, existe uma intencionalidade nesse sacrifício, o de ser vista por esse outro. Esse caráter sacrificial representa a permanência da identificação com o falo do outro. (LINS, 2013, n.p.).

Na síndrome fibromiálgica, enquanto uma histeria de conversão, a mulher idosa fibromiálgica, sempre apresentando-se repleta de insatisfação, busca uma identificação com o sujeito desejante ou a sua representação, pela via do sintoma, é o que esclarece Lins (2013).

A histeria seria uma tentativa de identificação com um sujeito desejante cujo objeto está em posição terceira, e essa identificação só será possível pela via do sintoma que lhe serve de marca, uma espécie de registro, de inscrição dessa estrutura. Em resumo, a grande questão que ocupa a vida psíquica da histérica é sua recusa ao gozo, o seu medo de gozar, e para afastar essa ameaça de um gozo maldito e temido, a histérica inventa inconscientemente um cenário fantástico, onde busca provar a si mesma e ao mundo que só existe o gozo insatisfeito, e para manter seu descontentamento, ou seja, a sua insatisfação, ela sempre considera o outro como decepcionante, sempre será o sujeito de sua insatisfação. (LINS, 2013, n.p.).

Ressalva-se a tempo, que o processo elaborado, conforme descrição supracitada, é inconsciente e busca a reestruturação da mente que experienciou um sofrimento anterior de falta (falta aqui no sentido mais abrangente do seu significado e significante), e articulou sua significação em representação social de dor, através da ação de imprimir no corpo físico essa revelação de sentir-se castrada.

Seria então essa dor autêntica, uma histeria de conversão que, associada a outros possíveis nexos, teria sua “raiz” no complexo da castração, cristalizado na forma em que a família e toda a sociedade, através dos seus micro e macro paradigmas, recepcionam esse feminino? É o que se perceberá, no próximo tópico, com o amparo teórico da visão Psicanalítica, da visão sócio-histórica e da narrativa de mulheres idosas fibromiálgicas, narrativa essas, que motivaram e deram sentido às pesquisas aqui realizadas.

4.2.1 A castração da mulher segundo a visão Psicanalítica

O complexo de castração, consta da presente pesquisa, enquanto um possível nexos para as dores fibromiálgicas em mulheres idosas, e encontra amparo em bases Psicanalíticas e na narrativa de mulheres idosas, fruto da experiência da pesquisadora nas áreas de Direito, Psicologia e Gerontologia.

Segundo Laplanche e Pontalis (2000, p.73), o complexo de castração é um complexo centrado na fantasia de castração, que proporciona uma resposta ao enigma que a diferença anatômica dos sexos (presença ou ausência do pênis) coloca para a criança. Essa diferença é atribuída à amputação do pênis na menina.

A estrutura e os efeitos do complexo de castração são diferentes no menino e na menina. [...]. Na menina, a ausência do pênis é sentida como um dano sofrido que ela procura negar, compensar ou reparar. O complexo da castração está em estreita relação com o complexo de Édipo e, mais especialmente com a função interditória e normativa. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000, p.73).

O complexo de castração designa "o sentimento inconsciente de ameaça experimentado pela criança quando ela constata a diferença anatômica entre os sexos." (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 104). Ameaça essa que protraí ao longo da vida das mulheres em suas diversas experiências, quer de forma objetiva, quer de

forma subjetiva, quer no campo do simbólico, quer no campo do real, quer na cultura machista, quer na reprodução do machismo pelas próprias mulheres.

Laplanche e Pontalis (2000, p. 74), acrescentam que:

[...] O agente da castração [...]. A situação não é tão nítida para a menina, que se sente, talvez, mais privada de pênis pela mãe do que efetivamente castrada pelo pai. Em relação ao complexo de Édipo, o complexo da castração situa-se em diferentemente nos dois sexos. Abre para a menina a busca que a leve a desejar o pênis paterno; constitui, pois, o momento de entrada no Édipo. No menino, marca, pelo contrário, a crise terminal do Édipo, vindo interditar à criança o objeto materno; a angústia de castração inaugura para ele o período de latência e precipita a formação do superego.

Os Psicanalistas, segundo Laplanche e Pontalis (2000), procuraram basear o complexo de castração em uma realidade diferente da ameaça da castração. Elaboraões teóricas assim, caminharam em diversas direções, mas o que se assemelha entre elas, é situar a angústia da castração em experiências traumatizantes, enquanto representações recalçadas, em que está presente o elemento de perda, de separação de um objeto, que através de “concepções simbólicas”, vão dando vazão a sintomas no corpo físico. Existe a confirmação pelas equivalências simbólicas da separação do sujeito, que teve que renunciar a esses objetos, identificadas também pela Psicanálise, como situações que são associadas a sensações de prazer, e depois são retiradas, causando desprazer, sofrimento. É o que se observa através de Laplanche e Pontalis:

Essa interpretação econômica da conversão é inseparável, em Freud, de uma concepção simbólica: nos sintomas corporais há representações recalçadas que “falam”, deformadas pelos mecanismos da condensação e do deslocamento. Freud nota que a relação simbólica que liga o sintoma à significação é tal que um sintoma não só exprime várias significações ao mesmo tempo, como as exprime sucessivamente: “Com o correr dos anos, um sintoma pode ter uma das suas significações ou a sua significação dominante mudada [...]. A transferência de uma excitação puramente psíquica para o domínio do corpo, processo chamado de conversão, depende do concurso de tantas condições favoráveis, a complacência somática necessária à conversão é tão penosamente obtida, que a pressão para a descarga da excitação proveniente do inconsciente leva a usar, na medida do possível, o caminho de descarga que já é praticável. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000, p. 104).

A Complacência somática, segundo Laplanche e Pontalis,

[...] foi uma expressão introduzida por Freud para referir a “escolha da neurose” histórica e a escolha do órgão ou do aparelho corporal sobre o qual se dá a conversão, fenômeno presente na Fibromialgia. Acrescenta ainda que “o corpo – especialmente nos histéricos – ou determinado órgão forneceria

um material privilegiado à expressão simbólica do conflito inconsciente. (LAPLANCHE; PONTALIS, 1995, p. 69)

Ainda no contexto do complexo de castração, Freud (1989, p. 208), traz em seus estudos a diferenciação entre o homem e a mulher, esclarecendo que quando se quer compreender a transformação da menina em mulher, é preciso se ter o alcance das “vicissitudes posteriores a excitabilidade do clitóris”. A menina por novos recalcamientos, que sucumbe a parcela de sexualidade masculina que existe nela, é afetada justamente na sexualidade do clitóris. Com o reforço dessas inibições sexuais na puberdade, a menina tem uma supervalorização sexual, quando recusa e renega sua sexualidade, ao passo que o menino tem estimulada a sua libido diante desse fator relacional.

O complexo de Castração, de forma geral, é conceituado pela grande parte dos estudiosos da Psicologia e da Psicanálise, como um conjunto de representações e possíveis recordações mnêmicas, inconscientes e atemporal, de valor afetivo, que se constitui das relações interpessoais presentes no inconsciente quer na sua totalidade, quer parcialmente. Esse complexo se exterioriza mediante um estímulo externo que, como um gatilho ou precipitador, traz a sua revelação através de emoções, sintomas, atitudes, ou ainda comportamentos adaptados que estabelecem uma relação simbiótica de retroalimentação entre a mente e o corpo.

O traço psíquico demonstrado anteriormente, traz uma similitude com os comportamentos adquiridos e demonstrados pelas mulheres idosas fibromiálgicas, onde representações diversas, entre elas a sexual, vão sendo recalçadas, e a transferência dessas representações, vão se deslocando para o domínio do corpo, através de sintomas, enquanto um processo de conversão. O conteúdo recalçado buscará meio de satisfação, é o que explica Ângela Veiga:

O conteúdo recalçado busca um meio de satisfação, ainda que ocorra de forma indireta. No caso da histeria, a satisfação se dá através do sintoma. É uma satisfação distorcida e distante do fator desencadeante. Transformar o conteúdo recalçado em algo expresso através do sintoma, é denominado conversão. Assim, a finalidade do tratamento deixa definitivamente de ser uma descarga do afeto para a uma compreensão e elaboração do mesmo pelo próprio paciente. (VEIGA, 2013, p.15).

O entendimento acima, revela que corpo e a alma são indissociáveis, representaria uma unidade. Assim as doenças físicas e psíquicas, estariam vinculadas

simultaneamente. É o que traz o entendimento de Groddeck (1926), o corpo e a alma são indissociáveis, uma unidade. Desta forma, “não podem existir doenças físicas nem doenças psíquicas, dado que, sempre e em todas as circunstâncias, adoecemos corporal e animicamente, em simultâneo.” (GRODDECK, 1926, n.p.)

O corpo na Teoria Psicanalítica é compreendido para além do corpo físico visto pela medicina, e esse entendimento é indispensável para a compreensão das dores fibromiálgicas em idosas. Nesse sentido, esclarecem Silvia Alonso e Mario Fuks:

Não é possível conceber e situar o estatuto teórico do “corpo que está em jogo na histeria”, nem compreender sua disponibilidade e o uso que o histérico faz dele, sem correlacioná-lo com outros conceitos metapsicológicos centrais na reflexão psicopatológica, como o de corpo erógeno, mas também corpo expressivo, simbólico, pulsional, desejante, etc. Esses conceitos foram operando rupturas progressivas na teorização freudiana e a levaram longe de suas origens no campo da medicina. Esse movimento, que envolve o debate epistemológico e a reelaboração teórica, se encontra presente e aberto nas correntes do campo psicanalítico. (ALONSO; FUKS, 2004, p. 84).

Acrescente-se a tempo, que não constará da presente dissertação, a evolução do conceito de “doença”, seu entendimento e compreensão, por ser tema de grande conteúdo acadêmico e histórico, quer no campo da Medicina, da Psicanálise, da Sociologia, entre outras escolas de conhecimento, e por não ser o objeto da presente pesquisa, mas, esclareça-se que o seu estudo é de grande relevância para todos aqueles que desejam se aprofundar no estudo do tema “saúde/doença” e compreender aspectos biopsicossociais que se retroalimentam e que não podem estar dissociados quer no diagnóstico, quer no prognóstico, quer no tratamento.

Entender que a fibromialgia nessas mulheres idosas não é tarefa fácil, leva à necessidade de aprofundar as pesquisas, estudos e escuta, pois se por um lado a fibromialgia se caracteriza como uma histeria de conversão, segundo a Psicanálise, por outro lado, tomar conhecimento que simboliza a forma como essas mulheres estruturam suas faltas, dores e traumas, percorrendo um longo caminho de ressignificações do recalque original, demonstra a necessidade da presença da psicoterapia no tratamento, principalmente para aquelas que se encontram no tecido social de maior vulnerabilidade.

Freud (1989, p. 223), ao falar de recalque, traz que as excitações correspondentes, continuam a ser produzidas, mas que sendo de alguma forma

impedidas de alcançar o seu alvo, são empurradas para muitos outros caminhos, até que consigam expressar como sintoma.

O meio ambiente que essa mulher idosa fibromiálgica nasceu, se criou, e constituiu sua subjetividade, é também de fundamental importância para compreensão da simbologia das suas dores, assim como para seu tratamento. Nesse diapasão, conforme o entendimento psicanalítico, é necessário agregar a concepção sócio histórica e a família como microssistema regulador e mantenedor da sua condição.

4.2.2 A castração da mulher segundo a concepção sócio histórica e a família como microssistema regulador e mantenedor da sua condição

O presente tópico visa trazer a importância de ser levado em consideração o ambiente que as idosas estão inseridas, assim, como também, seu histórico social e familiar como nexos para o aparecimento e amplificação das dores fibromiálgicas, aqui amparado o seu entendimento na Psicanálise, enquanto uma histeria de conversão.

Nesse diapasão, estarão presentes, além do aporte teórico aqui referenciado, os relatos e narrativas de idosas sobre o ambiente social e familiar que estão interrelacionadas, com suas representações de dores e sofrimento. Omitida a identidade dessa mulheres, os relatos e narrativas são trazidos como experiência profissional da pesquisadora, nas áreas do Direito, Psicologia e Gerontologia. Tais relatos e narrativas são fruto de observação empírica, não necessitando aqui de protocolos e exigências legais acadêmicas, uma vez que, não fere a dignidade da pessoa humana, por estar preservado o anonimato. Os relatos transcritos, visam dar voz às mulheres idosas fibromiálgicas e abrir espaço para uma atenção e cuidado para esse sofrimento ainda invisível na sociedade.

O surgimento dos possíveis nexos com a fibromialgia, a cada narrativa das idosas, foram motivadores para o aprofundamento da presente pesquisa, assim como, para a ampliação de uma concepção mais abrangente frente ao entendimento e compreensão dessas dores. O ambiente se mostra determinante nos quadros de

sensibilização, aumento e diminuição do limiar de dor, assim como, da sua representação.

Em relatos trazidos por mulheres idosas, em uma concepção biopsicossocial de que a “observação, introspecção e diálogo, são fermentas essenciais para a compreensão do outro” (GANHÃO, 2009, p.23), observou-se entre os possíveis nexos existentes na fibromialgia, enquanto uma histeria de conversão, além da sexualidade e do complexo de castração, também o ambiente vivido e experienciado.

O ambiente foi introduzido nessa relação como um elemento que traz sua importância, conforme elucida Ganhão (2009, p. 23), se referindo a Engel (1977).

Numa época em que era vigente o modelo biomédico, Engel (1977) acusou-o de ser dogmático e descreveu um modelo biopsicossocial do adoecimento, baseando-se na teoria geral dos sistemas e na psicanálise. Através deste, postulou a existência de interrelações entre mente, corpo e ambiente, na doença e na saúde, tendo sempre em vista “a unidade psicobiológica do homem” (*op. cit.*, p. 133). Enraizada neste modelo esteve sempre a importância da entrevista «médica» como momento de encontro humano e a concepção da observação, introspecção e diálogo como ferramentas essenciais para a compreensão do outro. (GANHÃO, 2009, p. 23).

O Modelo biopsicossocial, através do qual foi postulada a existência de interrelações entre mente, corpo e ambiente, conforme citação anterior, trouxe mais um nexo de grande importância para a compreensão das dores fibromiálgicas, no que tange a seu surgimento, amplificação ou minoração diante da influência de determinados ambientes. Esses ambientes serão visto inicialmente em um contexto macro- cultural e posteriormente em um contexto micro - familiar, haja vista ser a família a sua mais fiel representação. Para tanto, a sociologia, através de Goran Therborn, trará o amparo necessário para a compreensão que se deseja suscitar do nexo existente entre ambiente e dores fibromiálgicas em mulheres idosas.

Através de seu livro “Sexo e Poder”, Goran Therborn (2006), apresenta entre os temas ali desenvolvidos, o patriarcado e sua relação de direitos e deveres entre pais e filhos, homem e mulher, conforme ele mesmo afirma:

A “regra do pai” é aqui vista de um modo mais amplo do que por *Le Play*, na medida em que se refere aos poderes familiares masculinos, não importando se de pais, tios maternos nas sociedades matrilineares, maridos ou outros homens membros da família. [...] e as relações entre maridos e esposas. O poder parental estará amplamente concentrado no controle – grau ou ausência – sobre os casamentos dos filhos e sobre a formação de domicílios,

aspectos mais importantes do controle sobre o curso de vida da nova geração; [...]. (THERBORN, 2006, p.21).

Nessa perspectiva, o controle e o poder parental estabelecido na sociedade, refletido na cultura e na família, será considerado manifestações do patriarcado, no qual o sexo masculino está acima do feminino. Não se deve excluir todavia, as representações do patriarcado por mulheres detentoras de algum poder, como a exemplo das sogras sobre as noras. Segundo Therborn (2006, p.30) “esse poder é uma delegação do poder paterno que estão a ele vinculado”.

Segundo Therborn (2006, p.22), “o poder paterno é o significado central do patriarcado, histórica e etimologicamente e várias vezes e em vários lugares, se terá de fazer o inventário do modo como ele opera.” Acrescenta ainda que: “Pais poderosos são também maridos, de modo que parece ao mesmo tempo lógico e prático estender a noção de patriarcado ao poder dos maridos.” (THERBORN, 2006, p.22).

Segundo o autor, o exame do Patriarcado observa várias prerrogativas legais e/ou reais ao homem, tais como:

[...] na tomada de decisão na família, como ‘chefe de família’, no controle das atividades e da mobilidade de suas mulheres, na poliginia e nos duplos padrões sexuais. [...] a discriminação contra as filhas e os sacrifícios especiais exigidos das mulheres por razões sexuais masculinas [...]. A discriminação e desigualdade de gênero devem ser vistas como conceitos mais amplos do que o de patriarcado, com sua tradição familiar e conotações históricas. (THERBORN, 2006, p.22).

Esse era o ambiente, sob o regime do patriarcado, que a maioria das mulheres idosas fibromiálgicas estavam inseridas quando mais jovens, e que ainda continuam inseridas pois sempre existe uma personagem para reproduzir o regime patriarcal de alguma forma, seja marido, filho mais velho e até mesmo filhas que de forma inconsciente refletem esse modelo e reproduzem comportamentos nocivos.

Nesse diapasão, Therborn (2006, p. 29) demonstra que:

O patriarcado tem duas dimensões intrínsecas básicas: a dominação do pai e a dominação do marido, nessa ordem. Em outras palavras, o patriarcado refere-se às relações familiares, de geração ou conjugais – ou seja, de modo mais claro, às relações de geração e de gênero. Embora o patriarcado, sob várias formas, modelasse também assimetricamente as relações entre pai e filho, assim como as relações sogra e nora, o núcleo do poder patriarcal constituiu, acima de tudo, no poder do pai sobre a filha e no do marido sobre

a mulher. O poder do pai sobre seu filho, via de regra, era uma versão suavizada daquele sobre a filha e o poder da sogra era delegado pelo sogro e/ou marido. (THERBORN,2006, p. 30).

A castração da mulher segundo a concepção sócio histórica, principalmente na família, como microssistema regulador e mantenedor da sua condição de inferioridade, é presente em várias culturas e nacionalidades, conforme acrescenta Therborn (2006, p. 31):

[...] observaremos a possibilidade de discriminações contra as filhas através do infanticídio, dos maus-tratos, da negligência, dos sistemas de heranças assim como os sacrifícios especiais exigidos das mulheres, como a infibulação ou clitorectomia, a compressão ou enfaixe do pé e o *sati* (imolação da viúva). [...] . Em outras sociedades, o patriarcado está explicitamente subordinado à autoridade da Igreja ou aos rituais religiosos institucionalizados perante Deus e, em adição, ou alternativamente, ao monarca ou ao Estado. (THERBORN, 2006, p.31-32).

A Igreja Romana, através da encíclica *Rerum Novarum*, do Papa Leão XIII, em 1891, proclamou o mais poderoso tratado patriarcal, conferindo que: “a família é verdadeiramente uma associação [*veri nominis societas est*] que é governada por seu próprio poder [*potestate própria*] que neste caso é o do pai [*paterna*]” (RODRIGUEZ, 1964:269 *apud* THERBORN 2006, p. 39).

Diante dessa realidade, Therborn (2006, p.40) acrescenta que estava institucionalizado o patriarcado⁹ através dos poderes do pai e do marido, sustentados pela lei da Igreja, pelo ensino religioso e pelos costumes.

Diante do sofrimento e da submissão a um sistema de classe que reverbera o patriarcado na contemporaneidade, enquanto delimitação de poder e classe, que coloca a mulher idosa em um patamar de preconceito, seja na forma que é visto o envelhecimento humano, seja no ensino, no trabalho, na cultura, na saúde, nos microssistemas familiares, é necessária uma reforma conjunta, onde envolvidos todos os atores sociais, as condutas nocivos e tóxicos sejam banidas e repudiadas da sociedade, evitando assim, dores e sofrimento, além da manutenção do respeito humano e garantias constitucionais.

⁹ Não é pretensão essa dissertação aprofundar o tema do patriarcado, ainda que seu estudo seja de fundamental importância para uma compreensão mais abrangente sobre a condição da mulher na sociedade. Contudo, é de fundamental importância trazê-lo como um possível nexos, refletido no ambiente familiar e cultural, que junto aos demais nexos são reproduzidos e simbolizados nas dores fibromiálgicas em mulheres idosas.

Nesse sentido:

Nas distinções de classe social, o sofrimento e o sentimento da dor dos despossuídos aparecem como “naturais”. Esta concepção é interiorizada, tornando difícil, para os socialmente desfavorecidos, conceber, para si, a ideia de bem-estar, suposto atributo da classe dominante. (SARTI, 2001, p.10 apud HAYAR, 2013, p. 45).

Tal submissão feminina, era de difícil combate para a grande maioria das mulheres. Sempre orientadas a se prepararem para o casamento, tinham seus estudos orientados e guiados para a ratificação do sistema patriarcal. Ademais, as atividades estavam circunscritas à caridade, e aquelas que se pronunciassem fora desse sistema, estariam confinadas nos conventos, que também, eram sustentados pelos patriarcas.

Therborn (2006, p. 63), revela que “analistas do colonialismo, inspirados pela Psicanálise, relacionaram o patriarcado e o colonialismo com concepções de dominação sexual,” e apresenta como exemplo clássico o livro: *Peau Noire, Masques Blancs* (1952) (Pele Negra, Máscaras Brancas) de Franz Fanon.

O autor acrescenta ainda sobre o aspecto de dominação sobre as mulheres, um resumo do escritor Ashis Nandy, que elucida:

A homologia entre a dominação sexual e a política, usada invariavelmente pelos colonizadores ocidentais [...] legitimou lindamente os modelos europeus pós-medievais de dominação, exploração e crueldade como naturais e válidos. O colonialismo produziu um consenso cultural no qual a dominação política e socioeconômica simbolizavam a dominação do homem e da masculinidade sobre a mulher e a feminilidade. (NANDY, 1983, p.4 apud THERBORN, 2006, p.65).

A dominação do masculino sobre o feminino, dos homens sobre as mulheres e de toda relação nociva de dominação existente, está impressa na memória e nas dores das mulheres fibromiálgicas, que através de suas narrativas aliviam um pouco da angústia, frustração e do medo que viveram e vivem, ante a essas relações de poder.

Corroborando a dominação do gênero masculino sobre o feminino historicamente, e citando Motta (1999), Hayar (2013, p. 34-35), em sua tese de Doutorado em Serviço Social, intitulada “Envelhecer com dor crônica: um estudo socioeconômico, cultural e demográfico de mulheres com fibromialgia” afirma que:

[...] a prescrição tradicional foi: domesticidade e maior repressão social e sexual, desestímulo ou dificuldades de acesso e permanência no mercado de trabalho, desigualdades de formação e condições de trabalho em relação às dos homens, negação aparente de interesse e capacidade para a política e apropriação social do seu corpo expresso no controle familiar e na medicalização das funções reprodutivas. Sintetizando, a expectativa obrigatória de uma “feminilidade” que significa obediência e conformismo. (MOTTA, 1999, p. 210 *apud* HAYAR, 2013, p.34-35).

A citação supracitada pode ser confirmadas através das narrativas de algumas mulheres idosas, durante a trajetória profissional da pesquisadora. Entre as diversas narrativas, foram selecionadas algumas falas significativas à temática (com a devida omissão a identidade dessas mulheres), para corroborar a compreensão entre as dores fibromiálgicas e os possíveis nexos, além de estabelecer o alcance sobre a realidade de cada uma delas no que tange às suas representações, simbologias, sexualidade, perdas e faltas, vinculadas à castração primária, e sequenciada pela castração sócio-histórica, em um sistema patriarcal que estão inseridas e que ainda reverbera na contemporaneidade, são elas:

- “não me casei com o homem que eu amava, mas suportei com dignidade o casamento que meu pai me deu”;
- “tenho a dor da perda do meu marido, meu corpo todo dói, não tenho valor sozinha, todos os amigos se afastaram”;
- “até hoje não aceito a morte de meu filho, é como se eu tivesse morrido junto, passei a ter muitas dores desde aquela data”;
- “meu único filho foi morar em outro país, dói muito, é como se tivesse sido amputada uma parte de mim”;
- “fui traída pelo meu marido várias vezes, depois disso passei a adoecer”;
- “nunca aceitei o fato de ter ficado velha e ter perdido meu viço”;
- “quando chega a noite e me vejo sozinha em casa, sem marido e filhos, me sinto muito angustiada, tenho muito medo e só consigo dormir com medicações, devido as dores”;
- “sinto, as vezes vontade de sexo, mas na minha idade, isso já não é normal”;
- “se não fui feliz antes, não serei agora, é assim que Deus quer”;
- “Tenho que continuar a me sacrificar pelos meus filhos e pela minha família, ainda que meu marido não mereça”;

- “Estou bem aqui, mas, quando chego em casa, já começo a sentir as dores, principalmente à noite”;
- “depois que meu marido morreu, meu filho mais velho passou a cuidar de todo o dinheiro, para me ajudar e proteger, e assim tudo eu tenho que falar com ele, para ele deixar e pagar, mas ele é um bom filho, é grosseiro as vezes, mas tenho que aceitar, ele é o filho mais velho”;
- “Já sofri um processo de interdição, por parte de uma filha, depois que meu marido morreu. Ela queria a casa para ela. Tive que provar que não estava esclerosada, dessa data passei a ter dores e fiquei sem andar durante seis meses”;
- “sofri muito de meu marido, eu não podia estar feliz, nem ter prazer, nem me arrumar, o que não foi diferente com meu pai. Sinto dores desde mocinha”;
- “nunca consegui ter orgasmo, vim saber disso já velha, meu marido era muito rude”;
- “quando eu me arrumava, meu pai e depois meu marido, pareciam não gostar, é como se eu estivesse fazendo algo errado, e logo arranjavam um jeito de me castigar”;
- “sempre fui obediente a meus pais e depois ao meu marido, nunca dei trabalho, mas nunca me senti feliz, sempre tive cansaço e dores”;
- “Meu marido nunca permitiu que eu trabalhasse. E sempre dizia que eu não entendia das coisas, só da casa, mas sempre deu tudo que eu e meus filhos precisávamos, mesmo como pobre”;
- “deixei a escola para me casar, e depois dos filhos, não consegui mais voltar para estudar, mas meu marido também dizia que não precisava”;
- “Apanhei muito do meu pai de fivela de sinto, não entendia. Minha mãe brigava com ele e depois ele me batia”;
- “Em uma briga de meu pai e minha mãe, fui defender a minha mãe e meu pai colocou um revólver na minha cabeça e disse que iria me matar, minha mãe correu comigo para um quarto e ficamos trancada por toda noite. Desde esse dia passei a ter dores e insônia”;
- “Fui estuprada várias vezes desde os nove anos de idade pelo meu padrasto, quando eu resolvi contar a minha mãe, ela não acreditou em

mim e disse que eu que me oferecia para ele, daí ele me bateu e eu saí de casa”;

- “Tenho inveja das colegas e amigas que ainda tem marido e podem ser amadas, eu nunca fui. Acho que seja por isso que estou doente. Sinto uma sensação de vazio”;
- “Querida um marido, mas me acho feia, velha e gorda. Sinto um buraco interno que me consome e sinto dores”;
- “Ser velha é a pior coisa. Devíamos morrer cedo” [...]

Através de suas narrativas¹⁰, as mulheres fibromiálgicas apresentaram condutas semelhantes, onde através de suas escolhas, preferiram renunciar a si pelo outro, preferiram negar o seu prazer para estar em conformidade com algo ou com alguém. Acrescentam ainda, em suas narrativas, que sentem um “buraco interno” que as “consome”, uma “sensação de vazio”, de “perda”, e “sentimento de abandono”, sempre acompanhados de dores generalizadas ou específicas.

As narrativas, acima descritas, eram envolvidas, muitas delas, por lágrimas, choros contidos, presença de rouquidão, tosse, e em alguns momentos por risos e gargalhadas, que brotavam de forma inesperada, junto a dores relatadas. Também, quando em meio a narrativa de perdas, acompanhadas de muito gestual, traziam um momento de satisfação relacionado a infância de um filho, e em contra partida, já associavam a um momento de tristeza ou angústia da própria infância. Quanto ao papel de mãe, para elas, além de amor, simbolizava um papel de poder e proteção.

As narrativas eram sempre finalizadas, conforme representações com as seguintes frases: “hoje eles não precisam mais de mim...”; “... renunciei à minha vida para criá-los...”; “... perdi toda uma juventude, tive que suportar muita coisa do pai deles, e hoje me encontro cheia de dores”.

Segundo Alonso e Fuks (2004, p.91), quanto a histeria, “a representação é deslocada da consciência, deixando em seu lugar uma lacuna mnêmica, enquanto que o afeto ou soma de excitação são transpostos ao corporal, mecanismo chamado

¹⁰ Conforme já esclarecido no bojo da presente pesquisa, refere-se as narrativas fruto da experiência profissional da pesquisadora.

de conversão.” Ainda citando Freud, sobre a histeria de conversão, os autores supracitados afirmam que:

[...] acontece naquela inervação, motriz ou sensorial, que mantém um nexos, mais íntimo ou mais lasso, com a vivência traumática. O eu conseguiu, assim, livrar-se da contradição; mas carregou-se com o lastro de um simbolismo mnêmico que habita sua consciência como uma espécie de parasita, sob a forma de uma inervação motriz irreduzível ou como sensação alucinatória constantemente recorrente. (FREUD, 1894a, p.51, apud ALONSO; FUKS, 2004, p. 91).

Apesar das peculiaridades existentes em mulheres idosas, o envelhecimento era visto antes como igual para homens e mulheres, estudos e pesquisas contudo, passaram a demonstrar que entre outras diferenciações existentes entre os gêneros, “para o gênero feminino, a perda dos laços familiares é mais impactante do que para o masculino [...]. Para os homens, é a perda do ritmo da atividade de trabalho o aspecto mais negativo do envelhecimento.” (HAYAR, 2013, p. 35).

As perdas, ausências ou mesmo as violências diretas ou indiretas, historicamente retratadas como “normais” e “culturais”, geraram e geram dores nas mulheres, principalmente nas mulheres idosas fibromiálgicas, que através da conversão das suas perdas e traumas em sintomas, imprimem no corpo físico limitações que as acompanham ao longo da vida em um sistema sócio-histórico regulador e mantenedor da sua condição de submissão.

A dor, assim como as experiências de vida, estão inscritas e representam significações que são construídas coletivamente. São exteriorizadas conforme a subjetividade de cada indivíduo que se relaciona e dialoga com a sociedade que pertence (HAYAR et al, 2014).

Hayar (2013, p.44), afirma também, que:

O lugar social que o indivíduo ocupa dentro de uma sociedade, pode influenciar sua tolerância à dor, porque dentro de uma sociedade existem diferentes condições socioculturais que qualificam de diferentes formas a realidade da dor. Além disso, a reação do outro face à dor, também está relacionada com o lugar que o sujeito ocupa na sociedade. (HAYAR, 2013, p. 44).

Em associação dos relatos e narrativas dessa mulher com os estudos realizados de forma interdisciplinar com a Sociologia, a Psicologia e a Psicanálise, é perceptível a presença da histeria de conversão na Fibromialgia, além do complexo

de castração e da influência do ambiente tóxico e hostil, através da submissão a um sistema patriarcal, que se retrata através de grande dramatização dos eventos e amplificação de suas dores.

Nesse sentido, é o que ratifica Lins (2013):

Outros aspectos peculiares da histeria são a dramatização, a sugestibilidade e a reação emocional inadequada. O histérico dramatiza o tempo todo e essa dramatização fica ainda maior em situações com maior apelo emocional. Quando estão doentes alardeiam de forma teatral seu sofrimento não só pela fala, mas em gestos e no próprio andar; se estão tristes, irrompem em choros convulsivos; já alegres, dão estrondosas gargalhadas. (LINS, 2013, n.p.).

É interessante perceber, como as mulheres idosas fibromiálgicas, são resistentes a mudanças e como repetem padrões de sofrimento e angústia inscritos em seu psiquismo, revelados através de programas e padrões emocionais adoecidos. Apesar de tudo que lhes é ofertado nos grupos de convivência para que possam mudar e ressignificar eventos e experiências negativas vividas, elas fazem questão de manter vivas essas memórias.

O sistema psíquico grava como significantes certas experiências vividas, num processo de formação da memória. É o que explica Jerusalinsky (2009, p. 57):

Nesse aparelho psíquico alguns estímulos são passíveis de se tornarem inscrições de memória que se alinhavam umas às outras, formando vias de *facilitação* – que correspondem ao percurso percorrido, ao rastro deixado pela passagem da energia psíquica produzida nesse aparelho a partir de uma experiência anterior, levando a facilitar a circulação da energia nesse aparelho por uma determinada via já traçada. A memória liga-se, desse modo, à tendência, à repetição, levando a percorrer um caminho psíquico já sulcado. Tem-se, assim, um aparelho psíquico que, por um lado permanece aberto a novas inscrições e, por outro, funciona por uma tendência à repetição.

Muitas idosas fibromiálgicas, conforme pode ser percebido ao longo da experiência da pesquisadora, se permitiam a demonstrar uma quebra de comportamentos estabelecidos anteriormente de forma brusca, e a adoção de novos comportamentos, como uma espécie de estratégias de enfrentamento a situações que lhes fazia mal, ou ainda, como mecanismos de defesa, para evitar o sofrimento e o aumento das dores. Esses comportamentos, contudo, em vários momentos demonstravam uma espécie de fuga da realidade, pois quase sempre se pautavam em questões externas e materiais.

Nesse sentido, foi observado que as atividades desenvolvidas pelas mulheres fibromiálgicas, não podem ser estabelecidas apenas, como amostragem social diante de seus pares ou de fuga da realidade, pois tal atitude, padrão estabelecido em ciclos anteriores de vida, servem de gatilhos para dores e sofrimento. É necessário que as atividades desenvolvidas, passem primeiramente por um processo de autorrealização, para que possam aprofundar a percepção de si mesmas e desenvolver, cada vez mais, uma relação intrapessoal, passível de ressignificar suas simbologias e representações de dores e sofrimento.

Muitas mulheres idosas, que desenvolviam atividades como uma amostragem social, voltavam a queixar-se de dores fibromiálgicas limitantes, e em graus cada vez mais elevados. Esse entendimento aqui correlacionado, ratifica a explicação de Jerusalinsky, (2009, p.57), anteriormente citada.

Em busca da etiologia desse fenômeno, origem e causa desses comportamentos, que repetem um padrão, Ávila (2010, p.336), citando Freud, esclarece que:

Em Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses, Freud questionou se “seria possível estabelecer uma relação etiológica entre uma causa particular e um efeito neurótico particular, no qual um meio pelo qual cada uma das neuroses maiores possa ser atribuída a uma etiologia específica. A resposta a que chegou: cada neurose “tem como sua causa imediata um distúrbio particular na economia do sistema nervoso” e, em especial, distúrbios da “vida sexual do indivíduo, baseados em uma desordem de sua vida sexual atual ou em importantes eventos de seu passado”. Essas suposições que Freud desenvolveu em dois trabalhos, publicados entre 1896 e 1898, foram a base da concepção das “neuroses atuais” (ÁVILA, 2010, p.336).

São vários os possíveis nexos aqui demonstrados que reacendem a motivação para o estudo e o reconhecimento da importância do atendimento psicoterapêutico na rede básica de saúde, para minorar as dores fibromiálgicas em mulheres idosas, principalmente as mais vulneráveis. A importância do atendimento psicoterapêutico será trazida no capítulo quinto da presente dissertação.

Através da narrativa das idosas, é possível observar a grande insatisfação e ambiguidade que permeia suas vivências, assim como, a ausência ou mesmo omissão que cada uma revelava enquanto sujeito de direitos, em assumir suas vontades, seus desejos, ante a necessidade de mantê-los insatisfeitos, o que lhes traz bastante confusão mental, devido a controvérsia existente entre o desejo insatisfeito,

mas, latente e a necessidade de uma nova atitude e realidade, previamente abortada pela presunção da sua impossibilidade, ou ainda estabelecida de forma confusa, enquanto fuga.

Nesse sentido, Dias (2013, p.25), elucida que:

Para a histérica, há sempre algo que não satisfaz, um outro desejo que não pode ser satisfeito. Sendo desta forma, não quer assumir seu lugar de sujeito e arcar com o desejo e as vicissitudes que lhe são próprias, especialmente a falta. E por que tanta necessidade de manter o desejo insatisfeito? A histérica se esquivava, há uma necessidade de manter o desejo do Outro insatisfeito, ela negligencia a demanda, sabendo que na verdade é apenas uma máscara com a qual ela tenta esconder sua questão, sempre referida ao falo. (DIAS, 2013, p. 25).

Essa relação “entre a insatisfação quanto ao desejo, e o desejo não satisfeito, sempre referida à ausência do falo” conforme elucida Dias (2013, p. 25), supracitado, é ampliada aqui, conforme a Psicanálise demonstra, para a sexualidade e para os relacionamentos, onde a realidade factual desse corpo vivido por esse sujeito, mulher idosa fibromiálgica, passa a ser ao mesmo tempo, sujeito e objeto de sua insatisfação, projetada no outro.

Os possíveis nexos que se vinculam a essas dores, e que formam uma teia, precisam ser decifrados, compreendidos e ressignificados para que, uma nova realidade psíquica saudável possa ser aceita e ancorada, minorando dores e sofrimentos, principalmente em mulheres idosas fibromiálgicas. Nesse sentido, a psicoterapia traz uma substancial colaboração na compreensão de si mesmo, do outro, da representação e simbologias dessas.

A Psicanálise, a partir da década de 30, através do Instituto Psicanalítico de Chicago, EUA, atribuiu a causa psíquica para algumas enfermidades, assim como Freud, através de seus ensaios demonstrou a ligação entre os sintomas físicos, sem causa fisiológica imediata, aos conflitos emocionais, dando início a medicina psicossomática (SARTI, 2001, p.10 *apud* HAYAR, 2013, p. 38-45).

Sem sombra de dúvidas, a Psicanálise trouxe um grande progresso para o entendimento da mente humana, suas angústias e sua interligação com os sintomas do corpo físico. Nesse sentido é que está indicada em toda a presente pesquisa como a abordagem mais próxima para a compreensão da fibromialgia.

Surge a necessidade de atendimento psicoterapêutico, integrado às outras terapêuticas, haja vista a complexidade da síndrome fibromiálgica em mulheres idosas. Importante, também, se faz que essa psicoterapia seja oferecida pelo SUS, às mulheres idosas das camadas mais vulneráveis do tecido social, através da rede básica de saúde, para elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgicas.

Através de um plano terapêutico singular, específico para cada paciente em psicoterapia assistida por profissional capacitado e habilitado em rede básica de saúde, é possível se concretizar uma nova visão de cuidado integral à saúde da mulher idosa. É o que se verá no próximo capítulo.

5 ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE, PARA ELEVAR A QUALIDADE DE VIDA E MINORAR AS DORES FIBROMIÁLGICAS EM IDOSAS

O presente capítulo versa sobre a importância do atendimento psicoterapêutico na rede básica de saúde, para elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgicas em idosas. Será abordado, também, no tópico 5.1, a necessidade de uma escuta qualificada, para compreensão psicoterápica sobre as representações da síndrome fibromiálgica no corpo e na psiquê das mulheres idosas, visando alcançar o significado e a simbologia das representações e angústias que a fibromialgia causa. O tópico, também, será acrescido da relevância de uma educação continuada para os profissionais que atuarão nesse cuidado. No tópico 5.2, será abordada as possibilidades legais para o atendimento em rede básica de saúde.

Em apêndice, o capítulo traz, também, como contribuição da pesquisadora, a formulação de uma cartilha elucidativa, direcionada às idosas fibromiálgicas, enquanto uma ferramenta facilitadora de compreensão e autocuidado, além de um modelo, enquanto sugestão, de Plano Terapêutico Singular, direcionado aos profissionais de Psicologia e/ou Psicanálise, para atendimento dessas idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde. O Plano Terapêutico Singular tem por objetivo facilitar a compreensão sobre os sintomas fibromiálgicos e ampliar a percepção do profissional acerca do cuidado, trazendo uma visão integral e biopsicossocial desse sujeito, mulher idosa fibromiálgica.

Diante da complexidade da fibromialgia, síndrome que afeta entre 2% e 5% da população em geral, representando as mulheres cerca de 80% e 90% das pessoas afetadas, com variação de idade desde a pré-adolescência até a velhice (MARTÍNEZ-LAVÍN, 2014, p. 17), e sendo o processo de feminização do envelhecimento um fenômeno real e progressivo (conforme debatido no capítulo 2), é imprescindível assegurar o direito à saúde psicológica para essas mulheres, sendo aqui a psicoterapia considerada como a ferramenta segura, para elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgicas em idosas, junto às demais terapêuticas.

5.1 A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PSICOTERAPÊUTICA PARA IDOSAS FIBROMIÁLGICAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

O caráter de subjetividade e de especificidade física e emocional vinculadas às dores crônicas fibromiálgicas de cada paciente idosa, além da sua história de vida, memórias afetivas e demais fatores biopsicossociais sugere uma terapêutica multi e interprofissional, na qual os elementos psíquicos não podem estar negligenciados. Nesse diapasão, o presente tópico versa sobre a importância da assistência psicoterapêutica para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde, vinculada ao SUS, com escuta qualificada, humana e ética, através de profissionais habilitados, amparada nas possibilidades legais vigentes no Brasil.

A importância da assistência psicoterapêutica para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde se sustenta em duas premissas valiosas: a primeira voltada para os benefícios que a psicoterapia oferece na terapêutica e tratamento da fibromialgia. A segunda, versa sobre a importância de ser essa psicoterapia oferecida e realizada na rede básica de saúde, por ser esta a porta de entrada para o SUS, e assim ter um maior alcance no tratamento das mulheres idosas fibromiálgicas de classes menos favorecidas, que não dispõem de recursos para pagar um tratamento psicoterapêutico particular.

O tratamento da síndrome fibromiálgica não pode estar circunscrito apenas ao tratamento médico, conseqüentemente medicamentoso. A realidade médica no Brasil dispõe de pouco tempo para o atendimento a pacientes, e no que diz respeito aos pacientes que apresentam questões mais complexas, como é o caso da fibromialgia, pouco são os profissionais que detêm conhecimentos acerca dessa síndrome, de todas as minúcias e particularidades que a integram. É o que nos esclarece Martínez-Lavín (2014, p. 143):

O médico tem pouco tempo para atender à paciente e dar-lhe mais tempo em detrimento das pessoas na sala de espera. Essa doença produz muitos sintomas, por isso é preciso tempo para avaliá-los. Essa saturação e a conseqüente falta de tempo são uma fórmula garantida para a frustração, tanto do paciente como do médico. [...] muitos médicos são resistentes a tratar pacientes com fibromialgia, pela falta de tempo para abordar seus múltiplos sintomas, pela falta de conhecimento sobre os mecanismos que acarretam a doença e também pela resposta pobre aos medicamentos que se observa em muitos casos.

Nesse sentido, o olhar e entendimento para o tratamento da fibromialgia em mulheres idosas deve ser ampliado para além do diagnóstico médico, e consequentemente, da farmacoterapia. É necessário um cuidado mais ampliado para com essas mulheres, através de uma equipe multi e interdisciplinar, no qual a psicoterapia, através do acolhimento, vínculo estabelecido, escuta, métodos e técnicas possa promover a minoração e ressignificação de dores e sofrimento.

O acolhimento, é uma etapa imprescindível na assistência e tratamento da fibromialgia, é o momento em que se estabelece a possibilidade do vínculo profissional, entre quem cuida e quem é cuidada. Esse vínculo, também chamado de *rappot*, termo originário da Psicologia francesa, que designa uma técnica de criar laço de empatia com outra pessoa, é o que favorecerá a paciente, mulher idosa fibromiálgica, comunicar-se com menos resistência, liberar angústias e ressignificar dores e sofrimento. Estabelecida essa relação, a mulher idosa, passa a desenvolver uma postura mais confiante, ativa e comprometida diante do próprio tratamento.

Importante nesse momento se faz, a conceituação do termo psicoterapia, haja vista esse termo já ter sido aqui arrolado, solicitando neste momento um maior esclarecimento em sua aplicabilidade neste relatório derivado de pesquisa de mestrado, corroborando, assim, a premissa de que o termo tem sentido específico na abordagem aqui privilegiada, a psicanálise. A psicoterapia é um termo mais abrangente para falar das terapias que atuam como ferramentas para compreensão do funcionamento psicológico na relação com aspectos inconscientes, fisiológicos, cognitivos e comportamentais, entre outros, utilizada pelos psicólogos clínicos e por alguns psicanalistas. Conforme a Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 010/00 a seguir:

Art. 1º – A Psicoterapia é prática do psicólogo por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos. (CFP, 2000, p.1).

Como suspeita-se aqui, em base em um estado da arte bem focado, a fibromialgia é uma histeria de conversão, transtorno psíquico que envolve sintomas ou déficits inexplicáveis, que afetam a função motora ou sensorial, (vide capítulo 4) é

que a Psicanálise foi introduzida na presente pesquisa como um aporte teórico para compreensão desse adoecimento que alcança o corpo e a psiquê, assim como uma baliza de tratamento psicoterapêutico. A Psicoterapia se revela então, enquanto um grande guarda-chuva, que resguarda a abordagem psicanalítica enquanto uma especificidade de compreensão e *praxis* para o profissional, não descartando contudo, outras abordagens complementares.

A Psicanálise trabalha os conteúdos do inconsciente, que não envelhece e nem se modifica ao longo do envelhecimento. A proposta da escuta, da análise e da ressignificação de uma realidade psíquica adoecida, portanto, característica dos processos inconscientes de mulheres acometidas de fibromialgia demanda sua compreensão enquanto uma histeria de conversão.

“A Psicoterapia da Histeria” foi tema dos estudos e desenvolvimento da Psicanálise em Josef Breuer e Sigmund Freud (1893-1895), que destacaram em um capítulo dos seus escritos, a importância da sua prática. A compreensão dessa construção em Freud é de fundamental importância para a *praxis* do profissional em manejo e tratamento psicoterápico com idosas fibromiálgicas. Freud (1988a, p. 253) relata a remissão de sintomas com o método psicoterapêutico:

Em nossa “Comunicação Preliminar” relatamos como, no curso da nossa pesquisa sobre a etiologia dos sintomas histéricos, deparamo-nos também com um método terapêutico que nos pareceu de importância prática. Pois “verificamos, a princípio para nossa grande surpresa, que cada sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhava, e quando o paciente havia descrito esse acontecimento com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras” (p.44). [...] Esforçamo-nos ainda por explicar o modo como funciona nosso método psicoterapêutico: Ele põe termo à força atuante da representação que não fora ab-reagida no primeiro momento, ao permitir que seu afeto estrangulado encontre uma saída através da fala; e submete essa representação à correção associativa ao introduzi-la na consciência normal [...]. (FREUD, 1988a, p. 253).

Segundo Laplanche e Pontalis (2000, p. 01), a ab-reação é elucidada como sendo “uma descarga emocional pela qual o sujeito se liberta do afeto ligado à recordação de um acontecimento traumático, permitindo assim que ele não se torne ou não continue sendo patogênico”.

Freud (1988b, p. 127-128), considera em “As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica”, quanto ao tratamento durante a psicoterapia que:

O tratamento compõe-se de duas partes – o que o médico infere e diz ao doente, e o que o doente elabora de quanto ouviu. O mecanismo de nosso auxílio é fácil de entender; damos ao doente a ideia antecipadora consciente [a ideia que ele espera encontrar] e, então, ele acha a ideia inconsciente reprimida, em si mesmo, no fundamento de sua similaridade com a ideia antecipatória.

Acrescenta, como mecanismos para o tratamento analítico, “a catarse”, “a transferência”, “a contratransferência”, “o simbolismo nos sonhos e o inconsciente”, entre outras.

O tratamento psicoterápico para a paciente idosa fibromiálgica, recorte da presente pesquisa, poderá ser realizado tanto por psicólogo, quanto por psicanalista. É necessário contudo, o constante aperfeiçoamento de suas *praxis*, assim como, a ampliação dos seus estudos, por se tratar de uma síndrome que envolve vários campos do saber, visando assim, o aprimoramento do profissional de forma integral, principalmente na qualificação da sua escuta. Por se tratar de mulher idosa, entre outros campos do saber, a Gerontologia auxilia indubitavelmente e acrescenta ganhos, quer para o profissional, quer para a paciente idosa.

Quanto a escuta psicoterapêutica, esta se revela como uma ferramenta primordial no tratamento das pacientes idosas fibromiálgicas, alcançando assim, o que o modelo biomédico não contempla. Nesse sentido, Besset e Brandão Júnior (2012) esclarecem:

As síndromes de dor crônica têm a dor como o sintoma principal e caracterizam-se por um conjunto de sinais que comumente não respondem ao modelo médico de localização de causas orgânicas. Algumas dores crônicas, como as da fibromialgia, contradizem o saber médico sobre o organismo e suas funções, a exemplo do que ocorreu com a histeria no final do século XIX. Efetivamente, algumas características das síndromes de dor crônica sugerem uma aproximação com a histeria. Todavia, com frequência, distintamente dos sintomas histéricos, os sofrimentos das dores crônicas mostram-se impermeáveis à interpretação. Sendo assim, a dor pode ter um lugar e uma função na estruturação psíquica, tanto como sintoma a decifrar, na neurose quanto como nome para localizar um *fallasser* na relação com o Outro, na psicose. (BESSET; BRANDÃO JUNIOR, 2012, p. 443).

As contribuições da escuta, ferramenta primordial da psicologia, para as mulheres idosas fibromiálgicas são inúmeras. É necessário, contudo, compreender o que significa essa escuta na teoria e na prática. Nesse sentido, para se adequar à presente pesquisa, reforça-se a necessidade de uma escuta qualificada e ética, sem qualquer julgamento ou condições para aceitação por parte do profissional que

direciona a psicoterapia. Nesse sentido recorre-se à corrente humanista da Psicologia, a partir do Modelo Centrado na Pessoa, desenvolvido por Carl Rogers, onde Mesquita e Carvalho (2014) esclarecem que:

A partir do Modelo Centrado na Pessoa, desenvolvido por Carl Rogers, a utilização da escuta passa a valorizar a pessoa como sujeito que busca e é capaz de se desenvolver. A Escuta Terapêutica é apreciada por diversas escolas psicológicas e pelo senso comum, representando a base de todas as respostas efetivamente geradoras de ajuda. No cuidado, a escuta pode minimizar as angústias e diminuir o sofrimento do assistido, pois por meio do diálogo que se desenvolve, possibilita ao indivíduo ouvir o que está proferindo, induzindo-o a uma autorreflexão. A prática da escuta significa o reconhecimento do sofrimento do paciente, pois o ato de ouvir assume que há algo para se ouvir, oferecendo a este a oportunidade de falar e expressar-se. Ainda, a escuta é um instrumento importante para a obtenção de informações, por exemplo, pelo uso de perguntas abertas, resumos e esclarecimento. (MESQUITA; CARVALHO, 2014, p.1128)

As autoras reconhecem o valor terapêutico da escuta, mas demonstram que estudos e pesquisas ainda são escassos nas publicações científicas:

Apesar do reconhecido valor terapêutico da escuta, os estudos primários sobre essa temática ainda são escassos, afinal, foram encontradas apenas 15 publicações na literatura científica relacionadas ao objetivo desta revisão. No entanto, vale ressaltar que, embora escassos, a maior parte dos estudos apresenta níveis de evidência que possibilitam confiança no uso de seus resultados. (MESQUITA; CARVALHO, 2014, p. 1133).

A pesquisa sistemática da literatura científica realizada pelas autoras, em uma revisão integrativa, propõe um “método de pesquisa utilizado na prática baseada em evidência, a qual permite a incorporação das evidências na prática clínica, reforçando a importância da pesquisa na assistência à saúde” (MESQUITA; CARVALHO, 2014, p. 1128), com o objetivo de “investigar e avaliar as evidências disponíveis na literatura a respeito do uso da escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde.” (MESQUITA; CARVALHO, 2014, p. 1128).

Os resultados da referida pesquisa que corrobora a presente dissertação, ultrapassaram o esperado. Além de demonstrar a importância da escuta, alcançaram, também, a necessidade do desenvolvimento de habilidades, por parte do profissional de saúde, para o desenvolvimento de um processo de escuta eficaz, conforme é possível observar a seguir:

Pode-se observar que um ponto comum entre a maior parte dos estudos selecionados é o reconhecimento da necessidade de habilidades, por parte do profissional de saúde, para o desenvolvimento de um processo de escuta

eficaz. Há uma série de maneiras de ouvir. Uma delas, por exemplo, é quando se ouve um amigo ou familiar, situação na qual se é convidado a oferecer os próprios pontos de vista enquanto se ouve com simpatia ou se faz comentários que têm o objetivo de acalmar quem é ouvido. Outra maneira seria quando o indivíduo procura um profissional para ouvir e aconselhar ou oferecer informações corretas sobre suas preocupações, como por exemplo, quando se procura um advogado para questões legais. Nesse caso, uma consultoria especializada é prestada e a informação transmitida. Uma terceira forma de ouvir, distinta das outras, envolve a absorção da narrativa de uma pessoa, sem o oferecimento de conselhos ou informações, de modo que, ao ouvir relatos de doença ou experiências de vida de um ponto de vista psicológico, tal atitude seja terapêutica. (MESQUITA; CARVALHO, 2014, p.1133).

A escuta está presente em vários formatos profissionais, não obstante a educação permanente para os profissionais de saúde que estão vinculados ao tratamento das pacientes idosas fibromiálgicas ser de suma importância no sentido de não apenas burilar sua *praxis*, estabelecer um vínculo humano e ético integrado, mas principalmente, trazer uma comunicação sem ruídos e uma escuta de qualidade, fundamentais no direcionamento e satisfação do tratamento psicoterapêutico, além de se caracterizar como habilidade essencial no trato com as pacientes fibromiálgicas.

O processo de comunicação, ainda que seja um fator importante na prestação de serviço na área de saúde, necessita estar mais presente na formação dos profissionais em teoria e prática. Corroborando esse entendimento, Mesquita e Carvalho (2014) acrescentam que:

No entanto, apesar de os profissionais de saúde admitirem que o processo de comunicação é um fator importante na assistência prestada e que saber ouvir é uma habilidade essencial no trato com o paciente, é escasso o conhecimento de estratégias de comunicação por parte dos mesmos. Assim, torna-se ser necessário suscitar uma reflexão mais aprofundada sobre a escuta enquanto ferramenta terapêutica, para que esta não seja utilizada de forma indefinida e sem propósito. (MESQUITA; CARVALHO, 2014, p.1128).

A escuta sem habilidades, geradora de uma comunicação disfuncional, pode gerar reações desestruturantes, tornando-se um gatilho para o acionamento de núcleos somáticos. Por sua vez, a escuta terapêutica bem conduzida, traz um impacto estruturante e funcional a paciente, minorando o sofrimento psíquico e auxiliando na elaboração de estratégias de enfrentamento ou resolução das suas demandas, principalmente quanto aos núcleos de força desestruturantes, fonte propulsora de pulsões de dores e sofrimentos.

Os impactos negativos que a fibromialgia causa na vida das pacientes idosas contribuem para a diminuição da qualidade do envelhecimento de forma considerável. Além do mais, os impactos negativos experienciados pelas idosas fibromiálgicas potencializam sintomas, o que revela a grande necessidade de recursos na área de saúde, através de Políticas Públicas, que devem ser implementados para a grande maioria desse grupo que vive uma etapa tão significativa de vulnerabilidade e fragilidade física e emocional. Nesse diapasão, Lima e Carvalho (2008) acrescentam que:

O impacto negativo causado pela fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes tem sido relatado em muitos trabalhos. Santos e cols. (2006), em pesquisa realizada em São Paulo, concluíram que a qualidade de vida dos portadores de fibromialgia é bem inferior à dos indivíduos saudáveis. Os autores destacaram o comprometimento do domínio do aspecto físico, a questão da dor e a significativa queda da vitalidade e capacidade funcional. Já Berber, Kupek e Berber (2005), em pesquisa realizada em Florianópolis, apontaram também a prevalência da depressão em 67,2% (entre leve, moderada e severa) dos 70 pacientes com fibromialgia estudados. Relacionado a isso estaria o fato de a doença não ter ainda sua origem determinada nem cura plena, gerando sentimentos de desamparo e vulnerabilidade. A presença concomitante de distúrbios psíquicos provoca maiores limitações funcionais, afetando ainda mais negativamente a qualidade de vida das pessoas, tanto no aspecto físico como no intelectual e emocional, e reduzindo a capacidade da pessoa para o trabalho, a vida familiar e social (TORRES; TRONCOSO; CASTILLO, 2006). (LIMA; CARVALHO, 2008, p. 02)

Visando a minoração dos impactos negativos de toda ordem que comprometem a qualidade de vida, na vida das idosas fibromiálgicas, o tratamento psicoterapêutico de orientação psicanalítica, associado a outras terapêuticas, traz muitos benéficos no tratamento da fibromialgia, conforme estudo de caso corroborado pelas autoras supracitadas. Acrescentam, ainda, a importância dos profissionais de psicologia estarem atentos à história de vida da paciente, assim como aos fenômenos psicossociais, nos quais se encontram ancorados os processos somáticos:

Knoplich (2001) destaca que o tratamento da fibromialgia deve ser feito com o enfoque sociopsicossomático, por parte dos especialistas que tratam esses pacientes. O autor diz que a abordagem deve ser, desde o início, conjuntamente somática e psicológica. O tratamento inclui o uso de medicamentos analgésicos, anti-reumáticos, tranqüilizantes e antidepressivos. Também fazem parte do tratamento a fisioterapia, técnicas de relaxamento, a prática de exercícios físicos e psicoterapia. Contudo, Santos Filho (1994) diz que pacientes com elementos psicossomáticos significativos raramente procuram a análise por iniciativa própria. Eles são encaminhados pelos médicos que os atendem e muitos desses pacientes trazem na análise seus exames e indicações clínicas. O autor diz que há um pedido inicial de algo concreto, objetivo, que possa ser aprendido, ensinado e não desvendado, descoberto, e acrescenta que se nota uma dissociação

entre os acontecimentos traumáticos e os sintomas corporais. Considera que essa é a primeira tarefa do analista: reconstituição histórica e cronológica e integração entre datas, acontecimentos e eclosões somáticas. [...] A meta do procedimento psicanalítico é ressignificar a história do paciente, o que equivale a uma ressignificação dos fatos, sendo que a substituição do significado arrasta consigo uma magnitude de afeto suficiente para dar-lhe significância (Chiozza, 1987). Santos Filho (1994) também coloca como importante tarefa do analista com os pacientes psicossomáticos a compreensão da dificuldade desses pacientes em nomear seus estados afetivos. O autor fala que os pacientes sentem-se divididos entre bons e maus estados da alma, não percebendo as sutilezas e diferenças do ódio, raiva, mágoa, ressentimento, culpa, nem as de bem-estar, alegria, felicidade, paz. Considera que o analista precisa estar atento para não nomear um estado afetivo como se o paciente soubesse o que é. [...] Montagna (1996) diz que a leitura dos próprios sentimentos feita pela pessoa e a linguagem que permite expressá-los verbalmente estão cheias de buracos, de brancos, e cabe à análise tentar ajudar a preencher. O autor também comenta que, do ponto de vista cognitivo, colocar em palavras uma experiência traumática modifica a memória, organizando a experiência emocional em algo coerente, que pode ser mais facilmente assimilado e colocado de lado (Montagna, 2001). [...] Em relação à atitude do analista, Zimerman (2001) recomenda um papel mais ativo por parte deste, de modo que a atividade interpretativa permita o uso de clareamentos, confrontos, assinalamentos e o emprego de perguntas que estimulem o paciente a fazer reflexões. Também recomenda o emprego de metáforas simples e facilmente compreensíveis, que possibilitem a junção do pensamento com o sentimento e com uma imagem visual. (LIMA; CARVALHO, 2008, p. 02).

O estudo de caso em evidência conclui que “a psicoterapia breve de orientação psicanalítica pode contribuir para a melhora e o controle de alguns sintomas da fibromialgia ao promover o desenvolvimento de determinados aspectos psíquicos da paciente [...]” (LIMA; CARVALHO, 2008, p. 07).

Com o auxílio da psicoterapia, idosas fibromiálgicas ao falarem de suas histórias, experiências vividas, perdas e ausências, falam também de suas dores, chamada por Freud (1988a, p.253) de “força atuante da representação não ab-reagida”. Nos seus estudos sobre a histeria, “a fala é o meio pelo qual os afetos patogênicos são eliminados” (FREUD, 1988a, p.253). Revivendo os acontecimentos traumáticos a eles ligados, o afeto pode encontrar novas associações, dissociando-se do trauma ou ideia original recalçada para, através da fala, encontrar a possibilidade de ressignificação. Esse auxílio psicoterápico precisa ser resgatado em seu entendimento original, e a rede básica de saúde é a porta de entrada para esse cuidado, para elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgicas em idosas.

Corroborando o entendimento da pesquisadora, quanto a necessidade de assistência a essas mulheres fibromiálgicas em rede básica de saúde, Hayar et al (2014), em sua pesquisa qualitativa, intitulada “Envelhecimento e dor crônica: um

estudo sobre mulheres com fibromialgia”, que envolveu em seu universo 66 mulheres com diagnóstico clínico de fibromialgia buscou desvendar o processo de envelhecimento de mulheres acometidas por fibromialgia, seu impacto e as alterações decorrentes dessa síndrome. Através de entrevistas semiestruturadas e individuais, as mulheres foram sendo estimuladas a refletirem, para possibilitar o acesso às representações sociais da dor, da doença e do envelhecimento com dor crônica. A técnica utilizada foi do “discurso do sujeito coletivo”, técnica de tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da Representação Social.

Os dados da pesquisa supracitada indicaram maior incidência da fibromialgia entre as mulheres idosas e de baixa escolaridade, com maior impacto de vida nas mulheres de 50 a 59 anos. Em conclusão, as autoras anteriormente citadas, demonstraram que o estudo evidenciou:

O estudo evidenciou que o acesso ao tratamento decorreu, quando em tempo adequado, de patologias pré-existentes, como câncer, depressão, dor na coluna entre outras. Tal achado revela de modo enfático o quanto a fibromialgia ainda está associada a um alto grau de desconhecimento por parte dos profissionais que compõem as equipes de saúde, o que contribui para desqualificar a assistência em saúde em nossa realidade. Além disso, a fibromialgia, por não ser uma doença visível, tende a ser desacreditada, acarretando insegurança, desconforto, frustração, baixa autoestima e sentimentos de culpabilidade, além de processos de exclusão social e familiar e isolamento. A representação social da fibromialgia como doença associada a aspectos de ordem psicossomática ou mesmo de origem inexistente pode influenciar na inviabilização do acesso a direitos trabalhistas e previdenciários. É uma representação social que pode ter um papel discriminatório e excludente e deve ser combatida com a difusão de informações sobre a doença entre os profissionais da saúde desde o âmbito acadêmico. O processo de envelhecimento, quando associado à dor crônica, não parece ser fenômeno evidente para as mulheres que o atravessam. O que mais se destaca é a dor em si, uma "entidade" que as acompanha no dia a dia e demanda inúmeras estratégias de enfrentamento. São requeridas, em especial, estratégias para enfrentar as sensações e emoções provocadas pela presença insidiosa da dor. É como se o envelhecimento passasse ao lado. E isso pode, muitas vezes, escamotear a presença dos sintomas físicos e psíquicos típicos de algumas etapas inerentes à condição feminina, como a menopausa por exemplo. O atual modelo brasileiro de atenção à saúde está centrado no tratamento de casos agudos e ainda não responde de forma eficiente à realidade atual, em que as doenças crônicas tornaram-se um importante problema de saúde. O crescimento da população idosa e o consequente incremento das doenças crônicas implicam na necessidade de ultrapassar o modelo de saúde predominante e adotar o conceito de tratamento de longo prazo, abarcando todo o curso da vida, numa perspectiva de promoção global da saúde, a fim de diminuir as vulnerabilidades sociais às quais estão expostos os idosos - e, em especial, as mulheres que são foco desta pesquisa, na fase mais tardia de suas vidas. (HAYAR et al, 2014, p.07).

Nesse diapasão, são muitas as contribuições para demonstrar a necessidade da escuta psicoterapêutica, ferramenta primordial da Psicologia, útil na rede básica de saúde para elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgicas em idosas. Além de muitas contribuições sobre os benefícios da psicoterapia, um não menos importante é possibilitar às mulheres idosas maior compreensão sobre a subjetividade de suas experiências e dos conflitos internos acerca do processo de envelhecimento, último ciclo de vida, fonte geradora de medos e angustias, como por exemplo o medo da morte, a negação da sexualidade, temas ainda tão velados socialmente e presentes no imaginário coletivo.

A psicoterapia possibilita uma nova relação da paciente, idosa fibromiálgica, consigo, com a realidade à sua volta, suas simbologias e representações. Possibilita, também, além da resignificação de conteúdos recalcados, tornar a mulher idosa, naquilo que ela se permite, protagonista da sua própria vida e das suas escolhas.

Essas contribuições e benefícios, além de alcançarem as próprias pacientes, também alcançarão os profissionais envolvidos, a família das idosas e a comunidade em geral. O Estado também se beneficia com a reestruturação de uma longevidade populacional mais saudável e ativa, principalmente para as mulheres que compõem a maior parcela da população envelhecida.

Postula-se que o tratamento psicoterápico pode ser preventivo para as mulheres idosas fibromiálgicas diminuindo a sobrecarga na máquina pública de saúde, haja vista a fibromialgia sem tratamento psicoterapêutico poder evoluir com seus diversos sintomas para maior complexidade, o que gera uma maior onerosidade no tratamento.

O ideal de um atendimento psicoterápico integrado à rede de atenção básica de saúde, núcleo central da presente pesquisa, está amplamente demonstrado em sua importância e necessidade, pois certamente possibilitará o atendimento a um maior número de pacientes, idosas fibromiálgicas, que não dispõem de recursos financeiros e conhecimento para acessar uma psicoterapia particular, assim como também possibilitará à paciente idosa fibromiálgica o direito a um envelhecimento ativo e saudável, com dignidade humana e reconhecimento do seu papel social.

O serviço de atendimento psicoterapêutico, principalmente com orientação psicanalítica, ainda é invisível e extremamente modesto, para as mulheres idosas portadoras da síndrome fibromiálgica na rede básica de saúde ou rede de atenção à saúde (RAS). O importante é que os benefícios são reais e concretos, existindo a necessidade de ser ampliado, com disponibilidade e alcance, para o maior número de idosas fibromiálgicas possíveis. Esse objetivo, é o que a presente pesquisa visa demonstrar e propor implementar.

No tópico seguinte, se examinará as possibilidades legais de atendimento psicoterapêutico a idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde, através do SUS, assim como as portarias que estabelecem diretrizes para a efetivação dos serviços e o que já existe que resguarde o atendimento na área de saúde às idosas fibromiálgicas.

5.2 POSSIBILIDADES LEGAIS DE ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO A IDOSAS FIBROMIÁLGICAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

As possibilidades legais de atendimento psicoterapêutico na Rede Básica de Saúde, assim como a sua *praxis*, ainda se revelam de forma modesta e circunscrita às doenças mentais, observado os aspectos biopsicossociais. Na Atenção Básica, os atendimentos psicológicos são realizados por meio dos profissionais de Psicologia, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que compõe a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Sistema de saúde do Brasil é público e foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece ser “direito de todos” e “dever do estado”, garantido mediante “políticas sociais e econômicas”, visando reduzir “doença e outros agravos”, com “acesso universal e igualitário”. Está regulada a sua aplicabilidade pela Lei nº. 8.080/1990, que dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”

Através da Portaria 4.279/2010, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, a definiu como:

“Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, n.p.). Logo, o objetivo da rede de atenção à saúde é promover uma “integração sistêmica”, de ações e serviços que prezem pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Entre a equipe multiprofissional que integra a Rede de Atenção à Saúde- RAS, não há uma hierarquia estabelecida e as relações são horizontais entre os pontos de atenção (espaços onde determinados serviços são ofertados), e o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), compartilhando informações, objetivos e compromissos com os resultados. São exemplos de pontos de atenção à saúde:

[...] os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. (BRASIL, 2010, n.p.).

Conforme Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), o apoio psicossocial, é ofertado aos usuários do SUS, através da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, composto por serviços e equipamentos, são eles: o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT; os Centros de Convivência e Cultura; as Unidade de Acolhimento – UAs; e os Leitos de Atenção Integral (em hospital geral e CAPS III e IV). Ainda faz parte da RAPS o programa “De volta para casa”, que concede bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

A rede de Apoio Psicossocial, segue, como base, em linhas gerais, os mesmos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde que são: universalização; equidade; e integralidade. Não obstante, esse atendimento se volta pontualmente aos “usuários com transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares” (BRASIL, 2017b, n.p.), não integrando ou elegendo pacientes idosos com fibromialgia.

Conforme item 6, da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde (2010), “A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três

elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde” (BRASIL, 2010, n.p.)

A Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível de atenção em saúde, é definida como:

Um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo cuidado. (CAMPOS; GUERREIRO, 2010 *apud* FIGUEIREDO, 2011, p.53).

No Brasil, a Atenção Primária de Saúde (APS), é desenvolvida de forma descentralizada, próxima às localidades, obedecendo ao princípio da territorialidade. Uma das suas estratégias de atuação é através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme a Portaria 2.488 de 21/10/2011, e se caracteriza por ser uma das principais estratégias de modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde, que tem por objetivo levar serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem como objetivo:

A análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. São compostas pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. (GASTÃO; GUERREIRO, 2010 *apud* FIGUEIREDO, 2011, p.55).

As Unidades de Saúde da família, tem como apoio na estrutura do SUS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, criado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº154 de 24 de janeiro de 2008, conforme reza o artigo 1º, transcrito a seguir:

Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008, n.p.).

É importante registrar, que o NASF não se constitui como porta de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS, atua de forma integrada à rede de saúde, em trabalho conjunto, quando solicitado o profissional ou a ele encaminhado, pela equipe de Saúde da Família. É no NASF 1 e 2, que aparece a figura do profissional de Psicologia, entre outros profissionais, estabelecidos na Portaria GM/MS nº154 de 24 de janeiro de 2008, anteriormente citada, conforme segue abaixo:

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. § 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo. § 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. § 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo. § 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional. (BRASIL, 2008, n.p.).

Acrescenta-se, que a responsabilidade é compartilhada entre as equipes de Saúde da Família - SF e a equipe do Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF. Na comunidade onde se encontra, prevê-se ainda a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, conforme reza o §2 do Art. 2º, da Portaria GM/MS nº154 de 24 de janeiro de 2008. Acrescente-se ainda, que não poderão ser implantadas as duas modalidades de Nasf concomitantes no mesmo município, conforme estabelecido no caput do artigo 3º da Portaria supra citada.

Segundo a cartilha que estabelece as orientações sobre a “Prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, do Conselho Federal de Psicologia, datada de 2009, em sua apresentação esclarece que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) definiu pela ampliação de investimentos na cobertura da atenção primária por via da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O modelo da ESF prevê a contratação, pelos municípios, de equipes de saúde compostas minimamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde para cuidar de um determinado número de famílias por território. Por sua grande complexidade, as ações dessas equipes acabaram por exigir a contribuição de outros profissionais da saúde, organizando uma estrutura de apoio matricial, hoje

referendada e ampliada pela portaria nº 154/08 do Ministério da Saúde, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em todo o território brasileiro. Os psicólogos têm participado desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio às equipes de saúde da família sobre os cuidados aos portadores de sofrimento mental e seus familiares. Hoje, seu papel amplia-se, passando a incluir a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis. [...]. Diversas práticas são utilizadas pelo psicólogo, entre elas o recurso complementar da Acupuntura, dentro das práticas integrativas e complementares contempladas pela portaria que implanta o Nasf. (CFP, 2009, p.11-12).

Quanto as ações do psicólogo(a) no Nasf estão estabelecidas nas páginas 28 e 29 da cartilha anteriormente citada e aqui transcritas:

São ações de Saúde Mental: atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação. (CFP, 2009, p. 28-29).

A referida Cartilha ainda se propõe à busca pelo aperfeiçoamento do atendimento em psicologia do Nasf, compreender os cenários de atuação do psicólogo(a), seus desafios e dificuldades encontradas no serviço do SUS.

A assistência psicoterapêutica para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde devido a sua importância e a complexidade biopsicossocial que essa síndrome requer para o seu tratamento, se sustenta em duas premissas valiosas: A primeira voltada para os benefícios que a psicoterapia oferece na terapêutica e tratamento da fibromialgia, conforme esforço demonstrado e aqui respaldado. A segunda versa sobre a importância de ser essa psicoterapia oferecida e realizada na rede básica de saúde, por ser esta a porta de entrada para o SUS, e assim, ter um maior alcance no tratamento das mulheres idosas fibromiálgicas de classes menos favorecidas, que não dispõem de recursos para pagar um tratamento psicoterapêutico particular.

Conforme as duas premissas anteriores, percebemos então a necessidade da presença e engajamento de psicólogos e psicanalistas na equipe da Unidade Básica de Saúde, ou seja, da ampliação dessa equipe com a introdução dos profissionais de Psicologia e Psicanálise, ou do aumento no número de profissionais de psicologia no Nasf 1 e 2, visando a inclusão do atendimento às idosas fibromiálgicas, acrescentando assim, a grande demanda que poucos profissionais comportam.

Nesse diapasão, não menos importante e não esgotado o tema, será necessário os profissionais envolvidos na rede básica de saúde enfrentarem e superarem os desafios cotidianos, entre eles: articular saberes e práticas; atuar de forma pluri, inter e transdisciplinar; atuar considerando a diversidade e integralidade; promover ações de educação continuada e permanente, principalmente integrando o tema sustentabilidade; adequar seus programas à Agenda 2030 da ONU (dos objetivos de desenvolvimento sustentável); romper com o modelo biomédico engessado; ampliar as terapias integrativas; ampliar o modelo de saúde da família integrando a escuta psicoterapêutica para as idosas fibromiálgicas; implantar modelo de psicoeducação mais eficaz, para as comunidades que vivem entorno da unidade básica de saúde; ampliar as visitas domiciliares aos pacientes que não podem se deslocar até as unidades; entre outros desafios.

Imprescindível também se faz a presença da vontade política e do interesse público na prestação do serviço de saúde, por parte dos gestores públicos a um contingente que cresce e se desponta como o maior percentual de envelhecimento, as mulheres idosas.

Com o respaldo das possibilidades legais presentes na Constituição Federal de 1988, e leis infraconstitucionais presentes no Direito Positivo Brasileiro, deve-se prezar pela observância do cumprimento das Políticas Públicas existentes para os idosos, de forma geral, reconhecendo com isso a sua dignidade e valor humano.

Não obstante, é necessário também a criação e o desenvolvimento de Políticas Públicas eficazes, que contemplem as mulheres idosas fibromiálgicas de forma integral, é o que se estabelece em torno do problema central e objetivo geral da presente pesquisa, relacionados ao atendimento psicoterapêutico na rede básica de saúde, para elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgicas em idosas.

O contexto legal aqui descrito para uma melhor compreensão, a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS - Lei nº 8.080/1990 e Lei 8142/1990), conforme estabelecido em seu texto, e define Atenção Básica em todo território nacional da seguinte forma:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017a, n.p.).

A Atenção Básica, segundo a portaria supracitada será ofertada de forma integral e gratuita para todas as pessoas, conforme suas necessidades e suas demandas. Proíbe qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, dentre outros (BRASIL, 2017a).

Partindo de um pressuposto de compreensão ampliada e integrada de saúde, de que esta “passa por múltiplos determinantes e condicionantes”, assim como, sua “condição de melhora passa por diversos fatores”, o legislador deixa claro no texto da Portaria nº 2.436/2017 que:

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem (sic) ser abordados na Atenção Básica. (BRASIL, 2017a, n.p.).

Entre os princípios que balizam a atenção básica, o legislador fez questão de descrever e conceituar o da Integralidade que absorve, enquanto conjunto de serviços executados e responsabilizados à equipe de saúde, os de ordem psicológica da população adscrita.

Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. (BRASIL, 2017a, n.p.).

A compreensão ampliada de saúde, conduz a uma visão, também, ampliada de ser humano, de usuário de serviços de saúde e de profissional do cuidado, em suas múltiplas dimensões biopsicossociais, formando, assim, um processo sistêmico de promoção de saúde e redução de agravos.

As necessidades psicológicas, que geram muitas vezes desequilíbrio no estado de saúde do usuário, possíveis somatizações, adoecimentos ou agravos, precisam do atendimento e atuação qualificada de um profissional de psicologia para escutar a queixa e elaborar a demanda, construindo, assim, àquele que busca o serviço, sujeito ativo de sua psicoterapia, as estratégias de enfrentamento, resolução ou minoração do sofrimento.

Esse atendimento, conforme a portaria nº 2.436 /2017, considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, tem seu cuidado centrado na pessoa e estabelece que:

Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado. (BRASIL,2017a, n.p.).

Esse cuidado de forma mais efetiva e singular “que auxilia as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde” (BRASIL, 2017a, n.p.), está entre as competências da Psicologia. Dito isso, observa-se subliminarmente o porquê da necessidade de um plano terapêutico singular para cada usuário, assunto que será abordado, ainda, no presente tópico.

O legislador deixa também esclarecido, na portaria nº 2.436 /2017, que os serviços ofertados na Unidade Básica de Saúde, sejam compatíveis com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita para alcançarem o seu potencial resolutivo, não devendo haver qualquer discriminação.

Com base na premissa anterior e observados os dados presentes nas pesquisas demográficas e indicadores sociais do IBGE de 2010, 2013, e 2016, já apresentados na presente dissertação, observa-se uma inconformidade entre os índices de projeção do envelhecimento feminino ali descritos, e a qualidade da prestação dos serviços de saúde, compatíveis com as demandas e necessidades biopsicossociais dessa população de idosas fibromiálgicas.

Sempre vale apenas repetir que, em todas as pesquisas realizadas, o IBGE (2013), em suas projeções populacionais, confirma o processo de feminização do envelhecimento previsto para 2060, e estima um contingente de 33 milhões de homens idosos e 40,6 milhões de mulheres idosas, com superávit feminino de 7,6 milhões de mulheres. Essa realidade está posta, necessita, entretanto, ser acolhida e compreendida pelos gestores públicos, sociedade e familiares, para que possam juntos, conforme prevê a Constituição Federal e demais leis infraconstitucionais, assegurar à população idosa de forma igualitária, os direitos de cidadania, defesa à sua dignidade, bem-estar, direito à saúde e conseqüentemente à vida.

Para engendrar esse objetivo maior de manter um envelhecimento ativo e saudável, com a minoração de dores e elevação da qualidade de vida para as mulheres idosas fibromiálgicas, é necessário elaborar e desenvolver junto aos profissionais de Psicologia, estratégias saudáveis de enfrentamento, para que possam suprir e ressignificar as dificuldades de causas exógenas e endógenas, geradoras de dores e limitações, própria do envelhecimento afetado pela síndrome. Necessário, também, se faz a estratégia da psicoeducação para pacientes, familiares e sociedade, no sentido de reverem paradigmas que amplificam as diferenças intergeracionais e culturais, que por sua vez, potencializam as dores crônicas fibromiálgicas.

Chaimowicz (1997) afirma que há correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. De acordo com o autor, com o aumento da expectativa de vida e o aumento do número de idosos tornaram-se mais frequentes as doenças crônico-degenerativas e suas sequelas, o que implica em décadas de utilização dos serviços de saúde pela população acima de 60 anos.

Nesse diapasão, é imprescindível uma reformulação na área da saúde pública por parte do Estado, dos profissionais de saúde e de todos os atores sociais

envolvidos, para que possam assegurar direitos e garantias constitucionais para a qualidade de vida das mulheres idosas que sofrem de dores crônicas fibromiálgicas.

Para engendrar as reformulações necessárias, as unidades básicas de saúde precisam ampliar seus atendimentos para as idosas, acrescentar atendimento psicoterapêutico nos padrões essenciais, com as contribuições da escuta qualificada, ferramenta primordial da psicologia, quer individual, quer em grupo, através de uma visão profissional ampla e integrativa, o que evitará, conseqüentemente, possíveis agravos ao processo de adoecimento dessas pacientes e sobrecarga da máquina pública.

As ações e serviços da Atenção Básica de Saúde seguem, conforme a Portaria nº 2.436 /2017, dois padrões. São os essenciais e ampliados, conforme observa-se a seguir

Os Padrões Essenciais, são ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e os Padrões Ampliados, são ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. (BRASIL, 2017a, n.p.).

Os padrões de ações e serviços da Atenção Básica de Saúde essenciais e ampliados são realizados pelas equipes, conforme determina a portaria nº 2.436/2017, e estão divididas em: 1 - Equipe de Saúde da Família (eSF); 2 - Equipe da Atenção Básica (eAB); 3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB); 4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017a).

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), constitui, conforme retrata a Portaria supracitada:

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). (BRASIL, 2017a, n.p.).

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):

- a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários;
- c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território. (BRASIL,2017).

A composição dos profissionais do NASF-AB, segue as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde. Segundo a Portaria nº 2.436 /2017, são elas:

Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Acupunturista; Médico Psiquiatra; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário Profissional; Professor de Educação Física; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional; Profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. (BRASIL, 2017a, n.p.).

O Gestor local tem autonomia, segundo a Portaria nº 2.436 /2017, para a definição desses profissionais supracitados, conforme as necessidades daquele território e demandas da população.

A atuação da Psicologia está presente legalmente na rede básica de saúde, através dos psicólogos e psicólogas em vários de seus seguimentos, acrescido dos observados através da nota técnica do Conselho Federal de Psicologia, datado de dezembro de 2016, que estabelece parâmetros e referências técnicas para atuação desses profissionais no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), conforme a seguir:

Referências Técnicas para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS (CREPOP, 2007), Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo (CREPOP, 2009), Referências Técnicas para a atuação de psicólogos no âmbito das Medidas Socioeducativas em Unidades de Internação (CREPOP, 2010), Como os Psicólogos e as Psicólogas podem contribuir para avançar o Sistema Único de Assistência Social (Suas)? Informações para Gestoras e Gestores (CREPOP, 2011), Referência Técnica para Atuação de Psicólogas (os) em Programas de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (CREPOP, 2012), Referências Técnicas para a Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS (CREPOP, 2013), Documento de Referência para Atuação de

Psicólogas (Os) em Serviços de Atenção à Mulher em Situação de Violência.
(CREPOP, 2013)

Não obstante, pela realidade do processo de feminização do envelhecimento populacional, faz-se necessária a criação de políticas públicas no bojo da Rede de Atenção Primária à Saúde, para contemplar a mulher idosa fibromiálgica, em todas as suas dimensões de forma integral, identificando suas necessidades e possibilidades biopsicossociais, em terapêutica específica através de Projeto Terapêutico Singular, com o objetivo de otimizar recursos e estratégias para o enfrentamento e minoração de sofrimentos de toda ordem, entre outras atribuições e competências.

As diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, estão presentes, como baliza de cuidado, através do Modelo de Ação Integral, elaborado pelo Ministério da Saúde, que tem por objetivo “fomentar discussões sobre as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS e propor um modelo de atenção integral que contribua na organização do cuidado ofertado pelos estados e municípios brasileiros.” (BRASIL, 2014, p.06).

O Modelo proposto, datado de 2014, apresenta-se em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006) e com os seguintes marcos legais:

- Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/1994, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa.
- Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003, em especial no que concerne ao Capítulo IV – Do Direito à Saúde. 9 DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SUS
- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022), em especial no que se refere à Estratégia 12, Eixo II, Promoção da Saúde.
- Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, (2011 -2015) em especial no seu Objetivo Estratégico 06: Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção.
- Recomendações do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa pelo fortalecimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e organização da atenção ofertada no SUS.
- Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, pelo fortalecimento e cumprimento dos direitos da Pessoa Idosa ao cuidado integral de sua saúde.
- Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da

Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

- Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
- Decreto nº 8.114 /2013, que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. (BRASIL, 2014, p.08-09).

O feixe de instrumentos legais tem sido ampliado e se repetido, a partir do marco legal de 1988, e lentamente se aprimorado, na medida que o conceito e o paradigma do envelhecimento se reformula, quer na sociedade, quer no mundo científico e acadêmico, conforme as transformações individuais e coletivas vão se estabelecendo, exigindo assim, um novo olhar, estudo, legislação e atenção por parte dos atores sociais e agentes públicos.

O envelhecimento era conceituado apenas como um "processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo." (ERMINDA, 1999, p. 43). Ainda que seja considerado o aumento da fragilidade e vulnerabilidade, devido à influência dos agravos à saúde e do estilo de vida, nessa fase.

Contudo, tal conceito foi ampliado e ressignificado sob a perspectiva da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, 2002, em Madrid, Espanha, onde os governos do mundo formularam uma resposta internacional às oportunidades e desafios do envelhecimento da população no século XXI e a promoção do conceito de "sociedade para todas as idades", que se constituiu no tema principal do evento reforçando um conceito de envelhecimento ativo para todos, quando afirma:

[...] envelhecimento ativo, é considerado o processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objetivo de ampliar a expectativa de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice. (ONU, 2002, n.p.).

Nesse diapasão, em 2009, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2009), estabelece o Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos e Envelhecimento Ativo e Saudável, em compromisso ampliado entre os Governos da América Latina e Caribe para benefício dos idosos, conforme segue:

[...] estabelece compromissos dos governos com a saúde da população idosa da América Latina e Caribe. Os Ministros da Saúde dessa região, inclusive do Brasil, definiram agenda de saúde para as Américas 2008-2017 e recomendaram que "a manutenção da funcionalidade dos idosos deve ser

objeto de programas de saúde, especialmente dirigidos a esse grupo”, sendo prioritária a formação dos profissionais que trabalham com tecnologias próprias para atenção ao envelhecimento. Além disso, destacou-se que a combinação de subsídios econômicos, alimentação e intervenções de saúde possuem resultados positivos para a adesão dos idosos aos programas de saúde. (OPAS, 2009, n.p.).

O conceito de um envelhecimento ativo precisa estar em consonância com uma parcela da população, mulheres idosas que sofrem de dores crônicas decorrentes da síndrome fibromiálgica. Com o passar do tempo, sem tratamentos específicos, entre eles o psicoterapêutico, as mulheres idosas fibromiálgicas têm diminuída a capacidade funcional e aumentada as limitações frente as atividades de vida diária, além do isolamento social e conflitos existenciais.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Integral de Saúde da Mulher, em parceria e contribuição com diversos setores da sociedade. Em sua apresentação esclarece que:

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. (BRASIL, 2004b, p.05)

Não obstante, o esforço de uma política integral de saúde da mulher, a idosa fibromiálgica, ainda não foi privilegiada. A política para mulher, dilui-se desde as primeiras décadas do século XX e continua entre os programas voltados para a gravidez, pré-natal, questões materno-infantis, vinculadas posteriormente ao programa de saúde da família, bolsa família, vacinação e controle escolar na primeira infância para os filhos.

Atualmente, acrescente-se no leque de alcance de cuidados realizados pela atenção básica: questões relacionadas a gravidez, pré-natal, vacinas, DST, HIV, testes, assistência em anticoncepção, odontológica, questões relacionadas a aborto (encaminhadas aos níveis de maior complexidade), violência doméstica e sexual (com os devidos encaminhamentos), orientações quanto ao climatério e menopausa, saúde mental, hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer etc. No que se refere a dores, a

medicina ainda visa afastar o sintoma com ação medicamentosa, e é aí que entra a importância da Psicologia através da ferramenta da psicoterapia e escuta qualificada para mulheres idosas fibromiálgicas.

Diante dos efeitos danosos e limitantes na vida das idosas fibromiálgicas, além do sofrimento biopsicossocial que essa síndrome causa, a Deputada Erika Kokay, encaminhou à Comissão de Seguridade Social e Família, Constituição e Justiça e Cidadania, a proposição do Projeto de Lei – PL 6858/2013 que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a oferecer tratamento para pessoas com síndrome de fibromialgia ou fadiga crônica (BRASIL, 2013a).

Segundo o Projeto de Lei - PL 6858/2013, que já se encontra no Senado Federal, para apreciação, a autora determina no Art. 1º atendimento integral por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), a pessoa acometida por Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica, contemplando, no mínimo:

[...] I – atendimento multidisciplinar por equipe composta por profissionais das áreas de medicina, psicologia, nutrição e fisioterapia; II – acesso a exames complementares; III – assistência farmacêutica; IV – acesso às terapêuticas reconhecidas, incluindo fisioterapia e atividade física. (BRASIL, 2013a, n.p.)

O projeto de lei da deputada Erika Kokay, corrobora o que apresentam as pesquisas científicas sobre a síndrome fibromiálgica e garante ao paciente atendimento multidisciplinar com médicos, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, além de assegurar o acesso a exames, assistência farmacêutica e outras terapias.

A justificativa da apresentação do PL 6858/2013, que estabelece diretrizes gerais para atendimento prestado pelo SUS às pessoas acometidas por Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica, cabe aqui ser transcrito, no intuito de corroborar o objetivo geral do presente trabalho:

JUSTIFICAÇÃO - A fibromialgia é hoje uma doença reconhecida tanto na prática clínica quanto no meio acadêmico. Nas últimas décadas, observou-se grande aumento no número de casos, cuja evolução se dá com gravidade variável. Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia, a fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes. Estudos apontam que a ela está entre as principais doenças reumatológicas, considerando sua frequência. O principal sintoma é dor musculoesquelética difusa e crônica. No entanto, o paciente com fibromialgia pode apresentar diversas outras alterações, como fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos. Em face disso, os especialistas recomendam atenção multiprofissional para o tratamento da síndrome. Com o objetivo, pois, de contribuir para que seja

assegurado às pessoas acometidas pela fibromialgia e síndrome da fadiga acesso a tratamento digno e efetivo estamos apresentando este projeto de lei. Cabe salientar que ele visa a atender pleito de várias pessoas acometidas pela doença, manifestado em recente audiência pública realizada na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF). Pelo exposto, contamos com o apoio de nossos pares para a aprovação do projeto de lei ora apresentada. Sala das Sessões, em 2 de dezembro de 2013. (BRASIL, 2013a, n.p.)

Um outro Projeto de Lei foi proposto em maio de 2019 sobre a temática da fibromialgia. Trata-se do PL 3010/2019 proposto pelo Deputado Leonardo Albuquerque, que pretende instituir a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Fibromialgia, já mencionado no capítulo 3. Tal projeto de lei prevê logo no parágrafo único do artigo 1º, que “[...] é considerada pessoa com fibromialgia aquela que, avaliada por médico, preencha os requisitos estipulados pela Sociedade Brasileira de Reumatologia ou órgão que a venha a substituir” (BRASIL, 2019, p.01). O artigo 2º do PL 3010/2019, apresenta as diretrizes dessa Política, a saber:

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa Fibromialgia:

I - atendimento multidisciplinar;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com fibromialgia e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a disseminação de informações relativa à fibromialgia e suas implicações;

IV - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com Fibromialgia e a seus familiares;

V - o estímulo à inserção da pessoa com fibromialgia no mercado de trabalho;

VI - o estímulo à pesquisa científica, contemplando estudos epidemiológicos para dimensionar a magnitude e as características da fibromialgia no Brasil.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado, com preferência por aquelas sem fins lucrativos. (BRASIL, 2019, p.01).

Percebe-se que as diretrizes apresentadas no PL 3010/2019 são complementares às diretrizes do PL 6858/2013. Nesse mesmo sentido, a justificativa do PL 3010/2019 situa-se a alertar a necessidade do Estado tutelar as pessoas diagnosticadas com fibromialgia através do Sistema Único de Saúde – SUS, uma vez que o tratamento recomendado engloba abordagem medicamentosa e não medicamentosa, conforme expõe:

O uso de medicamentos pelos pacientes é imperioso para a estabilização de seu quadro. Os analgésicos e anti-inflamatórios podem ter uso restrito. Os antidepressivos e os neuromoduladores são a principal medicação atualmente utilizada pelos pacientes de fibromialgia, uma vez que controlam a falta de regulação da dor por parte do cérebro, atuando sobre os níveis de

neurotransmissores no cérebro, pois são capazes de agir eficazmente na diminuição da dor, ao aumentar a quantidade de neurotransmissores que diminuem a dor desses pacientes.

O tratamento não medicamentoso dos pacientes exige, por exemplo, a prática de atividade física individualizada e especializada, principalmente com exercícios aeróbicos, de alongamento e de fortalecimento, que deve ser realizada de três a cinco vezes por semana, acupuntura, massagens relaxantes, infiltração de anestésicos nos pontos da dor, acompanhamento psicológico, dentre outros.

Contudo, é preciso destacar que,

A realização do tratamento requer, portanto, que o paciente disponha de tempo suficiente, bem como dispense gastos de elevada monta, uma vez que o Sistema Único de Saúde – SUS não dá cobertura a todas essas atividades. Em que pesem as severas restrições impostas à qualidade de vida dos pacientes, a doença não foi contemplada pelo rol de pessoas com deficiência elencado do art. 4º, do Decreto no 3.298/1999, que regulamenta a Lei no 7.853/1989 e do art. 5º, do Decreto no 5.296/2004, que regulamenta as Leis no 10.048/2000 e 10.098/2000. Isso tem causado inúmeros transtornos a essas pessoas, especialmente no que tange à concessão de benefícios destinados às pessoas com deficiência, razão pela qual se torna relevante a presente discussão.

O PL 3010/2019 prevê no seu artigo 4º que a pessoa com fibromialgia será “considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (BRASIL, 2019, p.02), para que ela possa ter cobertura, portanto, do Sistema Único de Saúde para o seu tratamento. Tal projeto de lei encontra-se em situação de aguardo de parecer do Relator da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).

Percebe-se que os supracitados projetos de lei buscam ampliar o leque de possibilidades no tratamento da pessoa com fibromialgia e da cobertura pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Não obstante, é preciso se destacar que a partir do momento em que se prevê a atuação de equipe multidisciplinar, já se torna possível a atuação do psicólogo em atendimento psicoterapêutico, uma vez que a Síndrome Fibromiálgica não é apenas física, mas sim de amplo espectro psicossocial.

Diante da pesquisa da presente dissertação, os dois projetos de lei supracitados foram os materiais disponíveis que buscaram estabelecer uma tentativa de acolhimento e tratamento para pessoa em condição de síndrome fibromiálgica. Ainda que não contemplem especificamente as mulheres idosas, essas certamente serão alcançadas mediante a realidade que se demonstra e a importância para a manutenção de um envelhecimento saudável. Não obstante, o esforço continua no

que tange a importância do atendimento psicoterapêutico, e o papel da Psicologia na rede básica de saúde.

Nessa perspectiva, a partir do exposto e da contextualização legal, torna-se compreensível a possibilidade e importância do atendimento psicoterapêutico na rede básica de saúde, com o objetivo de elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgicas em idosas. Espera-se, contudo, que tal procedimento venha ampliar, para pacientes e profissionais envolvidos, a noção e o conceito de envelhecimento, saúde/doença, e cuidado, evitando procedimentos e medicalização desnecessários.

Mister se faz assegurar direitos e garantias constitucionais às idosas que sofrem de dores crônicas fibromiálgicas, para propiciar um envelhecimento de qualidade e dignidade. Para isso, se propõe atendimento psicoterapêutico e elaboração de Plano Terapêutico Singular para esse grupo de mulheres, por profissional qualificado e habilitado de Psicologia, na rede básica de saúde, integrado a Estratégia de Saúde da Família, visando elevar, com essa ferramenta, a qualidade de vida, além de minorar e ressignificar as demandas que essa síndrome acarreta na vida das idosas.

Trazer o embasamento legal e aporte teórico é de fundamental importância para a compreensão desse capítulo que, atrelado aos anteriores, apresentada a resolubilidade que se encaminha nessa dissertação: elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgicas em idosas, com o auxílio e contribuição do atendimento psicoterapêutico na rede básica de saúde.

Não obstante, a compreensão e o entendimento da síndrome fibromiálgica, em mulheres idosas, são complexos devido a uma gama de sintomas que, por muitas vezes, disfarçam, confundem e distorcem o que realmente se processa e se demonstra quer para essas mulheres, quer para os profissionais que experimentam o atendimento. Como ferramenta de facilitação ao atendimento, a presente pesquisa será acompanhada de uma sugestão de Plano Terapêutico Singular, em apêndice, para os profissionais de Psicologia.

Da mesma forma, a queixa em consultório é grande por parte das idosas fibromiálgicas sobre a dificuldade de compreensão dos materiais apresentados sobre a síndrome fibromiálgica quer em cartilhas, livros e apostilas. Em suas percepções,

as idosas, em grande maioria, apresentam queixas de que o conteúdo sobre a fibromialgia é longo, confuso e que acionam nelas irritabilidade e angústia, como uma espécie de gatilho gerador de dores e mal estar.

Assim, com o objetivo de minorar dúvidas, facilitar a compreensão e conduzir a um processo empático durante a leitura, é que a presente pesquisa trará em apêndice, a produção de uma cartilha elucidativa, enquanto uma contribuição na área das políticas públicas, para que as idosas de forma leve e lúdica, possam se apropriar do conhecimento, compreenderem o que sentem e desenvolverem estratégias de enfrentamento, possivelmente minorar dores e sofrimento.

5.3 FORMULAÇÃO DE UMA CARTILHA ELUCIDATIVA PARA IDOSAS FIBROMIÁLGICAS E DE PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

A formulação de uma Cartilha Elucidativa para Idosas Fibromiálgicas e de um modelo de Plano terapêutico Singular (PTS), resulta em um produto final prospectado pela presente dissertação e delimitado na primeira linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, qual seja: políticas públicas e desenvolvimento, voltada para a elaboração de políticas públicas.

A Cartilha Elucidativa surgiu com o objetivo de fornecer uma maior compreensão da Fibromialgia e estímulo de autocuidado para as idosas, além de propiciar e divulgar estratégias de enfrentamento, minoração de dores e sofrimento para essas pacientes. Enquanto ferramenta e baliza de compreensão e autocuidado para idosas fibromiálgicas, a Cartilha poderá ser utilizada em programas de assistência, atendimento e psicoeducação em rede básica de saúde ou rede particular nas regiões, estados e municípios. Corroborar a importância da Psicoterapia junto às demais terapêuticas no tratamento da Fibromialgia por esta se tratar de uma Síndrome que envolve questões biopsicossociais de grande relevância.

A presente Cartilha Elucidativa busca também fornecer subsídios e informações sobre a Fibromialgia aos profissionais de saúde na área de Psicologia que realizam atendimento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas em rede básica de saúde, observada as leis vigentes, o Código de Ética do Psicólogo, Resoluções do Conselho

Federal de Psicologia – CFP, princípios e diretrizes do SUS. A referida Cartilha apresentará um formato lúdico e leve para que não propicie gatilhos de dores, assim como também, trará a personagem Dona Maricotinha, criada especialmente para essa Cartilha, visando atrair a atenção das idosas e estabelecer um grau de empatia, ao tempo em que, os conhecimentos e estratégias de enfrentamento acerca da fibromialgia vão sendo passados e absorvidos a partir de um “bate-papo entre comadres”.

O Plano Terapêutico Singular proposto como modelo específico para essa síndrome, é direcionado para profissionais de Psicologia e Psicanálise, que abraçarão o cuidado psicoterapêutico com esse público específico. Corrobora-se, que a presente pesquisa tem como objetivo geral formular políticas públicas para assistência em atendimento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde.

Nesse diapasão, o presente trabalho alinha-se à corrente doutrinária que defende uma abordagem policêntrica às políticas públicas, a partir da doutrina de Leonardo Secchi (2016), conforme referido no capítulo 3. Acrescente-se, conforme ensina Secchi (2016, p.2), que é imprescindível observar os elementos fundamentais em uma política pública que são: a intencionalidade pública e a resposta a um problema público, ou seja: “[...] a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante” (SECCHI, 2016, p. 2).

Enquanto exemplos de políticas públicas nas diversas áreas, Secchi (2016, p. 11) ainda ensina que:

Políticas públicas tomam forma de programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos, inovações tecnológicas e organizacionais, subsídios governamentais, rotinas administrativas, decisões judiciais, coordenações de ações de uma rede de atores, gasto público direto, contratos formais e informais com *stakeholders*, entre outros.

Percebe-se, portanto, que o núcleo central de qualquer política pública será o problema público em questão, e essa deve prover um feixe de ações visando a resolubilidade da demanda em vários formatos, sempre atendendo ao interesse público subsidiado na vontade política e participação da sociedade. A partir da identificação e análise do problema público se desenvolverá uma política pública (que pode ser macro ou micro) relacionada com a complexidade do problema em questão.

Conforme orienta Secchi (2016, p. 43), o ciclo de políticas públicas segue em sete fases principais, são elas:

1. Identificação do problema; 2. Formação da agenda; 3. Formulação de alternativas; 4. Tomada de decisão; 5. Implementação; 6. Avaliação; 7. Extinção. Na fase de Avaliação é imprescindível se levar em conta os indicadores de: validade; confiabilidade, simplicidade, acessibilidade, além dos indicadores que examinam a representatividade, homogeneidade, praticidade, independência, seletividade, cobertura, economicidade e estabilidade da política pública. (SECCHI, 2016, p. 64).

Nesse sentido, a cartilha Elucidativa para idosas fibromiálgicas e o Plano terapêutico singular (PTS), assim como, o atendimento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde, representam micropolíticas públicas que são partes estruturantes de uma política pública maior voltada para a saúde da mulher idosa, que pode se estruturar, conforme aporte teórico visto, em programas de atendimento público nas regiões, estados e municípios, através de cartilhas, planos de atuação, campanhas de conscientização, atendimento psicoterapêutico etc.

O Plano Terapêutico Singular (PTS), enquanto plano psicoterapêutico, deverá ser implementado em ação conjunta com o profissional de Psicologia ou Psicanálise e a paciente (mulher idosa fibromiálgica). Sua realidade poderá vir a ser dialogada articulada com outros profissionais, respeitados os limites éticos e legais. Sendo visto como um Projeto Terapêutico Singular, deverá ser implementado em ação conjunta com o profissional de Psicologia ou Psicanálise, a paciente (mulher idosa fibromiálgica), e demais profissionais da rede básica de saúde, alcançadas etapas importantes, tais como:

- Acolhimento humanizado;
- Diagnóstico: avaliação orgânica, psicológica e social;
- Definição de objetivos, metas e submetas;
- Divisão de responsabilidades;
- Formulação, revisão ou ampliação do PTS, caso necessário.

O Plano Terapêutico Singular, também chamado de Projeto Terapêutico Singular, traz alcance individual ou em grupo:

O PTS se configura como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, fruto da discussão de uma equipe coletiva e interdisciplinar, com apoio matricial caso necessário e pode ser para um sujeito ou coletivo. O termo Projeto Terapêutico Singular foi escolhido em vez de projeto terapêutico individual, por sinalizar que o projeto pode ser para famílias, grupos e não necessariamente apenas para um sujeito. (BRASIL, 2007, n.p.).

Com base na experiência profissional da pesquisadora, estudos e pesquisas, é necessária a orientação de um Plano Terapêutico Singular (PTS) que traduza fielmente a realidade psicossocial da paciente idosa fibromiálgica, compreensão e evolução do tratamento, além de possibilitar a continuidade do tratamento, em caso de mudança de profissional, evitando o retorno ao ponto inicial, situação corriqueira que desestimula as pacientes quanto ao tratamento e que conduz à descrença e ao abandono da psicoterapia.

Nesse sentido orienta-se um Plano Terapêutico Singular (PTS), que será construído inicialmente em ação conjunta (profissional e paciente), como base no acolhimento e escuta qualificada do relato de caso pela paciente. O PTS deverá vir a ser aperfeiçoado e/ou ampliado, após ser construído cuidadosamente, conforme necessidades percebidas pelo profissional de Psicologia, junto a sua paciente.

Deverão ser ainda observados e anotados os fatores de risco e os fatores de proteção (balizas essenciais para o tratamento). Constarão ainda as estratégias iniciais, que são: 1. Acolhimento humanizado, 2. escuta qualificada da queixa; 3. elaboração da demanda; 4. encaminhamento inicial; 5. estratégias de continuidade; 6. emergência (ameaça imediata para a vida da paciente) e urgência (ameaça em um futuro próximo, que pode vir a se tornar uma emergência se não for solucionada na vida da paciente), 7. orientações e recomendações; 8. exercícios psicoterapêuticos para casa; 9. plano de ação de continuidade, integrado à equipe de saúde; 10. resultados esperados a médio e longo prazo com a psicoterapia; 11. finalização da sessão e reafirmação do vínculo profissional. Esse primeiro momento será chamado de PTS 1.

Durante o atendimento às idosas fibromiálgicas, deverá também ser cumprido o protocolo das ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica, descritas no item 1.6, do Cadernos de Atenção Básica - saúde mental, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), representando algumas ações iniciais que podem ser

realizadas por todos os profissionais da atenção básica, nos diversos dispositivos de cuidado (CHIAVERINI, 2011 *apud* BRASIL, 2013b, p.23), são elas:

Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir;
Exercer boa comunicação;
Exercitar a habilidade da empatia;
Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer;
Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas, sem qualquer julgamento;
Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga;
Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Essas ações realizadas por todos os profissionais e usuários da atenção básica, conforme os princípios do SUS, são também desenvolvidas através de dispositivos de cuidado pela Psicologia, enquanto uma ciência que trata dos estados e processos mentais e comportamentais do ser humano, além da sua interação com o ambiente físico e social, propiciando uma visão de saúde mais ampliada. Nesse sentido, as intervenções em saúde mental alcançam as idosas com fibromialgia, enquanto uma histeria de conversão, conforme abordado no capítulo 4. As intervenções em saúde mental, devem se tornar alavancas propulsoras de novas possibilidades de saúde, conforme observa-se a seguir:

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. (BRASIL, 2013b, p. 23).

O Plano Terapêutico Singular se configura como uma estratégia de cuidado. Articulado entre profissionais e voltado para uma melhor prestação de serviço à idosa fibromiálgica. Devem ser consideradas as expectativas da paciente e trabalhá-las junto a ela, respeitando suas crenças, religião, contexto familiar e social que está inserida.

Nesse esteio, com o objetivo de minorar dúvidas, facilitar a compreensão e conduzir a um processo empático e de autocuidado, é que a presente pesquisa trará em apêndice A, a produção de uma cartilha elucidativa, enquanto uma contribuição na área das políticas públicas, assim como a sugestão de Plano Terapêutico Singular

(PTS), em apêndice B, modelo que se configura como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, estabelecidas entre o profissional e a paciente, podendo ser ampliado aos demais profissionais que integrem a equipe da rede básica de saúde.

6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Diante do processo acelerado de envelhecimento, do fenômeno transversal de feminização e do relato de idosas envelhecendo com fibromialgia, a presente dissertação teve como objetivo geral formular políticas públicas para atendimento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde. Nesse sentido respondeu ao problema central da presente pesquisa: de que forma é possível formular políticas públicas para o atendimento psicoterapêutico de idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde a partir da abordagem psicanalítica? Para responder tal problema mister se fez enfrentar algumas questões norteadoras já apresentadas como a análise do processo de envelhecimento populacional no Brasil, o direito de envelhecer a partir do contexto legal brasileiro, a estruturação da fibromialgia em idosas, os possíveis nexos entre a fibromialgia, enquanto uma histeria de conversão, e a castração em idosas; e como propor o atendimento psicoterapêutico na rede básica de saúde, para elevar a qualidade de vida e minorar as dores fibromiálgica em idosas.

Observou-se ao longo da presente dissertação, através do aporte teórico aqui apresentado e das narrativas das idosas ao longo da experiência profissional da pesquisadora, que a fibromialgia é muito mais abrangente, subjetiva e complexa do que aparenta no modelo biomédico. A fibromialgia traz subjetivamente a forma como as mulheres idosas, funcionam no mundo, com suas simbologias, representações, perdas, pedidos e faltas.

Ao longo desse trabalho, diante das leituras e estudos realizados, da vivência e escuta com essas idosas, tentou-se demonstrar os possíveis nexos entre a fibromialgia e a histeria de conversão, com o apoio do aporte teórico da Psicanálise, e das narrativas das idosas fibromiálgicas. Para tanto, buscou-se relatar como se dá a estruturação da fibromialgia, enquanto uma roupagem contemporânea da histeria de conversão em mulheres na terceira idade. Também foram trazidos os possíveis nexos entre a histeria de conversão e a castração, correlacionando-os com as narrativas das idosas.

Percebeu-se, à guisa de uma inferência baseada nos relatos, de que o fundamento da fibromialgia consiste em uma castração mnêmica da infância, que de

forma inconsciente se repete ao longo da vivência dessas mulheres idosas, portadoras de fibromialgia.

A escuta qualificada, sensível, ética e empática, como propicia a psicoterapia, permite se ouvir para além das palavras aparentes, o que é imprescindível para perceber aquilo que não está a mostra, mas é demonstrado através da síndrome fibromiálgica, além de possibilitar a condução da paciente, enquanto sujeito ativo e de direitos, na medida da sua suportabilidade e escolhas, à ressignificação e minoração de dores e sofrimento. Nesse sentido a psicoterapia se mostra indispensável no tratamento junto às demais terapêuticas.

E por que a abordagem Psicanalítica? Porque o objetivo é acessar o inconsciente do indivíduo, ultrapassando a resistência visando alcançar o núcleo desestruturante que se revela através da conversão, em adoecimento, aqui especificamente a Fibromialgia.

A principal função da clínica psicanalítica, é buscar alcançar a origem dos sintomas, comportamentos manifestos e seus conteúdos inconscientes correlacionados através do que a pessoa verbaliza. Nos relatos das idosas, em experiência profissional, muitas foram as convergências entre as características de uma histeria de conversão e a fibromialgia. O que fez o presente estudo aportar na Psicanálise, tornando-se assim basilar para a pesquisa e enquanto abordagem psicoterapêutica a melhor escolha de tratamento.

A Pesquisa revela possíveis nexos entre a fibromialgia e o Complexo de Castração, entre outros nexos. Sob a ótica Psicanalítica, o Complexo de Castração designa o sentimento inconsciente de ameaça experimentado pela criança quando ela constata a diferença anatômica entre os sexos (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000, p.73). Contudo, conforme as narrativas de idosas fibromiálgicas transcritas em fragmentos e respeitado o anonimato, a pesquisadora observou que na estrutura psíquica dessas idosas essa ameaça não é apenas objetiva, ou seja, não é revelado apenas o entendimento de que, enquanto mulher, as idosas não tendo o “falo” sofrem pela sua ausência e somatizam dores, não. Trata-se de uma experiência subjetiva que a mulher passa a experimentar de forma violenta e contínua o espelhar e a punição dessa falta, de ordem interna, e de ordem social, que a faz se desorganizar psíquica

e/ou metabolicamente, o que a fragmenta em pedaços, e nessa condição, as mais vulneráveis levarão toda uma vida para tentar encontrá-los e remendá-los, ou não.

Com a desorganização psíquica e metabólica, seu aspecto identitário e sua relação com o mundo, se apresentam como uma ameaça, retratando (através de suas percepções amplificadas e distorcidas, muitas vezes no campo do real, outras do simbólico) sua incapacidade, incompetência, como um ser humano que está na classe do secundário, do que presta o serviço de dar o gozo ao outro e não a si mesma. Passa a ser estabelecida uma relação de coisificação, de segundo sexo, de que a sua estabilidade, ainda que temporal, só se dá com a copula, com a posse temporária do falo, através da benesse do ser humano principal: o Homem.

A experiência mostrou a necessidade de compreender a fibromialgia para além dos sintomas descritos pela ciência. Buscar e tentar alcançar a subjetividade da expressão da dor, enquanto estruturante do feminino. A escuta empreendida junto às mulheres idosas fez perceber nas entrelinhas o dito e o não dito, o silêncio e o grito dessas mulheres, o que serviu de baliza e motivação para a imersão nos estudos e pesquisas.

Apesar da atenção primária estar consolidada através do SUS, observou-se dificuldades e desafios que os profissionais enfrentam, assim como uma invisibilidade quanto a assistência e cuidado, conforme as especificidades que o tratamento da fibromialgia requer, para com essas mulheres idosas. Urge então, a necessidade de um programa mais efetivo direcionado à pessoa da mulher idosa fibromiálgica, evitando a fragmentação de tratamento no atendimento no Sistema Único de Saúde, que torna a vida das idosas ainda mais difícil e limitada, diante do cenário da desvalorização humana que a sociedade impõe para a velhice. Nesse sentido está proposta a sugestão, além das Políticas Públicas em formato micro ou macro, o cuidado psicológico às idosas fibromiálgica através da Unidade Básica de Saúde, porta de entrada do SUS, ou ainda ampliação do número de profissionais de Psicologia do Nasf de cada município.

O envelhecimento demográfico traz como característica expressiva, em todas as regiões do mundo e não apenas no Brasil, a presença de mulheres como maioria na população idosa. O fenômeno de feminização do envelhecimento significa que se

terá uma população envelhecida com maior percentual de mulheres do que de homens e essas mulheres precisam estar assistidas pelo Estado, pela sociedade e pela família, para além do seu desenvolvimento e sustento, mas, também, enquanto sujeito pleno de direitos e dignidade humana, tendo sido propiciada sua autonomia e independência em ciclos anteriores para, na velhice, não se constituírem como um estorvo social, ou seja, mulheres não produtivas, adoecidas e experimentando contínua e intensamente dores.

É de fundamental importância que estudos possam prosseguir acerca da fibromialgia na área da Psicologia, visando atestar de forma mais ampla, a necessidade da prestação de um serviço psicoterápico, para as idosas fibromiálgicas, associado às demais terapêuticas, visando minorar dores e ressignificar sofrimentos. O maior alcance de cuidado a essas idosas, por meios legais na Rede Pública de Saúde, virá possibilitar uma condição mais digna de qualidade de vida a essa mulheres tão vulneráveis e longevas do tecido social.

Nesse sentido, pode-se evitar cair no senso comum sobre as “dores da mulher idosa”, utilizando-se a frase repetida em grupos de terceira idade de que “é normal o velho ter dor”. Pode até ser. Porém, tem um significado subjetivo, amplo e complexo que precisa ser abordado e compreendido de forma integral, transformado e ressignificado, minorando assim dores e sofrimento, com o auxílio de uma terapêutica interdisciplinar.

É também de fundamental importância, que estudantes e profissionais, revejam e ressignifiquem as suas “práxis”, para fora da “caixa” do modelo acadêmico. Que se debrucem sobre uma escuta das demandas, angústias e inquietações femininas, que chegam aos espaços terapêuticos como sintomas e doenças, de forma diferenciada, acolhendo cada uma, segundo a sua subjetividade, para que, com base nas questões particulares, o desejo feminino possa ser reestruturado em bases saudáveis e prazerosas e não mais em representações de dores, angustias e sofrimento.

O modelo de Cartilha e de Plano Terapêutico Singular (PTS), em apêndice, se inscrevem como uma das representações de micropolíticas públicas, que são partes estruturantes de uma política pública maior, voltada para a saúde da mulher idosa. Fruto de pesquisas, estudos e atendimento clínico em Psicologia, foram sendo

aperfeiçoados ao longo das prática e atuação na especialização de Gerontologia pela pesquisadora. Alinha-se à corrente doutrinária que defende uma abordagem policêntrica às políticas públicas, conforme ensina Leonardo Secchi (2016, p.2). Ambos se estabelecem como contribuição para a compreensão e autocuidado por parte das idosas acerca da fibromialgia, e instrumento balizador e facilitador do atendimento psicoterapêutico para o profissional, respectivamente.

Deseja-se firmemente que a reflexão aqui produzida e ampliada, seja um estímulo propulsor de mais estudos e pesquisas, assim como, também, sirva de incentivo para a implementação de políticas públicas mais eficientes e eficazes para as idosas fibromiálgicas, além de motivar a consolidação de um programa de saúde, adequado à realidade brasileira e que atenda a todas as idosas igualmente.

REFERÊNCIAS

ABRAFIBRO. **Site da Associação Brasileira dos fibromiálgicos**. Disponível em: <https://abrafibro.blogspot.com/aceso>. Acesso em: 30 out. 2018.

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (orgs.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>. Acesso em: 20 set. 2019.

ALMEIDA, Ângela Virgínia Leite Pinto de; BOAVENTURA, Edivaldo Machado; ALMEIDA, Marcella Pinto de. A compreensão dos policymakers na sociedade em rede: um confronto entre as abordagens estadocêntrica e policêntrica. *In: SOUZA, José Giléa de (org.). Direito, governança e políticas públicas*. Salvador: Kawo-Kabiyesile, 2018.

ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ALVES, José Estáquio Diniz. O perfil demográfico do Brasil até 2100 e os desafios da covid-19. **Ecodebate**, 2020. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2020/04/29/o-perfil-demografico-do-brasil-ate-2100-e-os-desafios-da-covid-19-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>. Acesso em: 26 jun. 2020.

AVILA, Lazslo Antônio; TERRA, João Ricardo. Histeria e somatização: o que mudou? **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 333-340, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2017.

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. **O direito à saúde da pessoa idosa**. Orientador: Professor Alejandro B. Alvarez. 2008. Tese (Doutorado em Direito) - PUC-Rio. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11847/11847_1.PDF. Acesso em: 05 abr. 2020.

BARROS, José Felix Vilanova et al. **Psicologia e Políticas públicas: práticas inovadoras para o SUS**. Maceió: UNIVASF, 2018. Disponível: <https://www.crp15.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Psicologia-e-Pol%C3%ADticas-P%C3%ABlicas-Vers%C3%A3o-Digital.pdf>. Acesso em: 04 maio. 2020.

BARROSO, Luís Roberto. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito: o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil. **Boletim de direito administrativo**, 2007.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: fatos e mitos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016a. v.1.

_____. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016b.v.2.

BERZINS, S. V. A. M. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Revista Social & Sociedade**: velhice e envelhecimento, n.75, p. 19-33, set. 2004.

BESSET, Vera Lopes et al. Um nome para a dor: Fibromialgia. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1245- 1269, 2010.

_____; BRANDÃO JUNIOR, Pedro Moacyr Chagas. Quando a dor faz corpo. **Revista Borromeo**, n. 3, 2012. Disponível em: <http://borromeo.kennedy.edu.ar>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BOAVENTURA, Edivaldo Machado. **Exercícios de metodologia**. Salvador: Quarteto, 2017.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Brasília: UnB, 1998.

BRAGA, Pérola Melissa. **Direitos do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

BRANDÃO JUNIOR, Pedro Moacyr Chagas; BESSET, Vera Lopes. Dor crônica: um problema de saúde pública, uma questão para a psicanálise. **POLÊMICA**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 025-041, out. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/19359/14154>. Acesso em: 16 nov. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 6.858, de 2013**. Estabelece diretrizes gerais para o atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas acometidas por Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica. 2013a. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=692FAA9D222D8C87A7F0CD13CAE2AE74.node2?codteor=1209010&filename=Avulso+PL+6858/2013. Acesso em: 16 nov. 2018.

_____. Câmara dos Deputados. **Violência contra Idosos**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/tv/524124-violencia-contra-o-idoso/>. Acesso em: 08 out. 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 maio 2018.

_____. **Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004**. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. 2004a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm. Acesso em: 05 maio 2018.

_____. **Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 05 maio 2018.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994. Disponível em: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/Politica-Nacional-do-Idoso.pdf>. Acesso em: 05 maio 2018.

_____. **Lei nº. 10.741 de 1º de outubro de 2003:** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 05 maio 2018.

_____. Ministério da Previdência Social. Censo 2010: primeiros resultados e implicações para a previdência social. Secretaria de Políticas de previdência social. **Informe de Previdência Social**, Brasília, v. 23, maio, 2011a.

_____. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica:** Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental.** Brasília: Editora MS, 2013b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral. *In:* CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30., 2014. **Anais eletrônicos [...]** 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Editora MPS, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em 01 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil (IDB):** conceitos e aplicações – 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/>. Acesso em: 05 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 04 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006**. Aprova a política nacional de Práticas integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 16 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1083, de 12 de outubro de 2012. Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a dor crônica no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta condição [texto na Internet]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), out. 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html. Acesso em: 02 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 16 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 07 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 04 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 04 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 750 de 10 de outubro de 2006**. Normas de cadastramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos tipos: Equipe de Saúde da Família - ESF, Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal - ESFSB e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES. 2006d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0750_10_10_2006_comp.html. Acesso em: 16 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 853 de 11 de novembro de 2006**. Incluir na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 - Práticas Integrativas e Complementares. 2006e. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria853_17_11_06.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica n. 27). Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 04 ago. 2020.

_____. **Projeto de Lei nº 3010/2019**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Fibromialgia. 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2204088>. Acesso em: 14 mar. 2020.

_____. **Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral**. 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 14 mar. 2020.

BREUR, J.; FREUD, S. (1893-1895). Comunicação preliminar I: sobre mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. *In*: EDIÇÃO standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.2.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUETTNER, Dan. **Zonas Azuis: a solução para comer e viver como os povos mais saudáveis do planeta**. São Paulo: Versos, 2018.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CALDAS, C. P. Memória, trabalho e velhice. Um estudo das memórias de velhos trabalhadores. *In*: VERAS, R. (org.). **Terceira idade: Desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnATI/UERJ, 1997. p. 15-40.

CAMARANO, Ana Amélia, et al. Como vive o idoso brasileiro? *In*: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999.

_____. **Os novos idosos brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. *In*: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

CANOTILHO, J. J. Gomes et al. (coords.). **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 3, p. 597- 605, mar. 2008.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: CFP, 2009. 172 p.

_____. **Senhoras e Senhores Gestores da Saúde, como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS**. Brasília: CREPOP, 2011.

_____. **Nota técnica com parâmetros para atuação das(os) Profissionais de Psicologia no âmbito do sistema único de Assistência Social (SUAS)**. 2016. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Nota-te%CC%81cnica-web.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

_____. **Resolução nº 001/09, de 30 de março de 2009**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.

_____. **Resolução nº 005/10, de 5 de março de 2010**. Altera a resolução CFP nº 001/2009, publicada no dia 1 de abril de 2009, pág. 90, Seção I do DOU. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/03/resolucao2010_005.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____. **Resolução nº 006/19, de 29 de março de 2019**. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69440957/do1-2019-04-01-resolucao-n-6-de-29-de-marco-de-2019-69440920. Acesso em: 05 ago. 2020.

_____. **Resolução nº 010/00, de 20 de dezembro de 2000.** Especifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

_____. **Resolução nº 010/05, de 21 de julho de 2005.** Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/07/resolucao2005_10.pdf. Acesso em: 03 ago. 2020.

_____. Psicologia e Democracia: nenhum direito a menos. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PSICOLOGIA E DIREITOS HUMANOS, 8., 2019, Brasília. **Anais eletrônicos** [...] Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/CFP_Anais_06-12.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

_____. **Psicologia, gênero e diversidade sexual:** desafios para uma sociedade de direitos. Brasília: CFP, 2011. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/05/Diversidade_Sexual_-_Final.pdf. Acesso em: 02 jun. 2020.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COSTA, Maria Luiza Santos; FRIEDE, Reis; DE MIRANDA, Maria Geralda. O idoso e a problemática da judicialização da saúde no Brasil. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, v. 23, n. 46, p. 154-174, 2019. Disponível em: <http://revistaauditorium.jfrj.jus.br/index.php/revistasjrij/article/view/279>. Acesso em: 08 out. 2020.

CRISTÓVAM, José Sérgio da Silva. O Conceito de interesse público no Estado Constitucional de Direito. **Revista da ESMESC**, v. 20, n. 26, 2013.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. Salvador: JusPODIVM, 2012.

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

DAMACENO, Daniela Garcia et al. Mulheres idosas vítimas de violência: o protagonismo nas denúncias. **Ex aequo**, Lisboa, n. 41, p. 61-76, jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602020000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2020.

DAMASCENO, Carolinne Kilcia Carvalho Sena; DE SOUSA, Cristina Maria Miranda. Análise sobre as políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 185-190, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6772023>. Acesso em: 20 mar. 2020.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; MATSUO, Tiemi. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, maio 2007. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 abr. 2018.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 19 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

DIAS, Giovana Spanamberg. **Considerações Psicanalíticas sobre a histeria Feminina**. 2013. Trabalho de conclusão de curso (Psicologia) - Universidade do Rio Grande do Sul – UNIJUI, 2013.

DSM-5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129>. Acesso em: 17 out. 2020.

ERMINDA, J. G. Processo de envelhecimento. *In*: COSTA, M. A. M. et al. (org.). **O idoso: problemas e realidade**. Coimbra: Formasau, 1999, p. 45-59.

FACHIN, Melina Girardi. **Fundamentos dos direitos humanos: teoria e práxis na cultura da tolerância**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP, 2011. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf. Acesso em: 04 ago. 2020.

FREITAS, Lucas Guimarães; BENITO, Linconl Agudo Oliveira. Denúncias de violência contra idosos no Brasil: 2011-2018. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, n. 3, p. 483-499, 2020. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/587>. Acesso em: 08 out. 2020.

FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1988a. v.2.

_____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1988b. v.11.

_____. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1989. v.7.

GANHÃO, Bruno Manuel Batalheiro. **Contributo à compreensão de uma patologia incompreendida: a fibromialgia na perspectiva psicanalítica da psicossomática**. 2009. Tese (Doutorado) - 2009. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2157>. Acesso em: 04 nov.2017.

GOLDENBERG, Evelin. **O coração sente, o corpo dói: como reconhecer e tratar a fibromialgia**. 7. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

GRODDECK, G. **Sobre lo absurdo de la “psicogénesis”**. 1926. Disponível em: <http://www.indepsi.cl/ferenczi/vinculaciones/groddeck/articulos/art-dest17.htm>. Acesso em: 06 nov. 2017

HAYAR, Maria Angelica Schlickmann Pereira; et al. Envelhecimento e dor crônica: um estudo sobre mulheres com fibromialgia. **Acta Fisiátr**, v.21, n.3, p.107-112, 2014. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=549. Acesso em: 02 abr. 2018.

HELFENSTEIN JUNIOR, Milton Helfenstein; GOLDENFUM, Marco Aurélio; SIENA, César Augusto Fávaro. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 3, p. 358-365, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423012705225>. Acesso em: 27 jun. 2020.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salle. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 02 maio 2018.

_____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 04 maio 2018.

_____. **Projeção Populacional 2013**. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf. Acesso em: 02 maio 2018.

_____. **Projeções da população: Brasil e unidades da federação**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

IPEA. **Atlas da Violência**. Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em: 07 out. 2020.

JERUSALINSKY, Julieta. **A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo**. 2009. 272 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/dissertacoes_e_teses/tese_julieta_jerusalinsky.pdf. Acesso em: 07 nov. 2017.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 509-513, ago. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: em: 02 abr. 2018.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LEÃO, Yara Amorim Souza. **Fibromialgia**: nova denominação para a velha histeria? Disponível em: http://www.torodepsicanalise.com.br/publicacoes/arq_00090.pdf. Acesso em: 16 out. 2020.

LIMA, Cláudia Pietrângelo; CARVALHO, Cristina Vilela. Fibromialgia: uma abordagem psicológica. **Aletheia**, n. 28, jul./dez, 2008.

LIMA, Lara Carvalho Vilela de; BUENO, Cléria Maria Lobo Bittar. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.

LINS, Jorge Roberto Fragoso. **O complexo de castração e a lógica histórica**. Disponível em: <http://estudosdoser.blogspot.com.br/2013/08/o-complexo-de-castracao-e-logica.html>. Acesso em: 15 nov. 2017.

LUBISCO, Nídia Maria Lienert; VIEIRA, Sônia Chagas. **Manual de estilo acadêmico**: trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses. Salvador: EDUFBA, 2013.

MARIN, Maria José Sanches; PANES, Vanessa Clivelaro Bertassi. **Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde**. 2015. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/RIPPMAR/article/view/5641>. Acesso em: 22 abr. 2020.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13118>. Acesso em: 08 out. 2020.

MARTÍNEZ-LAVÍN, Manuel. **Fibromialgia sem mistérios**: um guia para pacientes, familiares e médicos. São Paulo: MG Editores, 2014.

MATOSO, Filipe. Em 79º lugar, Brasil estaciona no ranking de desenvolvimento humano da ONU. G1. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/em-79-lugar-brasil-estaciona-no-ranking-de-desenvolvimento-humano-da-onu.ghtml>. Acesso em: 30 mar. 2019.

MESQUITA, Ana Cláudia; CARVALHO, Emília Campos. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, 2014. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 16 nov. 2018.

MOGI, Ken. **Ikigai**: os cinco passos para encontrar seu propósito de vida e ser mais feliz. São Paulo: Editora Alto Astral, 2018.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 21. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MORAES, Claudia Leite de et al. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4177-4184, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25suppl2/4177-4184/pt/>. Acesso em: 08 out. 2020.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: Aspectos biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, n. 17, v. 2, p. 177-187, 2004.

MÜLLER, Neusa Pivatto (org.). **Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal**. Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015.

NASCIMENTO, Sibhelle Katherine. A proteção do idoso no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Brasileira de Direito Civil - RBDCivil**, v. 22, n. 04, p. 17, 2019. Disponível em: <https://rbdcivil.emnuvens.com.br/rbdc/article/view/500>. Acesso em: 10 mar. 2020.

NUNES, Valentina (coord.). **Larousse da Terceira Idade**. São Paulo: Larousse do Brasil, 2003.

O RELATO de experiência. Disponível em: <http://www.escritaacademica.com/topicos/generos-academicos/o-relato-de-experiencia/>. Acesso em: 02 nov. 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Estatísticas Globais de Saúde**. 2000. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>. Acesso em: 02 maio 2018.

ONU. **108 milhões de pessoas enfrentam grave insegurança alimentar no mundo**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-108-milhoes-de-pessoas-enfrentam-grave-inseguranca-alimentar-no-mundo/>. 2017. Acesso em: 21 de abril de 2018.

_____. **A ONU e a população mundial**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/populacao-mundial/>. Acesso em: 18 maio 2020.

_____. **Agenda 2030**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 03 abr. 2018

_____. **ONU lança documento com recomendações para proteger idosos durante pandemia**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-lanca-documento-com-recomendacoes-para-proteger-idosos-durante-pandemia/>. Acesso em: 18 maio 2020.

_____. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/ 2003 - Organização das Nações Unidas**. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 02 maio 2018.

_____. **População Mundial deve chegar a 97 bilhões de pessoas em 2050 diz relatório da ONU**. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-chegar-a-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-diz-relatorio-da-onu/>. Acesso em: 18 maio 2020.

_____. **World population prospects: the 2015 revision: key findings and advance tables.** New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2015. 59 p. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>. Acesso em: 13 abr. 2018.

OPAS; OMS. **Plano de ação sobre a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável:** relatório final. 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51419/CE164-INF-6-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 23 mar. 2020

_____. **Plano de ação sobre a saúde dos idosos e envelhecimento ativo e saudável.** Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4651:sau-de-da-pessoa-idosa-no-xxx-conasems&Itemid=820. Acesso em: 24 out. 2018.

OTERO, Ubirani Barros et al. Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980-1997. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 141-148, 2002.

PACHECO, Jaime Lisandro Pacheco; et al (orgs). **Tempo:** rio que arrebatava. Holambra: Editora Setembro, 2005.

PALMEIRA, Aline Tonheiro. **Experiência de enfermidade em pessoas com dor crônica atendidas em um serviço especializado de saúde.** 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia - UFBA, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17921>. Acesso em: 21 set. 2018.

PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva; SPYRIDES, Maria Helena Constantino; ANDRADE, Lára de Melo Barbosa. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

PEREIRA, Renata Santos; CURIONI, Cíntia Chaves; VERAS, Renato. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos envelhecimento**, v. 6, n. 1, p. 43-59, 2003.

PINTO, Sílvia Patrícia Lima de Castro; et al (orgs.). **O desafio multidisciplinar:** um modelo de instituição de longa permanência para idosos. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2006.

PNUD; IPEA; FJP. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2010:** a verdadeira riqueza das nações: vias para o desenvolvimento. New York: PNUD, 2010. Disponível em: http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/RelatoriosDesenvolvimento/undp-br-PNUD_HDR_2010.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018.

PY, Ligia et al (orgs.). **Tempo de envelhecer:** percursos e dimensões psicossociais. Holambra: Editora Setembro, 2006.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Direito à velhice: a proteção constitucional da pessoa idosa. *In:* MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional. **Pessoa idosa e pessoa**

portadora de deficiência: da dignidade necessária. Vitória: Ceaf, 2003. Disponível em:
<http://www.rcdh.es.gov.br/sites/default/files/situa%C3%A7%C3%A3o%20idosos%20MPES%202003.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

RIBEIRO, Dulcinéa da Mata Ribeiro. **Depressão e envelhecimento:** saídas criativas. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

ROUDINESCO, E. ; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

RULLI NETO, Antônio. **Proteção legal do idoso no Brasil:** universalização da cidadania. São Paulo: Fiuza, 2003.

SANT'ANNA, M. J. G. UnATI. A velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários. *In:* VERAS, R.(org.) **Terceira idade:** desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumarã, 1997, p. 75-102.

SANTOS FILHO, O. C. Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. *In:* MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SANTOS, Laura da Silva et al. **As políticas públicas de atenção à velhice.** 1998. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/17530>. Acesso em: 13 abr. 2020.

SBGG. **Sociedade brasileira de Geriatria e Gerontologia.** 2020. Disponível em: <https://sbgg.org.br/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 53-66, 2005. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832005000100005&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 16 nov. 2018.

SCHNORR, Emelly Tainara. **Fundamentos da dignidade humana.** Disponível em: <http://ifte.blog.arautos.org/2011/03/fundamento-da-dignidade-humana/>. Acesso em: 03 abr. 2018.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas:** diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2017

_____. **Políticas públicas:** conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SEI. **Envelhecimento da população baiana:** desafios acerca da previdência. 2015. Disponível em:
https://www.sei.ba.gov.br/images/releases_mensais/pdf/demografia/demografia_sei_2015.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

SEN, Amartya. **Desarrollo y libertad.** Barcelona: Planeta, 1999.

_____. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Solange do Nascimento; ROCHA JÚNIOR, Armando. Características psicológicas presentes em mulheres portadoras de fibromialgia. **Revista Educação-UNG-Ser**, v. 2, n. 1, p. 55-64, 2007. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/54>. Acesso em: 17 out. 2020.

SIMÃO, Lara Maria Oliveira; MOREIRA, Simone Alves Cotrin. **A histeria de conversão: quando o corpo fala**. Disponível em: http://www.faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/XFli708q7zXtWV2_2013-5-13-15-46-36.pdf. Acesso em: 07 nov. 2017.

SMALL, Gary W. **A ciência da longevidade: os oito passos essenciais para manter a mente alerta e o corpo jovem**. Rio de Janeiro: Agir, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia**. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwj3qJKD36PXAhWEIJAKHTaFBSgQFggvMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.reumatologia.com.br%2FPDFs%2FCartilha%2520fibromialgia.pdf&usq=AOvVaw3nPkXRiESafWewisHJTZXo>. Acesso em: 15 jun. 2018.

SOUZA, Celina. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. *In*: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta e MARQUES Eduardo (orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

TANIGUCHI, Nayane. **Mais de 60% dos casos de violência contra a pessoa idosa ocorrem nos lares**. Fiocruz Brasília. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/mais-de-60-dos-casos-de-violencia-contr-a-pessoa-idosa-ocorrem-nos-lares/>. Acesso em: 10 out. 2020.

THERBORN, Göran. **Sexo e poder: a família no mundo 1900-2000**. São Paulo: Contexto, 2006.

TRF4. Justiça Federal de Santa Catarina. **Criciúma** - pessoa de 62 anos terá benefício assistencial de idoso. Jusbrasil. Disponível em: <https://jf-sc.jusbrasil.com.br/noticias/3109503/criciuma-pessoa-de-62-anos-tera-beneficio-assistencial-de-idoso>. Acesso em: 15 abr. 2020.

UNDP. **Human Development Report 2014 - Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience**. New York: UNDP, 2014. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/RelatoriosDesenvolvimento/undp-br-RDH-2014.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Human Development Report 2015 - Work for Human Development**. New York: UNDP, 2015. Disponível em: http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/RelatoriosDesenvolvimento/undp-br-hdr_en-2015.pdf. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Human Development Report 2016 – Human Development for Everyone**. New York: UNDP, 2016. Disponível em:

<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/RelatoriosDesenvolvimento/undp-br-2016-human-development-report-2017.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

UNSDG. **Policy Brief**: the impact of COVID-19 on older persons. 2020. Disponível em: <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>. Acesso em: 15 abr. 2020.

VEIGA, Angela Barbosa da. **Histeria e Psicanálise**: uma relação dos tempos de Freud à atualidade. 2013. Disponível em: <https://www.bdm.unb.br/handle/10483/5571>. Acesso em: 10 out. 2020.

WONG, L.; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Abep, v.23, n.1, 2006.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos Psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice**: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

APÊNDICE A - CARTILHA ELUCIDATIVA PARA IDOSAS FIBROMIÁLGCAS**UNIFACS**

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

**CARTILHA
ELUCIDATIVA****Idosas
Fibromiálgicas**

Ângela Virgínia L. P. de Almeida

Psicóloga CRP 03/17110

Especialista em Gerontologia (UCSAL)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

CARTILHA ELUCIDATIVA PARA IDOSAS FIBROMIÁLGICAS
CARTILHA PARA PACIENTES

SALVADOR
2020

CARTILHA ELUCIDATIVA PARA IDOSAS FIBROMIÁLGICAS

Cartilha para pacientes

CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Ângela Virgínia L. P. de Almeida
Psicóloga CRP03/17110
Especialista em Gerontologia (UCSAL)

DESENHO GRÁFICO DE "MARICOTINHA"

Ângelo Pinto

A presente Cartilha Elucidativa para Idosas Fibromiálgicas, é resultado junto à dissertação, para obtenção do título de mestre da aluna Ângela Virgínia L. P. de Almeida, delimitado na primeira linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador - UNIFACS.

Orientador: Prof. Dr. José Euclimar Xavier Menezes

SALVADOR
2020

Dedico essa cartilha a todas as idosas fibromiálgicas que desejam não sentir mais dor no próximo nascer do sol.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	06
O QUE É A FIBROMIALGIA	10
A ORIGEM DA FIBROMIALGIA	13
POSSÍVEIS NEXOS DA FIBROMIALGIA.....	14
MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO.....	19

CARTILHA ELUCIDATIVA PARA IDOSAS FIBROMIÁLGICAS

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento demográfico traz como característica expressiva, em todas as regiões do mundo e não apenas no Brasil, a presença de mulheres como maioria na população idosa. No Brasil 55% da população idosa são mulheres (BERZINS, 2004), existindo uma infinidade de teorias que buscam explicar o fenômeno.

Chaimowicz (1997), acrescenta que há correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. De acordo com o autor, com o aumento da expectativa de vida e o aumento do número de idosos, tornaram-se mais frequentes as doenças crônico-degenerativas e suas sequelas, o que implica em décadas de utilização dos serviços de saúde pela população acima de 60 anos.

O fenômeno específico de transversalização de gênero é denominado pelos estudiosos de feminização do envelhecimento, e está associado a projeções epidemiológicas que indicam uma considerável prevalência de dor crônica em mulheres idosas no Brasil (HAYAR et al, 2014).

Esse fenômeno tem se demonstrado global e local, chamando a atenção dos pesquisadores para os estados e municípios da federação. Essa realidade, exige dos gestores públicos adequações e maior efetividade nas políticas públicas, conforme a realidade e as demandas de cada estado e município respectivamente, com atenção às camadas mais pobres e vulneráveis do tecido social.

Nesse diapasão, sensível à questão das dores crônicas em idosas, em recorte específico às dores fibromiálgicas, é que a presente Cartilha Elucidativa

foi elaborada com o objetivo de fornecer uma maior compreensão da Fibromialgia e estímulo de autocuidado para as idosas, além de propiciar e divulgar estratégias de enfrentamento, minoração de dores e sofrimento para essas pacientes.

O presente modelo de Cartilha se inscreve como uma das representações de micropolíticas públicas, que são partes estruturantes de uma política pública maior, voltada para a saúde da mulher idosa. Fruto de pesquisas, estudos e atendimento clínico em Psicologia, foi sendo aperfeiçoado ao longo das prática de especialização na Gerontologia pela pesquisadora. Alinha-se à corrente doutrinária que defende uma abordagem policêntrica às políticas públicas, conforme ensina Leonardo Secchi (2016, p.2).

A presente Cartilha Elucidativa para Idosas Fibromiálgicas, resulta em um produto final junto à dissertação, para obtenção do título de mestre, delimitado na primeira linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador - UNIFACS, qual seja: políticas públicas e desenvolvimento, voltada para a elaboração de políticas públicas.

Enquanto ferramenta e baliza de compreensão e autocuidado para idosas fibromiálgicas, a Cartilha poderá ser utilizada em programas de assistência, atendimento e psicoeducação em rede básica de saúde ou rede particular nas regiões, estados e municípios. Corrobora a importância da psicoterapia junto às demais terapêuticas no tratamento da fibromialgia, por esta se tratar de uma síndrome que envolve questões biopsicossociais de grande relevância.

A presente Cartilha Elucidativa, busca também, fornecer subsídios e informações sobre a fibromialgia aos profissionais de saúde na área da Psicologia, que realizam atendimento psicoterapêutico para idosas fibromiálgicas em rede básica de saúde, observas as Leis vigentes, Código de Ética do Psicólogo, Resoluções do CFP, Princípios e Diretrizes do SUS.

A compreensão e a estruturação da fibromialgia em mulheres na terceira idade, que a cartilha se propõe a possibilidade de oferecer, vão para além das dores e limitações físicas, alcançam dores emocionais, que se retratam em gatilhos originais e sequenciais de grande relevância para a estruturação e possíveis nexos das dores que se retratam no corpo físico, que causam sofrimentos e limitações na qualidade de vida, atravessam o histórico de vida dessas mulheres, o ambiente em que vivem e viveram, alcançam suas perdas e tudo aquilo que será possível resgatar diante do estágio e condições biopsicossociais em que se encontram.

Não obstante, é importante registrar, que existe uma subnotificação e invisibilidade para a síndrome fibromiálgica em mulheres idosas, devido a deficiência na estrutura de saúde pública do Estado, assim como, também, na implementação de políticas públicas mais efetivas, com o devido direcionamento a essas mulheres, onde haja uma busca ativa, tratamento adequado que alcance a importância da psicoterapia, e não apenas, terapêutica medicamentosa, visando inibir o sintoma da dor, além da fiscalização. Em muitos casos de síndromes dolorosas, a justificativa da idade toma a linha de frente, e revela no imaginário popular que sentir dor é padrão de envelhecimento.

O diagnóstico para a Fibromialgia é essencialmente clínico, com base na narrativa da paciente, mulher idosa, e visão ampliada dos profissionais, não restritos a área médica. Sendo a Fibromialgia uma síndrome que envolve aspectos biopsicossociais, a mulher idosa fibromiálgica necessita ser vista e ouvida também, em suas representações e simbologia, que trazem enraizadas em suas dores, por uma equipe interdisciplinar.

As idosas fibromiálgicas podem, através da psicoterapia, conhecer as resposta e representações internas para essas dores, desenvolver estratégias de enfrentamento, assim como, sair da indiferença sobre os seus sintomas, ampliar a percepção sobre si mesmas, desenvolver o autocuidado e ressignificar assim a dor, demais sintomas e limitações que advém dessas dores.

A Psicologia tem muito a contribuir para elevar a qualidade de vida e do envelhecimento da população de idosas fibromiálgicas na Atenção Básica, quer com o acolhimento, tratamento psicoterapêutico, promoção da psicoeducação, avaliação das necessidades, encaminhamentos, pesquisas, práticas integrativas e complementares, ampliação de políticas públicas, ou demais atribuições que compete a esses profissionais. Para tanto, necessário se faz uma ação conjunta dos gestores públicos, profissionais, sociedade civil e pacientes, para que a Atenção básica possa cumprir o seu papel na Rede de Atenção à Saúde, conforme princípios e diretrizes do SUS, considerando as demandas trazidas pelas idosas, ainda excluídas e invisíveis da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A presente Cartilha Elucidativa apresentará um formato lúdico e leve, para que não propicie gatilhos de dores, assim como também, trará uma personagem, Dona Maricotinha, visando atrair a atenção das idosas e estabelecer um grau de empatia, ao tempo em que, os conhecimentos e estratégias de enfrentamento acerca da fibromialgia vão sendo passados e absorvidos, através de um "bate papo" entre comadres.

Os capítulos serão divididos em aspectos biopsicossociais, conforme estabelecido no sumário e a linguagem estará ao alcance e compreensão de todos os envolvidos.

A necessidade do cuidado às Idosas fibromiálgicas é o coração e a alma desse Cartilha. Contudo, para que esse cuidado às Idosas fibromiálgicas possa ser exercido pelos gestores públicos e profissionais da área de saúde, aqui especificamente os profissionais de Psicologia, precisa-se estabelecer novas pesquisas, aprimorar a escuta qualificada, ampliar a clínica psicológica para além dos consultórios, e ter vontade política e interesse público para que o direito à saúde seja equânime para todos, conforme está previsto nos textos legais.

Ângela Virgínia L. P. de Almeida

Psicóloga CRP03/17110
Especialista em Gerontologia (UCSAL)



Olá eu sou Maricotinha, sou idosa, tenho fibromialgia e estou me cuidando para ter qualidade de vida e um envelhecimento com mais saúde e disposição. Vou te acompanhar comadre nesse caminho, para facilitar o conhecimento e a compreensão sobre essa síndrome chamada de fibromialgia.

Venha comigo que vou lhe contar muitas coisas interessantes que vão mudar suas crenças sobre essa síndrome que faz doer o corpo e a alma.

Vou te falar também, comadre, dos mecanismos de enfrentamento que passei a desenvolver para diminuir as dores e aprender a me cuidar, conforme os ensinamentos da minha Psicóloga, Dra. Loan, que pesquisou o assunto. Venha comigo! Vou te explicar primeiro o que é essa tal de Fibromialgia.

O QUE É FIBROMIALGIA:

Imagina você acordar com aquela dor como se você tivesse tomado uma pancada e não está roxo nem nada, é isso aí! Um dia dói e passa, no outro mais um bocadinho e depois, não para mais de doer. A dor vai e volta, até que resolve ficar. Cada dia dói uma parte do corpo e assim vai. Quando eu tenho aborrecimento e fico nervosa, é aí que dói mais ainda! É assim, a Fibromialgia tira o sono e dá um cansaço danado que chama fadiga. A gente dorme e já acorda cansada. As vezes dá insônia e tontura, porque não dormiu direito.



“SEGUNDO A SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA (2011), A FIBROMIALGIA É DESCRITA COMO UMA SÍNDROME CLÍNICA QUE SE MANIFESTA PRINCIPALMENTE COM DORES NO CORPO TODO, ALÉM DE OUTRAS QUEIXAS ASSOCIADAS, TAIS COMO: FADIGA (CANSAÇO), SONO NÃO REPARADOR, INSÔNIA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE, CARACTERIZANDO DISTÚRBIOS DE HUMOR, PROBLEMAS RELACIONADOS À MEMÓRIA E CONCENTRAÇÃO, DORES DE CABEÇA, TONTURA, CONSTIPAÇÃO INTESTINAL, FORMIGAMENTO E DORMÊNCIA, SENSACÃO DAS PERNAS INQUIETAS, INSÔNIA, ENTRE OUTRAS QUEIXAS”.



Viu aí? É tudo junto e misturado comadre, mas dá para cuidar. Minha Psicóloga me disse que os estudos comprovam que as pessoas, como eu, que sofre de fibromialgia são mais sensíveis à dor, e que pode essa dor ter surgido depois de acontecimentos graves na vida da pessoa, como infecção grave, traumas de ordem física ou de ordem psicológica, perda de ente querido, violência, entre outros. É como se houvesse uma caixa de som com o volume desregulado, muito alto.

Também me disse que a fibromialgia não é igual para todas as mulheres, cada uma traz a sua subjetividade e representação da dor, conforme seu jeito de ser! E que o tipo de vida que se leva pode melhorar os sintomas ou agravar. Ou seja, eu faço exercício físico de hidroginástica, faço psicoterapia, tomo as medicações que o médico passou nos horários certos, tomo quinze minutos de sol por dia, me alimento direitinho, e evito tudo que me deixa aborrecida e me faz mal! Tudo isso alivia as minhas dores. Dormir bem, também é importante. Demorou para eu compreender, mas quando passei a me cuidar mais, as dores aliviaram muito e vi que não era só tomar remédio.

Comadre, a dor é de verdade, ela existe e pode ser vista na parte do cérebro através da ressonância magnética, mas tem muita gente que não acreditava que eu estava sentindo dor.



Meu filho mesmo disse um dia:

"Oxê Mainha, não era o ombro que estava doendo ontem, hoje é o joelho, tô acreditando nisso não!"

Ele achava que eu estava inventado, até o médico falar para ele que era a tal da Fibromialgia. Foi através de diagnóstico clínico. Respondi muitas perguntas e o médico me examinou e quando tocou em uns pontos no meu corpo, aí doeu muito. O médico também pediu antes outros exames para afastar outras doenças. Aí deu o diagnóstico de Fibromialgia.

COM AS RECENTES PESQUISAS REALIZADAS, E COM A POSSIBILIDADE DE VER A DOR EM TEMPO REAL NO CÉREBRO, ATRAVÉS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, NÃO EXISTE MAIS O QUESTIONAMENTO SE ESSA DOR É REAL OU IMAGINARIA, ELA É REAL. CONTUDO, É UMA DOR QUE NÃO APRESENTA LESÃO, MAS MESMO ASSIM, A PESSOA SENTE DOR. NÃO SE TRATA DE UMA DOR AGUDA E SIM DE UMA DOR CRÔNICA, QUE É PERCEBIDA PRINCIPALMENTE PELO AFASTAMENTO SOCIAL, ALTERAÇÕES DO SONO E CANSAÇO, PONTOS DO CORPO DOLORIDOS E EXTREMAMENTE SENSÍVEIS. EM ESTUDOS REALIZADOS, TAMBÉM É INFORMADO QUE ALGUMAS SITUAÇÕES PIORAM AS DORES, SÃO ELAS: O ESTRESSE EMOCIONAL, O FRIO (BAIXAS TEMPERATURAS), EXCESSO DE ESFORÇO FÍSICO, ALGUMA INFECÇÃO, SONO RUIM, E TRAUMAS. ACOMETE NO BRASIL CERCA DE 2% A 3% DAS PESSOAS, COM UM NÚMERO MAIS SIGNIFICATIVO EM MULHERES ENTRE 30 A 55 ANOS, EXISTINDO CASOS EM PESSOAS MAIS VELHAS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011, N.P.).

A ORIGEM DA FIBROMIALGIA:



Ainda fiquei sabendo comadre, que pouca gente sabe dessa doença e que também, pouco tem de notificação, ainda mais para nós idosas, você sabia? É como se eu e todas as idosas que têm dor de fibromialgia fosse invisível, mas quando olho no espelho, eu me vejo!

A origem é meio complicada, mas eu fiquei sabendo que alguns estudiosos trabalham na investigação da hipótese que tem a ver com alteração do controle da dor, da disfunção de neurotransmissores e disfunção neuro hormonal, e pode ser desencadeada por estresse psicológico. Por isso que faço minha psicoterapia! Melhorei muito! Diz que a Fibromialgia (FM) está ligada ao corpo e a mente, também as emoções.

É preciso, comadre, ouvir a ciência para aprender a se cuidar, viver mais e ter mais saúde! Vamos ver o que a ciência também diz?



A ETIOLOGIA E A FISIOPATOLOGIA DA FM PERMANECEM AINDA OBSCURAS. AS HIPÓTESES ATUAIS FOCALIZAM OS MECANISMOS CENTRAIS DE MODULAÇÃO E AMPLIFICAÇÃO DA DOR NA GÊNESE DA FM. TEM SIDO ACEITO UM MODELO DE FISIOPATOLOGIA, QUE INTEGRA MUITAS DAS IDEIAS PUBLICADAS E QUE SUGERE QUE O DISTÚRBO PRIMÁRIO NA FM SERIA UMA ALTERAÇÃO EM ALGUM MECANISMO CENTRAL DE CONTROLE DA DOR, O QUAL PODERIA RESULTAR DE UMA DISFUNÇÃO DE NEUROTRANSMISSORES. TAL DISFUNÇÃO NEURO-HORMONAL INCLUIRIA UMA DEFICIÊNCIA DE NEUROTRANSMISSORES INIBITÓRIOS EM NÍVEIS ESPINHAIS OU SUPRAESPINHAIS (SEROTONINA, ENCEFALINA, NOREPINEFRINA E OUTROS), OU UMA HIPERATIVIDADE DE NEUROTRANSMISSORES EXCITATÓRIOS (SUBSTÂNCIA P, GLUTAMATO, BRADICININA E OUTROS PEPTÍDEOS). POSSIVELMENTE, AINDA, AMBAS AS CONDIÇÕES PODERIAM ESTAR PRESENTES. TAIS DISFUNÇÕES PODERIAM SER GENETICAMENTE PREDETERMINADAS E DESENCADEADAS POR ALGUM ESTRESSE NÃO ESPECÍFICO COMO, POR EXEMPLO, UMA INFECÇÃO VIRAL, ESTRESSE PSICOLÓGICO OU TRAUMA FÍSICO. (HELFFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012, p.360)

POSSÍVEIS NEXOS DA FIBROMIALGIA:



Comadre, já ouviu falar nos possíveis nexos da Fibromialgia?

Pois é! Diz que a Fibromialgia é uma síndrome clínica, síndrome porque está ligada a vários sintomas que revelam possíveis nexos entrelaçados e existentes, como se fosse um vínculo, uma ligação entre situações e acontecimentos que predisõem o adoecimento aqui chamado de Fibromialgia.

Entre esses possíveis nexos estão:

- ▶ Questões ligadas a sexualidade;
- ▶ Complexos;
- ▶ O ambiente que se vive e viveu;
- ▶ A nossa história de vida;
- ▶ A herança genética que herdamos dos nossos pais e avós;
- ▶ Estresse psicológico e social;
- ▶ Traumas;
- ▶ Separação;
- ▶ Traições;
- ▶ Violências sofridas;
- ▶ Abusos;
- ▶ Estrutura da família, entre outros.



Diz que tudo isso é importante! E se estamos vivendo em locais com pessoas ou em situações tóxicas, ou seja, que causa aborrecimento e adoecimento, vamos ter mais dores. É como se tudo isso que faz mal, fosse um gatilho que vai acionar ou aumentar a dor. O contrário também é verdadeiro, ou seja, se estamos convivendo em ambientes tranquilos e seguros, com pessoas legais, as dores tendem a diminuir por ausência dos gatilhos dolorosos. Isso é muito interessante comadre! Eu que vivia brigando por tudo e cheia de dores, agora só quero paz!

Assim, é dito que a Fibromialgia é também uma doença psicossomática porque tem relação com o corpo, a mente e as emoções, não é interessante comadre? Mas diz que cada uma de nós pode sentir de um jeito, ainda que tenha coisas parecidas. Homens também podem ter, mas é menor a proporção. É mais comum nas mulheres, pode comadre? Ficou tudo que não presta para nós mulheres! Mas tem como cuidar!



Por isso que é importante a assistência psicoterapêutica para todas nós idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde. Primeiro por trazer muitos benefícios ao tratamento da fibromialgia e segundo pela ajuda, porque não temos dinheiro para pagar um tratamento psicoterapêutico particular. É muito gasto que já se tem, eu mesmo, ajudo quatro filhos e seis netos com o meu benefício, como posso ainda pagar psicóloga?



Aprendi comadre que ter uma religião é bom, cada um como gosta, mas que não existe milagre para melhorar as dores! O certo mesmo é se cuidar direitinho, eu digo até aprender a se amar, e parar de querer resolver os problemas que a filharada arranja, parar de se preocupar, entende? Deixa cada um assumir as responsabilidades de suas ações.

Eu ganhei esse *tablet* em uma rifa e estou aprendendo muita coisa pela internet, estou até me sentindo mais sabida! Diz que aprender alguma coisa nova, estudar, ver palestra, tudo isso é bom para a mente e para o corpo também.

Me lembrei para te falar uma coisa importante comadre: Com a fibromialgia, aumenta muito a questão de depressão e tristeza, também de nervosismo e ansiedade. Para algumas mulheres a depressão vem antes das dores, para mim veio com as dores. Foi muito triste me ver sem poder fazer nada que tudo doía. Fui ficando triste, irritada, tudo me aborrecia, tudo me cansava, até as coisas boas, aí dei a mão a palmatória que eu estava mesmo era também, com depressão e ansiedade. Como te falei comadre, comecei a me amar, a me cuidar e tudo foi melhorando. Agora é manter! A depressão e a ansiedade faz parte da síndrome da fibromialgia, mas como te falei, cada caso é um caso.

A fibromialgia, comadre, não tem cura. É condição clínica chamada de crônica que requer estar sempre indo ao médico ou médica e ao psicólogo ou psicóloga para cuidar, mas se cuidar direitinho, seguindo todas as orientações médicas e psicológicas, as dores até diminuem e os outros sintomas também. Mas é preciso mudar o estilo de vida e adotar uma vida mais saudável e se amar, se amar muito!

Diz que tudo que deixa a gente feliz, alegre e faz se sentir bem, diminui as dores, então, é ocupar a mente com coisa boa e evitar coisa ruim. É o que eu fiz! É assim que estou aqui para contar minha história de superação. Não quero lembrar de nada de ruim que já aconteceu e que me fez mal, só lembro do que é bom e me fez feliz!



Lembra que eu te falei dos mecanismos de enfrentamento que passei a desenvolver para diminuir as dores e aprender a me cuidar? Vou te falar tudinho aqui da minha experiência que pode te ajudar. Mas, também, vou te falar do que é bom evitar, para não piorar as dores. Vamos lá? Vou começar...

Eu sou Maricotinha, estou superando a fibromialgia e com a ajuda médica, psicológica e de toda equipe de saúde, desenvolvi os seguintes mecanismos de enfrentamento, nome bonito que formulei junto com minha psicóloga, através do Plano Terapêutico Singular, ou seja, um plano individualizado para mim. Colocamos os fatores de risco - sou cardíaca e diabética, e os fatores de proteção - sou disciplinada, participo de um grupo de idosas, tenho uma filha que me ajuda, tenho fé em Deus e quero me melhorar.



Vou colocar aqui, os mecanismos de enfrentamento de forma ampla, para você comadre e para todas as idosas com fibromialgia que eu possa ajudar. Veja o que você pode fazer e o que você pode evitar.

Veja Vamos lá? Segue então:

MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO:

1. Visitar regularmente o médico ou médica;
2. Fique atenta se há antecedentes familiares com fibromialgia;
3. Tomar a medicação orientada regularmente, obedecendo os horários e critérios médicos;
4. Frequentar regularmente as sessões semanais de psicoterapia;
5. Fazer atividade física regular (caminhadas; hidroginástica; alongamentos);

22. Buscar se integrar ou dar continuidade ao seu grupo religioso, conforme sua preferência;
23. Evitar dormir de dia para regularizar o sono por toda noite, mas é importante o descanso durante o dia, caso seja necessário;
24. Evitar banhos frios, pois podem vir a ser gatilhos de dor. Dar preferência a banhos mornos;
25. Evitar ambientes frios, ar condicionado, ventiladores fortes. A temperatura muito fria pode vir a ser gatilho de dores;
26. Evitar ficar por muito tempo de pé ou sentada, sempre que possível se movimentar;
27. Evitar carregar peso. O excesso de peso, na maioria das vezes é gatilho de dor, assim como, os movimentos repetitivos e de compressão;
28. Dar preferência a tomar banho em horários até as 17h. Até esse horário os registros de conforto são maiores para as paciente, devido à temperatura e esforço físico, que na terceira idade sempre gera cansaço em sua grande maioria, devido a fibromialgia, podendo vir a ser gatilho de dor;
29. Evitar excesso de noticiários negativos, em sua grande maioria são geradores de emoções de medo, raiva e repugnância, podendo vir a ser gatilhos de dor;
30. Dar preferência a programas e noticiários estruturantes e que elevem a qualidade de vida;
31. Evitar ambientes e pessoas nocivas ou desequilibrantes;



34. Dedique um tempo para realizar atividades que você gosta e que lhe dão prazer;
35. Cuidar de plantas é muito estruturante, assim como, estar em contato com a natureza;
36. Busque respirar e relaxar diante de uma situação difícil ou negativa. Caso seja necessário converse com você mesma e se apoie;
37. Se conforte com momentos de automassagem, além de fazer muito bem e ser prazeroso, diminui dores;
38. Compressas de água quente nos locais doloridos são bastante confortáveis e auxiliam a diminuir as dores;
39. Diante de nervosismo e ansiedade, alguns chás calmante são muito bons;
40. A acupuntura, a fisioterapia, o Tai chi, o Reiki, a loga, a meditação, visualização criativa, técnicas de respiração, e outras técnicas alternativas e complementares, têm se mostrado muito benéficas no tratamento da fibromialgia, associada a outras terapêuticas;
41. Tenha sempre atenção a sua postura;
42. Tenha atenção à necessidade de redução de peso e evite a obesidade;
43. Evite o sono de má qualidade;
44. Evite o excesso de esforço físico, mesmo com as atividades domésticas;
45. Evite lesões;
46. Evite movimentos repetitivos;
47. Evite posturas inadequadas;
48. Evite temperaturas frias;



49. Evite pessoas e locais barulhentos, confusos e estressantes, podem vir a ser gatilhos para dores;
50. Espreguiçar-se ao acordar, como uma espécie de alongamento, girando as mãos, os pés é muito bom para evitar dores, além de trazer mais segurança para o caminhar e mobilidade ao se levantar da cama;
51. Busque sempre ao se vestir estar sentada na cama ou apoiada, visando assim, evitar quedas;
52. Caso venha a viajar, estabeleça estratégias para minorar ou evitar dores. O fato de levar muito tempo sentada, local onde você se hospedará, onde dormirá, as pessoas com as quais você vai passar os dias, podem vir a ser agentes ou gatilhos de dor. Dialogue, fale do que lhe traz mal estar e amplifica suas dores (gatilhos), e certifique-se com a ajuda de todos, que a viagem só lhe trará benefícios;
53. Outros problemas de saúde física, psicológica ou social, podem vir a amplificar (aumentar) suas dores, visite sempre os profissionais de saúde regularmente, caso seja necessário;
54. Busque e favoreça a paz interior e exterior;
55. Foque nas coisas boas;
56. Exercite a flexibilidade diante de você e da vida;
57. Viva mais com humor e alegria;
58. Brique mais e ame mais;
59. Se valorize todos os dias e não deixe ninguém lhe desvalorizar;
60. Continue aprendendo sobre a fibromialgia e seja feliz!



Então, Comadre, vou ficando por aqui porque meu dia é cheio. Ainda vou para hidroginástica, para meu grupo de terceira idade e fazer meus bolos para vender no Mercado de Seu Antônio, esse dinheiro me ajuda muito a pagar as medicações que preciso tomar.

Até mais, Comadre! Fique bem!
Força na peruca! Vai dar tudo certo!
Beijos, Maricotinha!

E nunca se esqueça:
**A FELICIDADE SÓ DEPENDE DA FORMA
QUE A GENTE VÊ A VIDA.**



**CARTILHA ELUCIDATIVA PARA IDOSAS
FIBROMIÁLGICAS**

Ângela Virgínia L. P. de Almeida
Psicóloga CRP03/17110
Especialista em Gerontologia (UCSAL)
angelaloan@hotmail.com

APÊNDICE B – PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR



UNIFACS
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES™

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

P

T

PLANO TERAPÊUTICO **SINGULAR**

Idosas Fibromiálgicas

S

Ângela Virgínia L. P. de Almeida
Psicóloga CRP 03/17110
Especialista em Gerontologia (UCSAL)

I



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR
PARA IDOSAS FIBROMIÁLGICAS

SALVADOR
2020

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA IDOSAS FIBROMIÁLGICAS

CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Ângela Virgínia L. P. de Almeida
Psicóloga CRP03/17110
Especialista em Gerontologia (UCSAL)

O presente Plano Terapêutico Singular para Idosas Fibromiálgicas é resultado junto à dissertação, para obtenção do título de mestre da aluna Ângela Virgínia L. P. de Almeida, delimitado na primeira linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador - UNIFACS.

Orientador: Prof. Dr. José Euclimar Xavier Menezes

SALVADOR
2020

APRESENTAÇÃO

O presente modelo de Plano Terapêutico Singular (PTS), objetiva fornecer subsídios aos profissionais de saúde na área da Psicologia, para o atendimento psicoterapêutico singular para idosas portadoras de fibromialgia, em rede básica de saúde, observas as Leis vigentes, Código de ética do Psicólogo, Resoluções do CFP, Princípios e Diretrizes do SUS.

O PTS, se configura como sendo:

[...] um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, fruto da discussão de uma equipe coletiva e interdisciplinar, com apoio matricial caso necessário e pode ser para um sujeito ou coletivo. O termo Projeto Terapêutico Singular foi escolhido em vez de projeto terapêutico individual, por sinalizar que o projeto pode ser para famílias, grupos e não necessariamente apenas para um sujeito (BRASIL, 2007)

O presente modelo se inscreve como uma das representações de micropolíticas públicas, que são partes estruturantes de uma política pública maior, voltada para a saúde da mulher idosa. Fruto de pesquisas, estudos e atendimento clínico em Psicologia, foi sendo aperfeiçoado ao longo das prática de especialização na Gerontologia pela pesquisadora. Alinha-se à corrente doutrinária que defende uma abordagem policêntrica às políticas públicas, conforme ensina Leonardo Secchi (2016, p.2).

A formulação do presente modelo de Plano Terapêutico Singular (PTS), junto a uma Cartilha Elucidativa para Idosas Fibromiálgicas, resulta em um produto final junto à dissertação, para obtenção do título de mestre, delimitado na primeira linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, qual seja: políticas públicas e desenvolvimento, voltada para a elaboração de políticas públicas.

Enquanto ferramenta e baliza para o atendimento psicoterapêutico, o Plano Terapêutico Singular, poderá ser utilizado em programas de atendimento em rede básica de saúde ou rede particular nas regiões, estados e municípios. Corrobora a importância da psicoterapia junto às demais terapêuticas no tratamento da fibromialgia, por esta se tratar de uma síndrome que envolve questões biopsicossociais de grande relevância.

É imprescindível a quebra e ressignificação do paradigma biomédico, que diz ser “a fibromialgia uma condição clínica que demanda controle dos sintomas”, para uma nova abordagem de cuidado e entendimento de que a fibromialgia precisa ser compreendida e não controlada e que sua condição clínica é biopsicossocial.

Sendo assim, é imprescindível o entendimento por parte da paciente idosa fibromiálgica, em tornar-se sujeito ativo do seu tratamento psicoterápico, e compreender questões conscientes e inconscientes da estruturação, manutenção e agravo das dores fibromiálgicas que experimenta através da fibromialgia.

O Plano Terapêutico Singular, enquanto um instrumento balizador e facilitador de prestação de serviço psicoterapêutico de qualidade, propiciará ao profissional (de Psicologia ou Psicanálise) e a paciente, em ação conjunta, o alcance da subjetividade, individualidade e representações simbólicas que a fibromialgia causa.

A realidade apresentada através do PTS, poderá vir a ser dialogada e articulada com outros profissionais, respeitados os limites éticos e legais. Sendo visto como um Projeto Terapêutico Singular, deverá ser implementado em ação conjunta com o profissional de Psicologia ou Psicanálise, a paciente (mulher idosa fibromiálgica), e demais profissionais da rede básica de saúde, alcançadas etapas importantes, tais como: acolhimento humanizado; diagnóstico: avaliação orgânica, psicológica e social; definição de objetivos, metas e submetas; divisão de responsabilidades; formulação, revisão ou ampliação do PTS, caso necessário.

O PTS 1 deverá vir a ser aperfeiçoado e/ou ampliado, após ser construído cuidadosamente, conforme necessidades percebidas pelo profissional de Psicologia, junto a sua paciente. Deverão ser ainda observados e anotados os fatores de risco e os fatores de proteção, balizas essenciais para o tratamento. As estratégias iniciais são: 1. Acolhimento humanizado, 2. escuta qualificada da queixa; 3. elaboração da demanda; 4. encaminhamento inicial; 5. estratégias de continuidade; 6. emergência (ameaça imediata para a vida da paciente) e urgência (ameaça em um futuro próximo, que pode vir a se tornar uma emergência se não for solucionada na vida da paciente), 7. orientações e recomendações;

8. exercícios psicoterapêuticos para casa; 9. plano de ação de continuidade, integrado à equipe de saúde; 10. resultados esperados a médio e longo prazo com a psicoterapia; 11. finalização da sessão e reafirmação do vínculo profissional. Esse primeiro momento será chamado de PTS 1.

Não obstante, caso venha a ser estabelecida mudança do profissional de Psicologia ou Psicanálise no atendimento à idosa fibromiálgica, o profissional de psicologia que iniciará o tratamento psicoterapêutico, construirá o Plano Terapêutico Singular (PTS 2) em conjunto com a paciente, com a observância do PTS 1, para que não haja quebra de continuidade do tratamento e abandono e desmotivação por parte da paciente. Através dos PTS ali configurados e arquivados, será possível uma visão ampla e integral do profissional e da paciente sobre as estratégias terapêuticas e psicoterapêuticas que já foram implementadas e dialogadas, assim como, as que estão sendo continuadas, ou ainda as que foram abandonadas.

Poderá o profissional de Psicologia, caso seja necessário, realizar busca de informações sobre a paciente com demais profissionais da rede ou com familiares e na falta desses, com pessoas próximas, respeitados os limites profissionais e éticos. O objetivo em perceber a idosa fibromiálgica de modo integral, enquanto seus aspectos biopsicossociais, é de fundamental importância, assim como a sua historicidade.

Acrescenta-se a importância quanto a necessidade da educação continuada e do aprimoramento do profissional de Psicologia, para o atendimento às idosas fibromiálgicas. Esse público traz especificidades quanto ao gênero e quanto à idade e requer do profissional a ampliação e a mudança de paradigmas cristalizados e reforçados pela sociedade. Apropriar-se dos conhecimentos Gerontológicos, compreender o fenômeno transversal de feminização do envelhecimento, e entender a fibromialgia e seus possíveis nexos na representação biopsicossocial, é de grande relevância para a concretude de uma saúde integral e a prestação de uma psicoterapia eficiente e humana.

Ângela Virgínia L. P. de Almeida

Psicóloga CRP03/17110
Especialista em Gerontologia (UCSAL)

1. OBJETIVO DO PLANO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS)

Fornecer subsídios aos profissionais de saúde na área da Psicologia, para o atendimento psicoterapêutico singular para idosas portadoras de fibromialgia, em rede básica de saúde, observas as Leis vigentes, Código de ética do Psicólogo, Resoluções do CFP, Princípios e Diretrizes do SUS.

2. PÚBLICO ALVO CONTEMPLADO

O público alvo que o presente Plano Terapêutico Singular (PTS) alcança, são as mulheres idosas que sofrem com a síndrome da fibromialgia.

3. PROFISSIONAIS DESTINADOS AO USO DO PLANO

Profissionais de Psicologia e Psicanálise

4. REDE DE DESTINO

Rede Básica de Saúde Pública, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com possibilidades de adequação para a rede particular de Saúde.

5. MISSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PTS

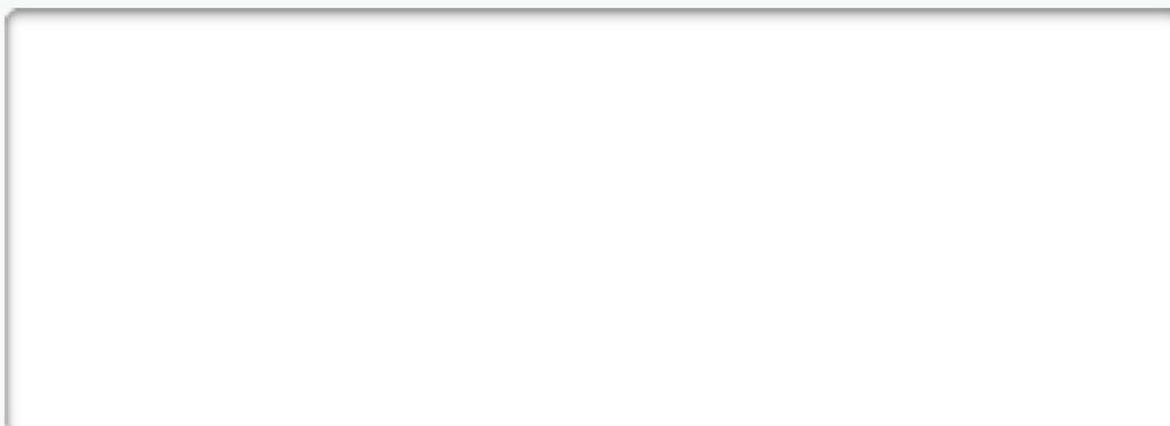
Inscrito enquanto uma das representações de micropolíticas públicas, que faz parte estruturante de uma política pública maior voltada para a saúde da mulher idosa, o presente PTS, tem a missão de balizar o atendimento psicoterapêutico de idosas fibromiálgicas na rede básica de saúde, articular saberes em equipe interdisciplinar, facilitar a compreensão sobre a fibromialgia e estratégias de intervenção, assim com, elevar a qualidade de vida e minorar as dores que limitam e reduzem consideravelmente a qualidade de vida e o envelhecimento desse público feminino.

DESENVOLVIMENTO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR PARA IDOSAS FIBROMIÁLGICAS

▶ ACOLHIMENTO HUMANIZADO/RELATO DE CASO



▶ FATORES DE RISCO



▶ FATORES DE PROTEÇÃO



▶ **ESCU TA QUALIFICADA DA QUEIXA**

A large, empty rectangular box with a thin grey border, intended for notes or a diagram related to the 'ESCU TA QUALIFICADA DA QUEIXA' step.

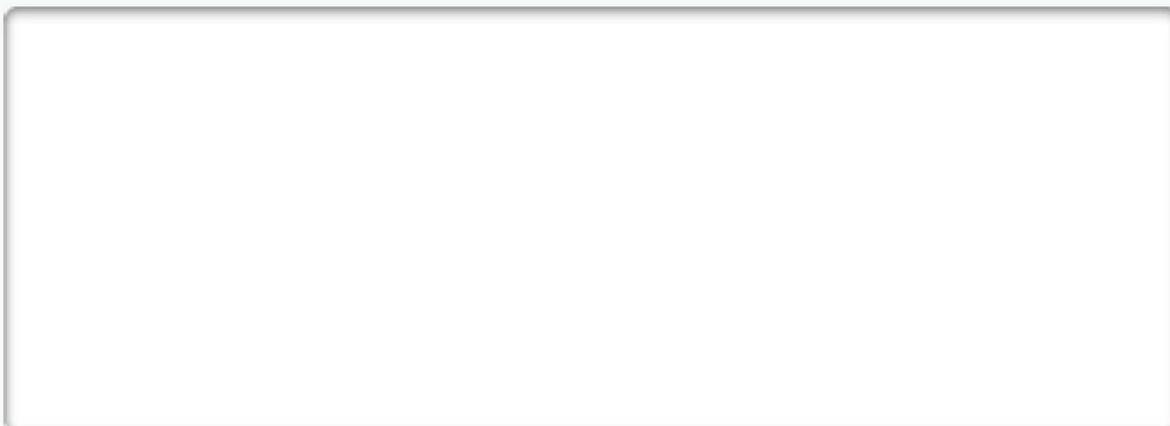
▶ **ELABORAÇÃO DA DEMANDA**

A large, empty rectangular box with a thin grey border, intended for notes or a diagram related to the 'ELABORAÇÃO DA DEMANDA' step.

▶ **ENCAMINHAMENTO INICIAL**

A large, empty rectangular box with a thin grey border, intended for notes or a diagram related to the 'ENCAMINHAMENTO INICIAL' step.

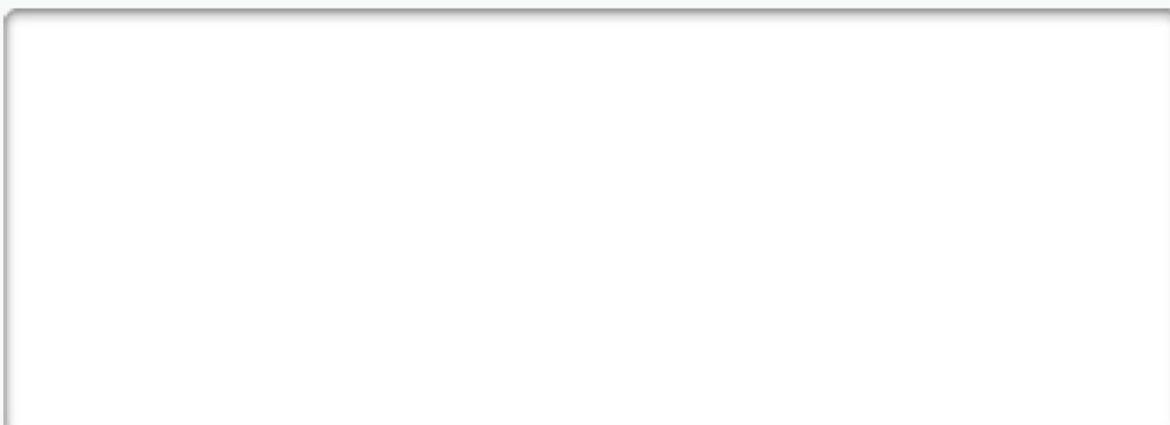
▶ **ESTRATÉGIAS DE CONTINUIDADE**



▶ **EMERGÊNCIA E URGÊNCIA**



▶ **ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES**



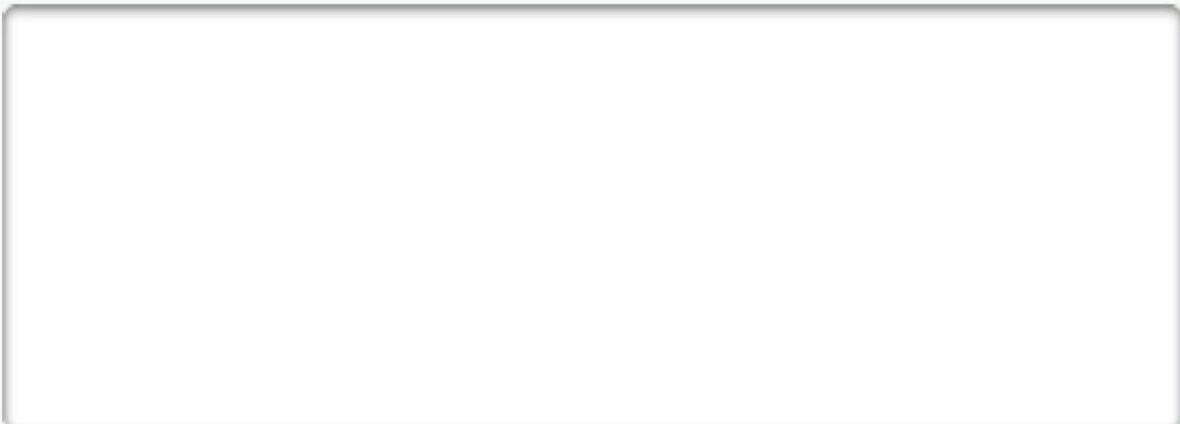
▶ **EXERCÍCIOS PSICOTERAPÊUTICOS PARA CASA**



▶ **PLANO DE AÇÃO DE CONTINUIDADE, INTEGRADO À EQUIPE DE SAÚDE**



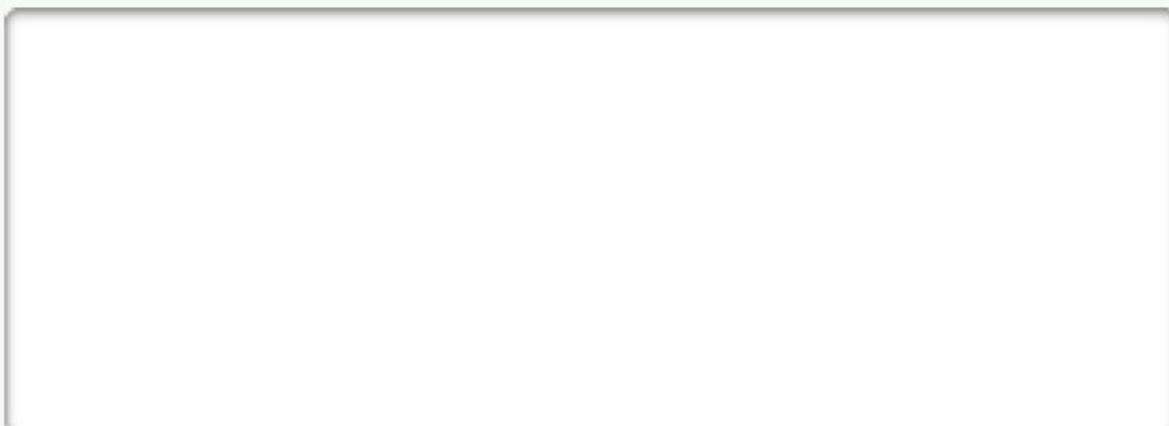
▶ **RESULTADOS ESPERADOS A MÉDIO E LONGO PRAZO COM A PSICOTERAPIA**



▶ **FINALIZAÇÃO DA SESSÃO E REAFIRMAÇÃO DO VÍNCULO
PROFISSIONAL**



▶ **OBSERVAÇÕES FINAIS**



**PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR
PARA IDOSAS FIBROMIÁLGICAS**

Ângela Virgínia L. P. de Almeida
Psicóloga CRP03/17110
Especialista em Gerontologia (UCSAL)
angelaloan@hotmail.com