



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I- CAMPINA GRANDE-PB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

MARIA UDIJAÍRA FERNANDES DE MEDEIROS

**CUIDAR DA SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS:
desafio para profissionais em formação em Saúde
Mental no município de Campina Grande - PB.**

CAMPINA GRANDE – PB
2013

MARIA UDIJAÍRA FERNANDES DE MEDEIROS

**CUIDAR DA SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS:
desafio para profissionais em formação em Saúde
Mental no município de Campina Grande - PB.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização **em Saúde Mental e Atenção Psicossocial** da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Mércia M^a Paiva Gaudêncio

CAMPINA GRANDE – PB
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M488c Medeiros, Maria Udijaíra Fernandes de
Cuidar da saúde mental dos idosos [manuscrito] : desafio para
profissionais em formação em Saúde Mental no município de
Campina Grande-PB / Maria Udijaíra Fernandes de Medeiros. -
2013.
79 p.

Digitado.
Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.
"Orientação: Profa. Ma. Mércia Maria Paiva Gaudêncio,
Departamento de Enfermagem".

1. Assistência de Enfermagem. 2. Saúde do Idoso. 3. Saúde
Mental. 4. Saúde Pública. I. Título.

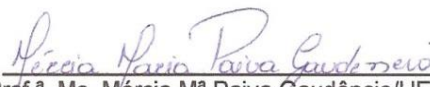
21. ed. CDD 362.6

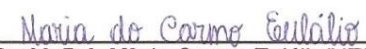
MARIA UDIJAÍRA FERNANDES DE MEDEIROS

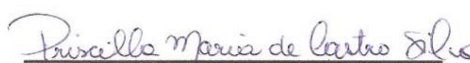
CUIDAR DA SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS: DESAFIO PARA PROFISSIONAIS EM
FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

Aprovado em 06 de Dezembro de 2013.

Comissão Examinadora


Prof.^a. Ms. Mércia Mª Paiva Gaudêncio/UEPB
Orientadora


Prof.^a. Dr.^a. Mª do Carmo Eulálio/UEPB
Examinadora


Prof.^a Ms. Priscilla Mª de Castro Silva/UFCCG
Examinadora

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Doraci e Juvenal, ao meu esposo Marciênio e minha filha Gabriela, aos colegas de turma e aos professores pela dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Jadcely Vieira, coordenadora do curso de Especialização, por seu empenho.

À professora Ms. Mércia M^a Paiva Gaudêncio pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

A minha mãe Doraci Fernandes da Rocha, a minha filha Gabriela F. Medeiros, aos meus irmãos e sobrinhos, pela compreensão por minha ausência nas reuniões familiares.

Ao meu pai Juvenal Gomes da Rocha (*in memoriam*), as minhas avós, Severina Rocha e M^a das Mercês (*in memoriam*), em especial a minha irmã Udiagra (*in memoriam*) embora fisicamente ausente, sentia suas presenças ao meu lado, dando-me força.

Aos professores do Curso de Especialização da UEPB, em especial, que contribuíram ao longo de trinta meses, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos funcionários da UEPB, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata.
Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido:
vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda
Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas.
(NISE DA SILVEIRA).

RESUMO

Diferente das demais épocas históricas, o século XX se caracterizou por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento do tempo de vida da população como o fato mais significativo no âmbito da saúde pública mundial. Em consonância com o conceito de qualidade de vida do idoso, é que nos propusemos a OBJETIVO GERAL investigar, entre os profissionais de enfermagem que estão em formação em Saúde Mental, como os mesmos concebem as necessidades psíquicas dos idosos e a respectiva assistência prestada a esta parcela da população. ESPECÍFICOS: Conhecer a concepção dos estudantes do curso de especialização, acerca da saúde mental na terceira idade; Identificar estratégias adotadas pelos estudantes do curso de especialização em Saúde Mental, para atender as necessidades psíquicas dos idosos; Descrever os parâmetros, que os estudantes do curso de especialização. Este é um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório. Percebemos através desta amostra que a enfermagem apresenta-se em sua assistência além do biológico, do modelo biomédico, medicamentoso, patológico. Outra questão levantada pelos entrevistados foi o estigma do envelhecer.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem. Idoso. Saúde Mental. Necessidades Psíquicas.

A B S T R A C T

Different from the other historical eras, the 20th century was characterised by profound and radical changes, including an increase in the lifespan of the population as the most significant fact in the context of global public health. In line with the concept of quality of life of the elderly, is that we set the GENERAL GOAL investigate, among the nursing professionals who are in training in Mental health, how they conceive the needs of seniors and their psychological assistance provided to this portion of the population. Specific: Meet the students ' conception of the specialization course on mental health in old age; Identify strategies adopted by the students of the course of specialization in Mental health, to meet the psychological needs of the elderly; Describe the parameters, to specialization students. This is a qualitative study, descriptive and exploratory character. We realize through this sample nursing.

KEYWORDS: Nursing Care. Elderly. Mental Health. Psychic needs.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Caracterização da amostra.....	26
-------------------	--------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
FIP	Faculdades Integradas de Patos
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
PIAE	Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	3
2.REFERENCIAL TEÒRICO.....	16
2.1.Apreciações sobre as Políticas Públicas de saúde para idosos	16
2.2. Apreciações sobre a saúde mental na atenção básica.....	16
2.3. Apreciações sobre as alterações fisiológicas e as necessidades psicossociais do envelhecimento.....	17
2.4. Apreciações sobre a necessidade de novos modelos de atenção ao idoso.	19
2.7 Apreciações sobre a importância da formação de profissionais em Geriatria e Gerontologia.	20
2.8 Apreciações sobre o significado do cuidado na Enfermagem.....	20
3.METODOLOGIA.....	22
3.1Tipos de pesquisa.....	22
3.2Local da pesquisa.....	22
3.3População e Amostra.....	23
3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	24
3.5. Procedimentos de Coleta de dados.....	24
3.6. Procedimentos analíticos.....	25
3.7. Considerações Éticas.....	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	27
4.2. ANÁLISES DOS DISCURSOS.....	27
4.1.1Categoria I: Trabalhar com saúde mental do idoso é “muito difícil”.....	28
4.1.2.Categoria II: A terceira idade é uma “idade sensível”	29
4.1.3.Categoria III: Trabalhar com saúde mental do idoso exige “atenção e prioridade”	30
4.1.4.Categoria IV: Não tenho muito conhecimento.....	30
4.1.5.Categoria V: Promover a saúde mental	30
4.1.5.1Categoria I: O cuidar	31
4.1.5.2.Categoria II: O não reconhecimento.....	31
4.1.5.3Categoria III: Reinserção.....	32
4.1.5.4.Categoria IV: Perdas.....	32
4.1.5.5.Categoria V: Atenção e compreensão	33
4.1.5.6.Categoria VI: A depressão, ansiedade e família.....	34
4.1.5.7.Categoria VII – Carência.....	34

4.1.6.Categoria I: Carinho, amor.....	34
4.1.6.1.Categoria II: A integralidade.....	35
4.1.6.2.Categoria III: Nenhuma e oficinas.....	36
4.1.6.3.Categoria IV: Comunicação.....	37
4.1.6.4.Categoria V: Programas do governo e escuta.....	37
4.1.6.5.Categoria VI: Intersetorialidade.....	38
4.1.7.Categoria I: Independência.....	38
4.1.7.1..Categoria II: Autonomia e equilíbrio.....	39
4.1.7.2Categoria III: Aceitação da idade.....	40
4.1.7.3Categoria IV: Lado positivo versus negativo.....	41
4.1.7.4.Categoria V: Problemas neurológicos.....	42
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES.....	46
APÊNDICE A.....	48
APÊNDICE B.....	49
APÊNDICE C.....	50
ANEXOS.....	50
ANEXO A.....	50
ANEXO B.....	56

1. INTRODUÇÃO

Diferente das demais épocas históricas, 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 do século 20, numa profunda revolução da demografia e da saúde pública. Tal revolução formula para os especialistas, homens públicos e coletividades um dos maiores desafios 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).

Versa-se de um fenômeno simultaneamente global e local, com uma equação demográfica simples: quanto menor o número de jovens, maior o número de adultos atingindo a terceira idade, mais rápido é o envelhecimento da população como um todo (CAMARANO, 1999).

Desde os anos de 1960 que a taxa de crescimento da população brasileira vem experimentando paulatinos declínios, intensificando-se juntamente com as quedas mais pronunciadas da fecundidade. No período 1950-2008, a taxa de crescimento da população recuou de 3,04% ao ano para 1,05%. Projeções estatísticas apontam que em 2050 a taxa de crescimento cairá para 0,291%, o que representa que a população brasileira é estimada em 215,3 milhões de habitantes. Segundo as projeções, o país apresentará um baixo potencial de crescimento populacional até 2039, quando se espera que a população atinja o chamado “crescimento zero” (IBGE, 2008).

Os especialistas observam que nos países em desenvolvimento já está ocorrendo um envelhecimento populacional acelerado, com um incremento da população idosa proporcional aos países desenvolvidos (OPS, 1994). Segundo dados divulgados pelo IBGE em setembro de 2002, o Brasil é um país que contará com um número significativo de idosos nos próximos 20 anos, ou seja, a população idosa poderá ultrapassar 30 milhões de pessoas, o que representa aproximadamente 13% da população em geral.

Paim e Almeida Filho (2000) sublinham que a "nova ordem mundial", que se instaurou na década de 1980, inspirada no neoliberalismo, fragilizou os esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Razão pela qual se destaca como estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, a compreensão do processo saúde/doença. Este processo/conceito passa a ser pensado de forma ampla, segundo as realidades locais, comunitária e familiar e contemplando o entendimento integral do homem em suas dimensões individual, familiar e coletiva (VERAS; CALDAS, 2004).

O entendimento do processo saúde/doença se estende as diferentes faixas-etárias do ciclo evolutivo, entre as quais destacamos aquela que compreende os indivíduos idosos. O envelhecimento passa a ser investigado a partir de diferentes perspectivas e não mais é desprezada a influência dos fatores físicos, sociais, econômicos e psicológicos, como constitutivos das ideias acerca de bem-estar e qualidade de vida.

Com o intuito de favorecer a ideia de qualidade de vida para idosos, ocorre no Brasil mais um avanço. Em dezembro de 1999, o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política relacionada à saúde do idoso, propõe a “Política Nacional de Saúde do Idoso”. Uma vez aprovada, o então ministro determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades estabelecidas no texto da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999).

Considerando as repercussões que uma nova política de saúde pode produzir, seja no campo das práticas ou no campo teórico, observamos, empiricamente, que a maioria dos estudos acerca do idoso se limita a investigar questões atinentes à seguridade social e a assistência à saúde física. Sendo esquecida ou ficando em segundo plano as questões relativas à subjetividade e a percepção que o idoso tem de si mesmo e da comunidade na qual está inserido.

Entendemos que as questões relativas à subjetividade podem funcionar como fatores de risco para o comprometimento da qualidade de vida da pessoa idosa, e que são tão relevantes quanto às doenças orgânicas múltiplas e a pobreza.

Julgamos que os estudos desenvolvidos nesta perspectiva podem colaborar para que sejam implantadas ações que melhorem a assistência aos idosos, em particular no campo da saúde mental.

Como uma das possíveis respostas para estas reflexões, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decidiu enfatizar na avaliação da qualidade de vida dos idosos, as questões psicológicas. Tal dimensão é definida pela OMS (2005) como:

“Uma percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais,

suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente”.

Em consonância com o conceito de qualidade de vida, é que objetivamos a investigar, entre os profissionais de enfermagem que estão em formação em Saúde Mental, como os mesmos concebem as necessidades psíquicas dos idosos e a respectiva assistência prestada a esta parcela da população. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Conhecer a concepção dos estudantes do curso de especialização, acerca da saúde mental na terceira idade; Identificar estratégias adotadas pelos estudantes do curso de especialização em Saúde Mental, para atender as necessidades psíquicas dos idosos; Descrever os parâmetros, que os estudantes do curso de especialização. Investigar, entre os profissionais de enfermagem que estão em formação em Saúde Mental, como os mesmos concebem as necessidades psíquicas dos idosos e a respectiva assistência prestada a esta parcela da população.

Enfatizamos que as opiniões, e entendimentos dos cuidadores profissionais são de suma importância para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas equipes de saúde, pois além de expressarem visões específicas acerca do processo saúde/doença e dos processos de trabalho, favorecem a assistência prestada aos idosos e ao crescimento dos profissionais, ações que repercutem nos cuidados em Saúde Mental.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Apreciações sobre as Políticas Públicas de saúde para idosos

As políticas públicas voltadas para a população idosa tiveram como marco inicial de sua trajetória, a Constituição Federal de 1988, que introduziu o conceito de seguridade social. Por sua vez, este conceito produziu modificações no enfoque das redes de proteção social, até então estritamente assistencialista, passaram a ter uma conotação voltada para o exercício da cidadania.

Refletindo acerca dos ganhos e reconhecimento da cidadania da pessoa idosa, não podemos deixar de destacar que em 1990, por meio do Decreto Federal nº 98.963, o Presidente da República assegura a gratuidade nos transportes coletivos urbanos para a pessoa com mais de 65 anos de idade.

A Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (Lei 8.842 - Anexo A), é entendida como um instrumento de cidadania, pois vem assegurar direitos sociais, objetivando garantir a autonomia, a integração e participação efetiva das pessoas a partir de 60 anos de idade em todos os âmbitos da vida em sociedade.

São apontadas como exemplares as políticas públicas para idosos implantadas em alguns países, como a Dinamarca, a Itália e a França, nos quais, destacamos, não existe o incentivo para criação de lares para idosos, pois as políticas sócias senis são focadas no amparo da família. Já na Grécia, o apoio estatal resume-se ao pagamento da pensão da velhice (MARQUES; MEDEIROS, 2010).

2.2 Apreciações sobre a saúde mental na atenção básica

Inicialmente recordamos que a Atenção Básica se constitui como um dos níveis de assistência à saúde que se propõe a prestar cuidados primários, de origem pública, a indivíduos e famílias de uma comunidade (STANHOPE, 2004).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), antiga nomenclatura do Programa de Saúde da Família (PSF), é considerada a porta de entrada na atenção básica e uma das principais ferramentas de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo assistencial proposto pela constituição de 1988 necessita, para sua efetivação, de práticas assistenciais pautadas em valores como a solidariedade e cidadania (BRASIL, 1988).

Objetivando contemplar as habilidades exigidas dos profissionais para trabalhar com idosos, bem como as atividades desenvolvidas pelos sujeitos do nosso estudo, quais sejam os enfermeiros que atuam na ESF, apresentamos, abaixo, uma relação das habilidades e atribuições dos profissionais que trabalham diretamente com idosos:

❖ **Habilidades requeridas dos médicos e dos enfermeiros:**

- Ensinar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a administração de medicamentos em casa, a utilização de tratamento sintomático e a detecção de sinais e/ou sintomas que requeiram retorno imediato à unidade de saúde;
- Aconselhar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a alimentação apropriada à pessoa idosa doente e sobre quando retornar à unidade de saúde;
- Identificar grupos específicos e traçar estratégias para a redução de danos no idoso com deficiência física ou mental, com desnutrição e vítima de violência intrafamiliar.

❖ **Habilidades específicas do enfermeiro:**

- Programar visitas domiciliares ao idoso em situação de risco ou pertencente a grupos de risco e por solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Realizar assistência domiciliar da pessoa idosa quando as condições clínicas e familiares da mesma não o permitirem ou assim o exigirem;
- Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem visando ao desempenho de suas funções na atenção integral à pessoa idosa. (Silvestre; Neto, 2003).

O processo de trabalho das equipes da ESF inicia-se pelo mapeamento da área territorial onde esta situada a Unidade Básica de Saúde, através da identificação das principais lideranças da comunidade e do cadastrando das famílias em um formulário denominado de “Ficha A” do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB). Nesta ficha existe um espaço para que o informante declare as doenças de que ele e seu grupo familiar padecem, incluindo às doenças mentais.

As ações de saúde mental na ESF têm por objetivo primordial prevenir a incidência e/ou incluir o portador de transtorno mental – jovem ou idoso - na comunidade e reabilitá-lo na perspectiva psicossocial.

2. 3 Apreciações sobre as alterações fisiológicas e as necessidades psicossociais do envelhecimento

Os idosos experimentam alterações fisiológicas ditas normais na visão, na audição, no tempo de reação; diminuição da amplitude dos movimentos e da flexibilidade, força, reflexos; tendência à incontinência urinária; comprometimento da memória e prevalência de doenças crônicas. Estas alterações nem sempre constituem processos patológicos em si, mas torna os idosos mais vulneráveis a algumas condições clínicas e doenças comuns (POTTER, 2009).

Em função da problemática em estudo é importante dedicarmos atenção às necessidades humanas básicas, cuja formulação teórica é atribuída a Maslow (1935). Segundo este autor as necessidades humanas básicas são hierarquizadas em cinco níveis de prioridades e designam as prioridades nos cuidados de saúde, em especial as prioridades nos cuidados de enfermagem.

O primeiro nível diz respeito às necessidades fisiológicas. O segundo inclui as de segurança e seguridade e envolvem aspectos físicos e psicológicos. O terceiro nível se manifesta através das necessidades de amor e posse, incluindo amizade, relações sociais e amor sexual. O quarto aponta para as necessidades de estima e autoestima, que envolve a percepção de utilidade, autoconfiança e autovalorização. O último nível das necessidades básicas é uma referencia aos desejos de autorrealização, de alcançar o ápice da capacidade de resolver problemas (POTTER, 2009).

Neste contexto verificamos que as denominadas necessidades psicossociais abrigam diversas alterações que ocorrem durante o envelhecimento e que envolvem transições da vida e as perdas.

Dentre as necessidades psicossociais apresentadas por alguns idosos, destaca-se o isolamento social, o prejuízo cognitivo ou estresse relacionado com aposentadoria que, frequentemente, é associado à passividade e exclusão. A capacidade de a pessoa idosa viver de modo independente, morando ou não com os familiares, é outra importante necessidade, na medida em que a moradia e o ambiente tem um impacto importante na saúde dos idosos. Idéias acerca da aproximação da morte, motivadas, em alguns casos, pela morte do conjuge, são fatores drásticos que afetam a vida dos idosos e que, frequentemente, atinge mais as mulheres. Outro importante grupo de necessidades diz respeito às modificações na expressão da sexualidade, em particular no tocante a frequência das relações sexuais. Mesmo se considerando a ocorrência de uma diminuição da libido, não pode ser esquecido que as necessidades de amor, calor, troca e toque, não diminuem com o avançar da idade, uma vez que estas necessidades não se modificam com o passar dos anos.

Algumas intervenções são importantes para a manutenção da saúde psicossocial dos idosos: como a comunicação terapêutica, toque, orientação para a realidade, terapia de

validação, reminiscência e intervenções para melhorar a imagem corporal (POTTER, 2009).

2.4. Apreciações sobre a necessidade de novos modelos de atenção ao idoso.

Assim, no final da década de 1980, quando se intensifica o movimento de valorização do idoso em decorrência das análises demográficas acerca do envelhecimento populacional, muitos profissionais nas áreas da saúde e das ciências humanas e sociais tomaram como ponto de partida a marcante obra de Simone de Beauvoir (1970), intitulada “A velhice”, e, no âmbito nacional, os eloquentes trabalhos de Eneida Haddad, “A ideologia da velhice” (1986), e de Ecléa Bosí, “Lembranças de velhos” (1987).

Estas autoras discutem as relações entre o envelhecimento, à perda do valor social e o avanço do capitalismo, que findaram por transformar o idoso em um “elemento descartável”, na medida em que foi supervalorizada a capacidade produtiva em detrimento de outras dimensões do humano (VERAS; CALDAS, 2004).

A partir de então os profissionais que focalizam o envelhecimento como: objeto de trabalho e de construção do saber. Batalham para resgatar o valor social do idoso. Tal resgate passa, inevitavelmente, por assegurar a cidadania plena.

Em abril de 2002, na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, foi aprovado o “Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento” (PIAE). Este documento foi referendado por todos os países membros das Nações Unidas e representa, portanto, um compromisso internacional em resposta ao rápido envelhecimento da população mundial. Destacamos que o PIAE define três áreas prioritárias de intervenção: 1) como inserir o envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento; 2) a importância singular e global da saúde; e 3) como desenvolver políticas de meio-ambiente (tanto físico quanto social) que atendam às necessidades de indivíduos e sociedades que envelhecem.

As ações acima propostas exigem a adoção de um novo modelo de atenção aos idosos, que tenha como imperativos éticos a participação e a solidariedade, articulados à ciência e a vida cotidiana. Segundo Serrano (2002), este novo paradigma compreenderia um modelo de desenvolvimento que leva em conta: a saúde como eixo das políticas públicas, uma atitude de cuidado na relação com a natureza, o compromisso com a participação social de todos, compreendendo a construção dos sujeitos-cidadãos, o resgate do lazer e das manifestações da espiritualidade; a inserção da perspectiva da promoção da saúde como prioritária e a integração das diferentes práticas culturais.

Para edificar este novo referencial é necessário garantir a cidadania para todos, inclusive para aqueles que a tiveram e perderam. É nesta perspectiva que se pode resgatar o ser idoso como valor para a sociedade (VERAS; CALDAS, 2004).

Porém, o contexto atual ainda não favorece plenamente a adoção deste modelo de atenção. Constata-se a baixa prioridade conferida aos idosos, mesmo que sejam reconhecidos avanços nas políticas públicas (assistenciais, previdenciárias, de ciência e tecnologia), evidencia-se uma percepção inadequada das necessidades específicas dos idosos. Para atender as recomendações propostas se faz necessário desenvolver modelos de atenção à saúde do idoso que superem as práticas tradicionais, pois o atendimento que habitualmente lhes tem sido oferecido restringe-se, na melhor das hipóteses, ao tratamento clínico de doenças específicas.

Veras e Camargo (1995) afirmam que, dentre as instituições públicas, a universidade é, no momento, a melhor equipada para responder as necessidades dos idosos, uma vez que existe uma gama de pesquisadores que podem por meio de investigações científicas remontarem, uma forma de atenção à saúde do idoso, diferente das práticas tradicionais.

2.7 Apreciações sobre a importância da formação de profissionais em Geriatria e Gerontologia.

Existe uma importância na formação em Medicina geriátrica ou Geriatria, dentro deste contexto desta pesquisa por ser o ramo da medicina que foca o estudo, a prevenção e o tratamento de doenças e da incapacidade em idades avançadas. O termo deve ser distinto de gerontologia, que é o estudo do envelhecimento em si. De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (VERAS; CALDAS, 2004).

Atualmente existem várias Universidades no Brasil que trabalham a capacitação de recursos humanos, aprimoramento e atualização profissional, estágios para estudantes de graduação e treinamento para cuidadores de idosos. Estas instituições priorizam a produção de conhecimento e também estão voltadas para os pesquisadores e estudantes de cursos de pós-graduação (VERAS; CALDAS, 2004).

2.8 Apreciações sobre o significado do cuidado na Enfermagem

Cuidar é um fenômeno universal que influencia as maneiras pelas quais as pessoas pensam, sentem e comportam-se com relação umas às outras. Desde Florence ¹Nightingale os enfermeiros têm estudado o cuidado a partir de uma variedade de perspectivas filosóficas e éticas.

Alguns estudiosos da Enfermagem desenvolveram teorias sobre o cuidado devido à sua importância para a prática da enfermagem. Dentre as várias dimensões nas quais o cuidado pode se manifestar, ressaltamos que para a Enfermagem o cuidado é uma obrigação moral. Através do cuidado de outros seres humanos, a dignidade humana é protegida, aumentada e preservada (POTTER, 2009).

É interessante perceber que a Enfermagem Gerontológica destaca-se num processo específico baseado na compreensão de parâmetros físicos, emocionais e de ordem social. Dessa forma, a avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio com os quais possa contar. A Enfermagem inserida numa equipe interdisciplinar deve assistir o idoso de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais (CAMACHO, 2002).

¹ **Florence Nightingale** (1820 -1910) foi uma enfermeira britânica. Sua contribuição na Enfermagem, sendo pioneira na utilização do Modelo biomédico, baseando-se na medicina praticada pelos médicos.

2 METODOLOGIA

A descrição da metodologia é importante para compreensão de uma pesquisa, porque é através dela que planejamos os recursos que serão utilizados na construção do trabalho científico. Através da metodologia é definido o tipo de pesquisa, o local de realização da mesma, a população e a amostra, a coleta, a análise e a apresentação dos resultados. A partir de então passamos a apresentar os caminhos que percorremos para realização deste estudo.

3.1 Tipo de pesquisa

Este é um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, mas trabalha a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995). Gil (1999) afirma que a pesquisa exploratória é um trabalho que envolve levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Campina Grande, PB; em instituições onde funcionam cursos de Especialização em Saúde Mental. Trabalhamos com duas Universidades, uma pública e outra privada, respectivamente: a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campus I e a Faculdades Integradas de Patos (FIP). Estas instituições foram escolhidas por congregarem um razoável número de profissionais de enfermagem que trabalham na Atenção Básica, estando em contato com as demandas de saúde de pessoas em várias faixas etárias, dentre as quais os maiores de 60 anos.

Sobre a UEPB, informamos que foi fundada em 11 de outubro, de 1987. Pelo então Governador, da Paraíba, Tarcísio de Miranda Buriti. Anteriormente denominada de Universidade Regional do Nordeste, passa por um processo de estadualização e a partir de então se transforma em Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sendo reconhecida pelo Conselho Federal de Educação em 1996.

A UEPB possui sede em Campina Grande e outros campi nas cidades de Lagoa Seca, Guarabira e Catolé do Rocha. Em 2006 foram inaugurados campi da UEPB em Monteiro, Patos e João Pessoa. Diversos cursos de especialização são oferecidos por esta instituição, entre eles o curso de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, associado ao Departamento de Psicologia. Neste curso são ministradas as seguintes disciplinas: A loucura na história e história das Reformas Psiquiátricas; Saúde Pública e o SUS – Histórico, projeto, processo e implantação da Reforma Sanitária Brasileira; Psicopatologia Geral; Serviços Residenciais Terapêuticos; A Saúde Mental do Idoso; Planejamento e Gestão em Saúde. Organização e Funcionamento da Rede de Cuidados em Saúde Mental; Seminários integrados de Pesquisa I; Cuidado em Saúde Mental: a equipe e a família; Saúde Mental na Atenção Básica: uma rede de base territorial e comunitária; O cuidado em saúde mental: o uso racional dos fármacos e o manejo das crises (reabilitação e emergência); Desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica: a questão do trabalho. No momento em que realizamos a presente pesquisa na UEPB existia apenas uma turma de Especialização em Saúde Mental.

Ao contextualizarmos a FIP verificamos que a história desta instituição se confunde com a de sua mantenedora, a Fundação Francisco Mascarenhas (FFM). Em 1964, o Sr. José Gomes Alves fundou a primeira escola de ensino superior de Patos, a FFM. A mesma é uma entidade jurídica, com finalidade educacional, com sede e foro na cidade de Patos, Estado da Paraíba. Foi reconhecida de utilidade pública em 1973. Em seguida criou a faculdade de Filosofia que hoje abriga a FIP. Esta instituição possui uma filial em Campina Grande, que oferece apenas cursos de especialização. Quando da coleta de dados esta instituição estava acontecendo um único curso de especialização em Saúde mental Os conteúdos temáticos ministrados são: Saúde Mental e Doença Mental: conceitos e perspectivas históricas; Política Nacional de Saúde Mental no Brasil: Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização; Atenção Básica e Saúde Mental no Brasil; Saúde Mental e Inclusão Social: família e sociedade; Ética, Saúde Mental e Direitos Humanos; Psicopatologia Geral: as funções mentais e seus distúrbios; Psicopatologia Especial: as grandes síndromes psiquiátricas; Dependência Química e Saúde Mental; Planejamento e Abordagens Terapêuticas em Saúde Mental; Metodologia da Pesquisa Científica; Psicofarmacologia aplicada à Saúde Mental e Seminários; perfazendo uma carga horária de 360 horas.

3.3 População e Amostra

A população investigada foi constituída por enfermeiros que estavam cursando especializações em Saúde Mental, em instituições de ensino localizadas na cidade de Campina Grande, PB.

A amostra foi delimitada por conveniência e composta por 16 enfermeiros e acadêmicos de enfermagem. Os acadêmicos já cursavam o último período da graduação, o qual, é um critério estabelecido pelas instituições de ensino para serem aceitos em cursos de especialização.

A **amostragem de conveniência**, como o nome indica, é constituída pelos elementos da população que estão disponíveis quando da coleta de dados, ou seja, é empregada quando se deseja obter informações de maneira rápida. Salientamos que este tipo de amostra é frequentemente utilizado em pesquisas exploratórias (KINNEAR; TAYLOR, 1979).

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos:

- 1) Questionário sócio demográfico (Apêndice B)
- 2) Roteiro de entrevista estruturada (Apêndice C)

Para garantir a confiabilidade dos instrumentos, foi realizado o teste piloto nos cursos de Especialização com participantes da pesquisa. Este teste comprovou a operacionalidade do instrumento, o que possibilitou a sua aplicação à população investigada.

3.5. Procedimentos de Coleta de dados

Antecedendo a coleta de dados os colaboradores foram esclarecidos acerca dos seus direitos, sendo assegurado o anonimato e o sigilo de seu depoimento. Também garantiremos que o fato de não aceitar participar do trabalho não implicará em prejuízo. Após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o informante respondeu ao questionário sócio - demográfico e a entrevista, que foi áudio-gravada, com duração em média de 10 minutos. A qual não foi estipulada pelo pesquisador e sim ao acaso.

A identificação dos participantes deste estudo foi feita através de consulta aos cadastros de matrícula dos cursos de especialização e por informações colhidas através das secretárias dos cursos. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas individualmente durante visitas da pesquisadora aos estabelecimentos de ensino.

3.6. Procedimentos analíticos

Para análise dos dados qualitativos, realizamos a transcrição integral das entrevistas e, em seguida, a leitura exaustiva e flutuantes das mesmas. A segunda etapa consistiu na categorização dos dados, em acordo com os procedimentos recomendados para análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Segundo este autor a análise de conteúdo que consiste em agrupar, codificar e analisar os recortes significativos para o estudo a partir dos sentidos que se manifestam na fala dos sujeitos. E, por último os discursos foram categorizados e os resultados são apresentados a seguir.

3.7. Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética, onde obteve o parecer favorável segundo a CAAE: 0626.0.133.000-10, visto que envolve seres humanos. Seu desenvolvimento foi norteado a partir das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

As informações da pesquisa (identificação das pesquisadoras, objetivo do estudo, relevância, metodologia) foram elucidadas aos participantes, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), a fim de explicar, aos indivíduos, em linguagem acessível à voluntariedade de sua participação, o direito de desistir a qualquer momento, de colaborar na pesquisa, sem risco de penalidade ou de quaisquer prejuízos pessoais, profissionais ou financeiros. Foi assegurado aos participantes o anonimato quando da publicação dos resultados e o sigilo de dados confidenciais.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Tabela 1 - Caracterização da amostra

CARACTERÍSTICAS	N	%
GÊNERO		
Feminino	13	81,25%
Masculino	3	18,75%
IDADE		
(min-máx.)	(25 a 45)	
LOCAL DE TRABALHO		
Centro de saúde	1	
ESF	3	
CAPS (Centro de atenção psicossocial)	1	
Gestor em saúde	1	
Hospital	1	
Docente substituto UEPB	1	
Estudantes	8	
PROFISSÃO		
Enfermeiros	14	
Concluente de enfermagem	2	
QUAL INSTITUIÇÃO DO CURSO		
FIP	6	37,5%
UEPB	10	62,5%
PÓS- GRADUAÇÃO		
Saúde Pública	2	
Enfermagem do trabalho	1	
Saúde da família	3	
Vigilância epidemiológica	1	

Mestrando em saúde pública 1

RELIGIÃO

Católico	10	62,5 %
Evangélico	4	25%
Nenhum	2	12,5%

TEMPO DE FORMADO

(min.- máx.) (2 – 20anos)

PONTO DE EXCLUSÃO DA NÃO PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Ausência do aluno na instituição de ensino no momento da pesquisa.

4.2 ANÁLISES DO MATERIAL EMPÍRICO

Através das análises dos discursos obtidas através das entrevistas que realizamos com os enfermeiros que cursavam especializações em Saúde Mental, compilamos elementos que nos permitiram compreender como os mesmos percebem as necessidades psíquicas dos idosos.

Inicialmente observamos que quando os profissionais que participaram das entrevistas foram estimulados a falarem sobre suas concepções acerca da Saúde Mental na terceira idade, emergiram cinco categorias discursivas:

I – Trabalhar com saúde mental do idoso é “muito difícil”;

II - A terceira idade é uma “idade sensível”;

III - Trabalhar saúde mental do idoso exige “atenção e prioridade”;

IV - “Não tenho muito conhecimento”;

V - É necessário “promover a saúde mental”.

4.1.1 Categoria I: Trabalhar com saúde mental do idoso é “muito difícil”

Para compreender os sentidos implícitos nesta categoria colocamos em destaque a seguinte fala:

“Terceira idade é muito difícil, [...] dentro da psiquiatria. O que eles mais reclamam, assim, é a falta da família [...] eu passei por um CAPS [...] fui lá só observar... existe uma interação, uma integração família e a sociedade” (ENFERMEIRO 1, 45 ANOS).

A entrevistada compreende a saúde mental na terceira idade como algo muito “difícil” de lidar. A assistência de enfermagem promove uma integração com o social. O que favorece a melhoria nesta assistência prestada, em relação ao período anterior a reforma

psiquiátrica que era um cenário de isolamento e abandono total (GARRIDO; MENEZES, 2002).

4.1.2 Categoria II: A terceira idade é uma “idade sensível”

Observamos, através da declaração de um dos entrevistados, o que é nomeado como “idade sensível”.

“Ele [idoso] tá numa idade mais sensível, comprometimento das funções físicas, mentais, né? É importante [...] ter sua saúde mental conservada pra não perder sua autonomia” (ENFERMEIRO 2, 24 ANOS).

Depreende-se que a concepção deste entrevistado acerca da saúde mental do idoso, esta associada à manutenção da autonomia e das funções mentais e físicas.

Em outro fragmento de discurso podemos observar as mesmas ideias acerca do envelhecimento como “idade sensível”:

“A saúde mental na terceira idade é muito... (pausa)... é uma questão assim de muita sensibilidade. Então é uma área que requer maior atenção. [...] É você começar a depender dos outros para fazer algumas atividades. Então acho que vai ter sofrimento pela dependência” (ENFERMEIRO 3, 29 ANOS).

Há semelhança das concepções anteriormente anunciadas, esta entrevistada também resume seus conceitos do envelhecimento como uma idade muito frágil e que requer cuidado, principalmente quando existe algum grau de dependência. É possível inferir que a entrevistada associa a dependência relativa à locomoção a vivência de sofrimento mental, em decorrência do sentimento de limitação.

Prosseguindo com a análise, destacamos o seguinte trecho de um dos discursos:

“Há um grande número de idosos que desenvolve problema de transtorno mental, [...] mais há uma dificuldade de identificar porque muitos profissionais acreditam que isso é uma perda orgânica. Eu percebo na minha prática que é difícil identificar, é difícil que se sensibilize em cuidar desses idosos” (ENFERMEIRA 5, 26 ANOS).

A concepção desta entrevistada acerca da saúde mental dos idosos prioriza aspectos atinentes à subjetividade. Observamos que a mesma destaca que entre os profissionais predomina a percepção dos aspectos biológicos do envelhecimento, porém revela uma preocupação com os aspectos psíquicos dos idosos. Destaca que parte das “dificuldades” são

determinadas por fatores culturais e pela predominante percepção dos aspectos físicos e biológicos.

4.1.3 Categoria III: Trabalhar com saúde mental do idoso exige “atenção e prioridade”

Para compreender os sentidos atribuídos a “atenção” e “prioridade”, vejamos a declaração desta entrevistada:

“Ela [população idosa] requer um pouco mais de atenção, tanto na parte dos profissionais, como a população em geral e os familiares” (ENFERMEIRA 3, 30 ANOS).

A concepção desta cuidadora é que a saúde mental envolve os profissionais, a comunidade e a família. Na contribuição de uma melhor atenção ao idoso. De acordo com o estatuto do idoso art. 3º (2003) É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

“É uma idade considerada, uma população de risco, para o adoecimento mental, pelas mudanças de vida. Às vezes acontece o isolamento social, ele vai precisar de uma atenção maior [...] para evitar o risco de depressão”. (ENFERMEIRA 2, 25 ANOS).

As concepções sobre a saúde mental do idoso, na fala da entrevistada se voltam a limitações físicas e de convivência social, para evitar patologias como a depressão. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1999).

“Ela deve ser tratada com prioridade devido ao desgaste do próprio tempo, da idade que causa as degenerações do organismo de qualquer pessoa. No caso o mal de Alzheimer, as doenças neurológicas e as doenças psíquicas” (ENFERMEIRO 6, 33 ANOS).

O entrevistado tem a concepção de saúde mental focada na prevenção de patologias que segundo ele, é inerente a terceira idade. E por isto deve ser vista com prioridade. Neste

sentido, o idoso é mais susceptível a alterações funcionais e anatômicas que ocorrem naturalmente no organismo com o decorrer do tempo o que caracteriza a senescência; e a alterações produzidas pelas várias doenças que podem acometê-lo o que caracteriza a senilidade. Por tais motivos é fundamental estar atento para identificar e monitorizar os vários estados correlacionados com a morbimortalidade (POTTER, 2009).

4.1.4 Categoria IV: Não tenho muito conhecimento

“Eu não tenho muito conhecimento em atender a saúde mental com idoso, agente no CAPS atende mais adultos. Mas acredito que vai ser as mesmas ações” (ENFERMEIRA 1, 30 ANOS).

A entrevistada não tem uma compreensão de saúde mental voltada aos idosos, mas acredita ser igual aos dos usuários adultos. Sendo entendido aqui que o CAPS (Centro de atenção psicossocial) é um serviço especializado que pode oferecer suporte a atenção básica (que contempla o programa saúde do idoso na estratégia saúde da família) dentro da saúde mental, através das equipes matriciais (BRASIL, 2002).

4.1.5 Categoria V: Promover a saúde mental

“Quando a gente atende em saúde mental, a gente quer realmente atender a saúde mental do idoso e não só procurar a doença mental [...]”. Eu acho que a gente tem que promover a saúde mental na terceira idade (ENFERMEIRO 4, 29 ANOS).

A concepção de saúde mental está imbuída na função do profissional trabalhar na promoção da saúde mental do idoso através da prevenção e enfatizando os pontos positivos do envelhecer. Promover a saúde é fundamental e está arraigado a um trabalho que deve ser desenvolvido em nível de atenção básica (POTTER, 2009).

A partir da segunda pergunta norteadora: “Você poderia falar sobre a sua compreensão acerca das necessidades psíquicas dos idosos”. Emergiram sete categorias: **I – “O cuidar”, II - “O não reconhecimento”, III - “Reinserção”, IV – “Perdas”, V – “Atenção e compreensão”, VI – “A depressão, ansiedade e família”, VII – Carência”**.

4.1.5.1 Categoria I: O cuidar

“A gente deixa de ser um pouco profissional para atender estas necessidades familiares [...] então minhas concepções é o cuidar da alimentação, orientar o cuidado clínico porque além deles terem o transtorno mental eles são debilitados”(ENFERMEIRO 1, 30, ANOS).

O entrevistado tem sua compreensão em relação às necessidades voltadas aos cuidados físicos do idoso. Os cuidados de Enfermagem de um cliente são definidos como:

"É o Cuidado individualizado visando resgatar os aspectos que se encontram encobertos pela patologia. É um dos trabalhos mais sublime dentre todas as profissões, pois somos todos em qualquer momento da vida um cliente em potencial. É uma ação que produz o cuidado através de uma interação frequente com o cliente, respeitando seu direito de questionar este cuidado e opinar em relação ao mesmo. É também qualquer ação de enfermagem que visa o bem estar e a saúde. Cuidar implica em várias atividades técnicas e informativas ao cliente e a família, é implementar ações de enfermagem para o atendimento à todas as necessidades deste e seus familiares. É contribuir para que o cliente recupere o seu equilíbrio, a sua homeostasia”(POTTER, 2009).

Categoria II: O não reconhecimento

“(Silêncio), acho que as necessidades psíquicas giram em torno de tudo que está a sua volta. O idoso tem muito assim, experiência de vida, pra todo mundo. Tem sempre o sofrimento das pessoas não reconhecerem o que eles podem dar pra gente” (ENFERMEIRA 3, 29 ANOS).

A entrevistada concorda que ele tem as necessidades psíquicas, mas que também tem muito a contribuir ao que indica na fala, com as experiências de vida. Infelizmente na contemporaneidade nos deparamos com conceitos pejorativos sobre o idoso como: inútil, mas o estatuto do idoso pune juridicamente tais discriminações explícitas socialmente através de maus tratos e desprezo da família ou outros cuidadores envolvidos (GARRIDO; MENEZES, 2002).

4.1.5.2 Categoria III: Reinserção

“[...] Pelo que eu atendo o maior problema com os idosos é esta questão de ser escanteado pela sociedade e da família. E aí a necessidade dos idosos é de reinserção, voltar a ser inserido na sociedade” (ENFERMEIRA 4, 29 ANOS).

A entrevistada compreende que dentre as necessidades psíquicas do idoso destaca-se a necessidade de reinseri-lo no convívio social e familiar. O idoso queixa-se de solidão e isto pode ajudá-lo. É uma opinião que é compartilhada com o colega anterior (ENFERMEIRO3) em relação à valorização socialmente do idoso.

4.1.5.3 Categoria IV: Perdas

“Eu compreendo que, muitas das nossas necessidades surgem a partir das perdas, e o idoso perde muito, às vezes perde o esposo, a esposa, os amigos os pais, os filhos, o ambiente de trabalho, financeiramente, de ser escutado e respeitado socialmente” (ENFERMEIRA 5, 26 ANOS).

A entrevistada tem sua compreensão em relação às necessidades voltada à regressão do idoso por que ele vai perdendo a qualidade de vida no econômico, pessoal e social. O que leva a necessidade de suporte porque perder acarreta no sofrimento.

4.1.5.4 Categoria V: Atenção e compreensão

“(Silêncio)”. [...] Ele vai precisar de uma atenção da família. E os serviços de saúde básica, que tem lá, o atendimento ao diabético ao hipertenso. Ele não é só as necessidades físicas, ele precisa também desta parte da atenção psíquica. (ENFERMEIRA 2, 25 ANOS).

A entrevistada tem sua compreensão que as necessidades existem e devem ser atendidas dentro de uma interação serviço de saúde e família voltada ao cuidar: físico, mental e social na senescência: a atenção básica e família, prevenindo doenças mentais através dos cuidados com a medicação em relação a sua dependência ao não isolamento. E que seja visto que o não cuidado físico repercute muitas vezes em uma alteração psíquica (FERNANDES; SECLLEN, 2004).

O próximo recorte de fala sugere que:

“(Parou um pouco e riu)”. Eles precisam de uma atenção grande porque é a partir daí que se começa o isolamento social, né. Devido aos distúrbios que vão acontecendo, então tem que ter toda uma atenção especial da família dos serviços de saúde para poder compreender as fases da velhice, né “(ENFERMEIRO 6, 33 ANOS)”.

O entrevistado tem sua compreensão em relação às necessidades voltadas ao entendimento dos cuidadores sobre a terceira idade, o isolamento social, e as patologias físicas do idoso. Este conceito foi discutido na fala e parágrafo anteriormente a esse.

4.1.5.5 Categoria VI: A depressão, ansiedade e família

“você quer dizer como? sobre a compreensão é? [...] O idoso, entra muito em depressão e ele tem um quadro de ansiedade muito grande (silêncio)” (ENFERMEIRA 1, 45 ANOS).

A entrevistada tem sua compreensão em relação às necessidades voltadas ao abandono da família e à depressão. Esta última palavra é repetida no discurso abaixo:

“Necessitam sim, de ter as suas necessidades psíquicas assistidas né, na atenção básica, noutros níveis de saúde. É, por exemplo, questão da ansiedade, depressão” (ENFERMEIRA 2, 24 ANOS).

A entrevistada compreende que às necessidades psíquicas dos idosos está relacionada à necessidade do trabalho, em conjunto dos diferentes níveis de saúde, e o tratamento em casa com a família. É a inserção social é o ajuda-lo a encontrar o significado funcional dentro deste (social), enquanto cidadão (POTTER, 2009).

4.1.5.6 Categoria VII – Carência

“(Silêncio). Eu acho, assim, que tem muito haver com a carência, a carência afetiva, que muitas vezes eles são abandonados, pelos próprios familiares né. Nesses abrigos e asilos” (ENFERMEIRA 3, 38 ANOS).

A entrevistada acha que as necessidades dos idosos pautam-se na carência familiar do mesmo. O abandono familiar é uma das piores causas do declínio mental do idoso encontrados em alguns asilos (CAMACHO, 2002).

Foi diante da terceira pergunta norteadora: Quais são as estratégias adotadas por você, no serviço de saúde, para atender as necessidades dos idosos. Que surgiram seis categorias: **I – “Carinho, amor”, II - “A integralidade”, III - “Nenhuma e oficinas”, IV – “Comunicação”, V – “Programas do governo e escuta”, VI – “Atenção e compreensão”.**

4.1.6 Categoria I: Carinho, amor.

“Carinho, amor (silêncio)” (ENFERMEIRA 1, 45 ANOS).

As estratégias adotadas pela entrevistada é tentar suprir o carinho, amor e outros sentimentos não proporcionados por familiares. “Prestar cuidados é um desafio cotidiano, é a arte de cuidar com muito amor, ajuda, compreensão, dedicação e presença contribuindo para o desenvolvimento da ciência. É a lembrança permanente que o cliente não é apenas problema/doença" (POTTER, 2009).

4.1.6.1 Categoria II: A integralidade

“Terapia comunitária, grupos de idosos, caminhadas, arte, o trabalho educacional, alimentação, interação com os demais, trabalho integral com a sociedade, com os outros profissionais, [...] ter direito a sua autonomia, receber seus bens, se comportar como tal” (ENFERMEIRO 2, 24 ANOS).

As estratégias adotadas pelo entrevistado seriam de forma holística para com o idoso envolvendo todas as necessidades físicas, mentais e incentivá-lo a continuar a valer a sua cidadania perante o social e a família. O que implica afirmar é que o discurso do entrevistado complementa através de exemplos o que estava implícito nas falas e discussões anteriores contidas neste trabalho.

O entrevistado subsequente nos apresenta a ideia de que os primórdios do cuidar da pessoa idosa estão na ESF (Estratégia Saúde da Família):

“o acolhimento, é o principal [...]. E acho que uma assistência assim, tem que ser mais integral da parte do governo. eu acho que tá na atenção básica de saúde, estas estratégias [...]” (ENFERMEIRO 3, 38 ANOS).

A ESF contempla uma série de programas a serem trabalhados pela equipe de saúde que a compõem junto à comunidade. Dentre eles (programas) está o do idoso com os objetivos gerais em promover saúde e prevenir as doenças, por meio de ações sugeridas pelo Ministério da saúde através de cadernos enviados a estes serviços de saúde e os profissionais adaptam a cada realidade local (FERNANDES; SECLLEN, 2009).

4.1.6.2 Categoria III: Nenhuma e oficinas

“Ainda não tenho nenhuma. Eles participam hoje das oficinas que são direcionadas aos usuários adultos [...]” (ENFERMEIRA 1, 30 ANOS).

Neste serviço ainda não existe estratégias para o público idoso. Não existiu um tempo para este planejamento.

Segundo Oliveira; Junior (2013): Nise da Silveira e Osório César concernem à utilização de recursos artísticos como possibilidade de uma proposta terapêutica ampla, voltada primordialmente para a reabilitação psicossocial dos indivíduos em sofrimento psíquico. Em consonância com a Lei Paulo Delgado, 10.216/2001, que enfatiza a utilização de meios de tratamento alternativos e menos invasivos e, sobretudo, que não desvinculem os sujeitos de seu meio familiar e social, buscando assim romper com a lógica manicomial, centrada no tratamento meramente medicamentoso, e buscando a promoção da reinserção social.

4.1.6.3 Categoria IV: Comunicação

“As estratégias de procurar auxiliar, de falar de forma clara e estabelecer esta comunicação que ele se sinta compreendido” (ENFERMEIRA 2, 25 ANOS).

A compreensão da entrevistada é de não isolar o paciente idoso, escutá-lo, orientá-lo e auxiliá-lo no autocuidado, compreendendo suas limitações.

A fala da cuidadora abaixo nos diz que:

“[...] Nós fazemos o que manda os programas do Ministério da Saúde, como para diabetes, [...] como eu trabalho na ESF, agente chega a conversar com eles, em geral eles querem usar como desabafo na ESF. A gente tenta implantar o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). [...] Então como ela não está todos os dias a psicóloga, às vezes ela dá umas orientações de como a gente deve proceder e até quando eu não posso fazer coisa alguma encaminhando pra ela” (ENFERMEIRA 3, 29 ANOS).

Então as estratégias da entrevistada na ESF (Estratégia de Saúde da Família) são os programas do Ministério da Saúde na Atenção Básica para atender as necessidades do idoso. E a articulação com outros serviços do município, quando ela (entrevistada) cita a psicóloga, que não é um profissional que compõem a equipe da ESF.

A fala seguinte, expressa da mesma forma, articulações com outros serviços disponíveis no município.

“Na ESF, por mim a gente tenta escutar, eu o que posso dar ao idoso é a escuta e ai tentar dá alguma demanda aquela escuta, tentar inserir ele nos grupos: de idosos, hipertensos, no grupo onde ele pode se encaixar, no grupo de atividade física, nos grupos da psicóloga da terapeuta, pra eles irem tentando se inserir. Pedimos ajuda também ao assistente social” [...] (ENFERMEIRA 4, 29 ANOS).

Neste serviço as estratégias não surgem apenas da enfermagem, mas tenta ver um pouco da questão psíquica do paciente idoso com o auxílio do psicólogo e do assistente social e demais colegas de trabalho. E percebe-se na fala que a entrevistada valoriza a especialização em saúde mental como instrumento de sensibilização na atuação profissional na atenção básica.

4.1.6.4 Categoria V: Programas do governo e escuta

“Nós temos grupo do Hiperdia, mas o grupo de idosos que agente conseguiu formar em uma das unidades, a gente faz uma escuta, dinâmica de integração. [...] A gente buscou agora um início de oficina de bijuterias” (ENFERMEIRA 5, 26 ANOS).

As estratégias adotadas pela entrevistada é enfatizar o quão a pessoa é importante. E dentro do social desta produção trazendo de volta questões da produtividade dentro de oficinas.

4.1.6.5 Categoria VI: Intersetorialidade

“Atendimento dentro do serviço de saúde, dentro da questão do NASF. Um trabalho [...] com a intersetorialidade, com o assistente social, [...] convênios com academia, é hidroginástica, caminhadas e fisioterapia. além de informes de comunicação como no rádio de prevenção a acidentes dentro das residências” (ENFERMEIRO 6, 33 ANOS).

As ações são muito voltadas para um trabalho educativo em prevenir alterações físicas patológicas e acidentes domésticos. São algumas propostas do programa saúde do idoso do Ministério da Saúde na ESF.

Com a análise da quarta pergunta: Fale o que para você é uma pessoa idosa psiquicamente saudável! E o que é um idoso psiquicamente doente? Emergiram cinco categorias: **I – “Independência”, II - “Autonomia e equilíbrio”, III - “Aceitação da idade”, IV – “Lado positivo versus negativo”, V –“Problemas neurológicos”.**

4.1.7 Categoria I: Independência

“(Risada... “eu não entendi” e foi lida novamente a pergunta). Eu acredito que a pessoa psiquicamente saudável é aquela [...] que não é impossibilitada, por nenhuma doença mental de fazer suas necessidades: tanto físicas como mental. Por exemplo, aquela que faz sua atividade física sozinha sem depender de ninguém. E a psiquicamente doente é aquela que pela idade, pelo transtorno, são podados para realizar suas atividades” (ENFERMEIRA 1, 30 ANOS).

Concepção entre idoso saudável e doente psiquicamente, relaciona-se com a idade e com o transtorno que a acomete (pessoa) impossibilitando-a ou não para realizar ações físicas e gozar de certa independência em relação ao outro. Que podemos resumir em autonomia do sujeito. Está é a concepção do princípio ético da autonomia para o idoso; e o respeito à autonomia na assistência de Enfermagem ao idoso (POTTER, 2009).

4.1.7.1 Categoria II: Autonomia e equilíbrio

“Saudável é aquele que consegue manter o seu cotidiano equilibrado, a autoestima, a qualidade de vida, convívio com a família. e o psiquicamente doente, alguns que são até um pouco hipocondríacos que tudo acham que tão muito doente, se isola, se entrega [...]” (ENFERMEIRA 2, 25 ANOS).

Concepção entre idoso saudável e doente psiquicamente, relaciona-se a entregar-se ou não a depressão e tentar manter-se ativo interagindo com o social.

Nesta próxima fala é:

“É aquela pessoa dentro dos seus limites ela tem certo nível de autonomia. [...] Quando me permitem participar das questões familiares participo bem ativamente. Psicicamente doente, ela tem estas mesmas condições saudáveis, só que às vezes a família ou então o ambiente onde ele vive não permite que ele participe. O que termina causando uma doença” (ENFERMEIRA 3, 29 ANOS).

Concepção entre saudável e doente psicicamente para entrevistada, relaciona-se a autonomia do idoso. Que já foi analisado este pensamento em falas anteriores a essa.

“Psicicamente saudável, consegue ter uma vida normal tomando as decisões e assumindo os compromissos, pra mim é uma pessoa psicicamente normal. o doente não consegue realizar tudo o que foi dito” (ENFERMEIRO 6, 33 ANOS).

Concepção entre idoso saudável e doente psicicamente, segundo o entrevistado, relaciona-se a autonomia.

Percebemos um conceito interessante do entrevistado através da fala, abaixo: ao ligar mente e corpo:

“Psicicamente saudável, é o idoso que tem a sua mente preservada, a sua saúde mental, conservada. Quando tem o seu processo de saúde mental afetado, com sequelas sei lá de alguma doença física. Alguma patologia crônica” (ENFERMEIRO 2, 24 ANOS).

A concepção para o entrevistado supracitado, entre idoso saudável e doente psicicamente, liga-se a ideia de que, toda vez que a saúde física estiver abalada a pessoa (idoso) sofrerá consequências emocionais e psicológicas (OLIVEIRA; JÚNIOR, 2013).

4.1.7.2 Categoria III: Aceitação da idade

“Saudável, que consegue se relacionar com outras pessoas, que consegue manter a dinâmica da vida sem tá deprimido, isolado, é uma pessoa que se senti bem com a idade [...]. Psicicamente doente é o contrário é uma pessoa que não consegue lidar com estas perdas: da juventude dos familiares. Dizer que uma pessoa é saudável ou doente psicicamente é uma lâmina muito

final. Acho que existem momentos que o idoso precisa realmente de atenção” (ENFERMEIRA 4, 26 ANOS).

A concepção entre idoso saudável e doente psiquicamente, relaciona-se com a interação social e no saber lidar com as adversidades da vida no campo do emocional. Assim o luto pode ser definido como um conjunto de reações diante de uma perda, portanto algo a não ser desprezado, e sim, devidamente valorizado e acompanhado, como parte da saúde emocional. O luto é "afinal o acontecimento vital mais grave que a maior parte de nós pode experienciar" (Parkes, 1998, p. 44). Ele pode representar um processo de grande impacto no idoso, pois este traz consigo perdas pessoais e sociais decorrentes de a velhice ser estigmatizada como fase da invalidez ou da condescendência. O idoso deve ser acompanhado e deve-lhe ser permitido tempo para reorganizar-se emocionalmente. Na fase inicial do luto ele pode ter necessidade de ajuda para atividades básicas da vida diária (Parkes, 1998, p. 205).

A discussão posterior converge com a já então analisada acerca da estigmatização do idoso na roupagem dessa nova sociedade em que vivemos de valores capitalistas.

“Saudável é quando ele aceita a velhice como uma idade, como um período da vida que todo mundo vai passar. E o idoso psiquicamente doente é aquele que aparentemente ele não tem nenhuma patologia, mas que sente fragilizado, é (silêncio), é aquele que acha que é inútil” (ENFERMEIRA 3, 38 ANOS).

Entendimento para entrevistada 3 da FIP entre idoso saudável e doente psiquicamente, está em o idoso aceitar a idade cronológica e procurar ter uma vida saudável .

4.1.7.3 Categoria IV: Lado positivo versus negativo

“Saudável, compreende as suas limitações e consegue conviver bem com elas. Eu acredito que quando uma pessoa é saudável precisa tomar o lado positivo de cada situação. Já o doente ele é negativo em cada situação do seu contexto. [...]” (ENFERMEIRA 5, 26 ANOS).

Concepção entre idoso saudável e doente psiquicamente, está entrelaçado com a questão do olhar do idoso diante das situações de forma positiva ou negativa. E o posicionar-se socialmente de modo respeitoso.

4.1.7.4 Categoria V: Problemas neurológicos

“[...] Minha experiência recente, [...] vou diferenciar, ela entrou num quadro de ansiedade muito grande, de depressão e agora mal de Alzheimer na terceira idade. E eu preciso me aprofundar nisso para eu poder me preparar para eu lhe dar com essa situação. O saudável é ter saúde na terceira idade, saúde mental é tudo” (ENFERMEIRA 1, 45 ANOS).

De acordo com a entrevistada acima, a diferença entre idoso saudável e doente psiquicamente, relaciona-se a ter ou não uma patologia. O que ela enfatiza é a importância de que o cuidador busque saber mais acerca da evolução da doença presente no idoso da casa, para proporcionar o cuidar adequado. A mesma em sua fala, expressa a angústia, que vivencia com as patologias da mãe no momento. Percebe-se a fragilidade do profissional da saúde diante de uma experiência própria.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que na análise de conteúdo das falas dos participantes desta pesquisa que a maioria dos enfermeiros (FIP; UEPB), deduzem que, não sabem cuidar do idoso na área da saúde mental quando falam: “que não existe um grupo específico para idoso”, que eles participam das atividades sejam elas: artísticas, educativas com os demais adultos e isso é interação social, saudável psiquicamente para a senescência por está inserido em um grupo realizando algo para sua saúde mental. E inconscientemente (que está sem consciência) os entrevistados discutem e afirmam o que está no estatuto do idoso (Anexo A) e realizam na prática o respeito por esta lei.

Quando respeitamos os direitos do outro, isto é humanizar, cuidar de forma delicada. Favorecer ao ser fragilizado a saúde mental. Percebemos através desta amostra que a enfermagem apresenta-se em sua assistência além do biológico, do modelo biomédico, medicamentoso, patológico. O que faz a profissão, mais humana com a prevenção promoção e reabilitação da saúde na terceira idade. Principalmente na Atenção Básica. Se observarmos, o quadro de atividades prestadas pelo enfermeiro na ESF aos idosos, acima no referencial teórico, fica claro que as ações são prestadas de forma muito parecidas, na Atenção Básica, as diferentes faixas-etárias. O ponto que a diferencia de antigas assistências na saúde é a integralidade, o que favorece principalmente aos idosos, por que possibilita vê-lo inserido na comunidade onde vive na família, proporcionando uma maior aproximação da realidade deste cidadão, facilitando ao conhecimento de suas necessidades para melhor planejar o cuidar que é fundamental na enfermagem, abarcando as orientações na Senescência (processo natural de envelhecimento).

Outra questão levantada pelos entrevistados foi o estigma do envelhecer. Infelizmente a sociedade moderna, é pautada no produtivismo e consumismo, adota o jovem como seu modelo essencial, e conseqüentemente estigmatiza a velhice, quando então só o outro envelhece, não afetando a individualidade. Renegar a velhice está ligado a não aceitação de corpos que evidenciam a marca dos anos, talvez porque a velhice é a fase que mais se aproxima da morte.

Observamos, positivamente, a política de saúde no Brasil ao proporcionar está capacitação em saúde mental dos profissionais dos diferentes níveis de assistência à saúde, dentro do SUS. Desejamos que este trabalho contribua de alguma maneira para uma política de saúde mental voltada para os idosos, favorecendo o seu envelhecer com tranquilidade e uma maior compreensão para isto, e para todos que estão a sua volta.

6. REFERÊNCIAS

AAKER, D.; KUMAR, V.; DAY, G. **Marketing research**. [s.l.;s.n], 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lisboa: LDA, 2009, p.225.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395. **Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, nº 237-E**. Brasília: 1999, p. 20-24.

_____. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Portal da Saúde SUS. [online]. Disponível na internet via: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1. Acesso em: 12 de Abril de 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. [online] Disponível na internet via: <http://conselho.saude.gov.br/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 12 de Abril de 2013.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. T. A. [s.n.] São Paulo: Quieroz-Edusp, 1987.

CAMACHO, A. C. L. F. C. **A Gerontologia e a interdisciplinaridade**: aspectos relevantes para a enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem. [online] São Paulo: [s.n.] 2002. Acesso em agost. 2013. v.10. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

FERNANDES, A.S.; SECLLEN, P. J, (org). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr**. Rio Grande do Sul: v.24. p.3-6, 2002.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63, 1995.

HADDAD, E. G. M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Dados preliminares do censo 2002 [online]. Disponível na internet via: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em jul. de 2010.

_____. **População Brasileira Envelhece em Ritmo Acelerado:** projeção da população do Brasil. 2008[online]. Disponível na internet via: http://www.ibge.gov.br/home/presidência/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272. Acesso em agost. 2010.

KINNEAR, T. C.; TAYLOR, J. R. **Marketing research:** an applied approach. 1979.

LIMA, M. A. **A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a Terceira Idade.** Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 1999.

MARQUES, J. B. P; MEDEIROS, M. U. F. et al. Reflexão sobre programas de políticas públicas para idosos. **Terceira Idade:** comportamento, gênero e estilo de vida.1 ed., Curitiba: Editora CRV, 2010, p.15-23.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, p.60.

OLIVEIRA, P. F; JÚNIOR, M. W. **Arte e Saúde Mental:** mapeamento e análise de trabalhos na Região Sudeste [online]. Disponível na internet via: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/278.arte%20e%20sa%DAde%20mental.pdf. Acesso em: Agost. 2013.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento.** IN Assembleia Mundial Sobre el Envejecimiento II. Madri: 2002.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. **Las condiciones de salud en las Américas.** Washington: OPS, 1994.

PAIM, J.S; ALMEIDA, F. N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2000.

PALMA, L. T. S. **Educação permanente e qualidade de vida:** indicativos para uma velhice bem-sucedida. Passo Fundo- RS: UPF, 2000.

PARKES, C. M. **Luto:** estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos,. In RP Veras (org.). **Terceira idade:** desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-UERJ-UNATI, 1997, p. 41-74.

POTTER, P. A. **Fundamentos de enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, p. 380-920.

RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E.; KALACHE, A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology.** 1993, p.313-323.

SERRANO, M. M. Promoção da saúde: um novo paradigma?. **Congresso Brasileiro de Epidemiologia V.** 2002. Curitiba-Paraná: 2002.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v.19 n.3. 2003.

STANHOPE M, L. **Community and public health nursing**. MOSBY: [s.n.] 6. ed, 2004.

VERAS, R. P.; CAMARGO; J. R. K. R. A terceira idade como questão emergente: aspectos demográficos e sociais. **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1995. p. 23-36.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: v.9 n.2, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: CUIDAR DA SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS: DESAFIO PARA PROFISSIONAIS EM FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, seus dados será retirado da pesquisa sem nenhum prejuízo profissional ou pessoal.

Eu, _____, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo: CUIDAR DA SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS: DESAFIO PARA PROFISSIONAIS EM FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

O estudo é relevante, pois possibilitará conhecer como os profissionais de enfermagem da atenção básica, que atuam na saúde, e que estão em formação em Saúde mental, concebem as necessidades psíquicas do idoso. Compreendo que esta é uma forma de contribuir para com as implementações de políticas que favoreçam tanto a formação quanto a população atendida por profissionais da saúde.

1. Estou ciente que minha participação neste projeto **não implicará em intervenções de ordem física.**
2. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de prestar qualquer explicação aos pesquisadores.
3. A minha desistência não causará nenhum prejuízo, seja de ordem física, psicológica ou econômica.
4. Os dados confidenciais serão mantidos em sigilo, mas concordo que os resultados sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.
5. Caso seja do meu desejo, ao final das análises, terei livre acesso aos resultados.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

6. Observações Complementares.

Campina Grande, _____ de _____ de 2010.

Participante

Responsáveis pelo Projeto: _____

(Prof^ª. Ms. Mércia M^a Paiva Gaudêncio– Orientador)

Maria Udijaira Fernandes de Medeiros
(Orientanda)

APÊNDICE B

Questionário sócio demográfico

1. Idade: _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Estado Civil: () Casado (a)
() Solteiro (a)
() Viúvo (a)
() Divorciado (a)
() Outro
4. Religião: _____
5. Possui curso de pós- graduação? () Sim () Não.
Qual? _____
6. Quanto tempo de formado? _____
7. Em que serviço de saúde você trabalha?
() Hospital
() ESF
() CAPS
() Centros de saúde
() Outro. Qual? _____
() Nenhum
8. Atende a idosos? () Sim () Não
Aponte a frequência: () diária
() semanal
() mensal
() ocasional
() outra frequência. Citar _____

APÊNDICE C

Roteiro de Entrevista estruturada.

1. Fale sobre suas concepções acerca da Saúde Mental na terceira idade.
2. Você poderia falar sobre a sua compreensão acerca das necessidades psíquicas dos idosos.
3. Quais são as estratégias adotadas por você, no serviço de saúde, para atender as necessidades dos idosos.
4. Fale o que para você é uma pessoa idosa psicologicamente saudável! E o que é um idoso psicologicamente doente?

ANEXOS

ANEXO A

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO



**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994.

Regulamento
Mensagem de veto

Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências..

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

CAPÍTULO I Da Finalidade

Art. 1º A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 2º Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.

CAPÍTULO II Dos Princípios e das Diretrizes

SEÇÃO I Dos Princípios

Art. 3º A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.

SEÇÃO II Das Diretrizes

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais 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.

Parágrafo único. É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

CAPÍTULO III Da Organização e Gestão

Art. 5º Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a coordenação geral da política nacional do idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso.

Art. 6º Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes

dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

~~Art. 7º Compete aos conselhos de que trata o artigo anterior a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.~~

Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas. (Redação dada pelo Lei nº 10.741, de 2003)

Art. 8º À União, por intermédio do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete:

I - coordenar as ações relativas à política nacional do idoso;

II - participar na formulação, acompanhamento e avaliação da política nacional do idoso;

III - promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso;

IV - (Vetado);

V - elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

Parágrafo único. Os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso.

Art. 9º (Vetado.)

Parágrafo único. (Vetado.)

CAPÍTULO IV Das Ações Governamentais

Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - na área de promoção e assistência social:

a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais.

b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;

c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;

d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;

e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso;

II - na área de saúde:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;

b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;

c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;

e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;

f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;

g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e

h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

III - na área de educação:

a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;

b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;

c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;

d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;

e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;

f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber;

IV - na área de trabalho e previdência social:

a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;

b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;

c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento;

V - na área de habitação e urbanismo:

a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;

b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;

c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;

d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas;

VI - na área de justiça:

a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;

b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos;

VII - na área de cultura, esporte e lazer:

a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;

c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;

d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

§ 1º É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

§ 2º Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado Curador especial em juízo.

§ 3º Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

CAPÍTULO V Do Conselho Nacional

Art. 11. (Vetado.)

Art. 12. (Vetado.)

Art. 13. (Vetado.)

Art. 14. (Vetado.)

Art. 15. (Vetado.)

Art. 16. (Vetado.)

Art. 17. (Vetado.)

Art. 18. (Vetado.)

CAPÍTULO VI Das Disposições Gerais

Art. 19. Os recursos financeiros necessários à implantação das ações afetas às áreas de competência dos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos.

Art. 20. O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 21. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 22. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 4 de janeiro de 1994, 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO
Leonor Barreto Franco

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 5.1.1994

ANEXO B

ESTATUTO DO IDOSO



**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Mensagem de veto

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Vigência

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO

I

Disposições Preliminares

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda. (Incluído pela Lei nº 11.765, de 2008).

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

TÍTULO II Dos Direitos Fundamentais

CAPÍTULO I Do Direito à Vida

I

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

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

CAPÍTULO II Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade

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

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – prática de esportes e de diversões;

V – participação na vida familiar e comunitária;

VI – participação na vida política, na forma da lei;

VII – faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

§ 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

§ 3º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

CAPÍTULO III Dos Alimentos

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

~~Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.~~

Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça ou Defensor Público, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil. (Redação dada pela Lei nº 11.737, de 2008)

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

CAPÍTULO IV Do Direito à Saúde

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

CAPÍTULO V

Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

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

Art. 21. O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

§ 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna.

§ 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.

Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.

Art. 24. Os meios de comunicação manterão espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento.

Art. 25. O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual.

CAPÍTULO VI Da Profissionalização e do Trabalho

Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

Art. 27. Na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir.

Parágrafo único. O primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada.

Art. 28. O Poder Público criará e estimulará programas de:

I – profissionalização especializada para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas;

II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania;

III – estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.

CAPÍTULO VII Da Previdência Social

Art. 29. Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. Os valores dos benefícios em manutenção serão reajustados na mesma data de reajuste do salário-mínimo, **pro rata**, de acordo com suas respectivas datas de início ou do seu último reajustamento, com base em percentual definido em regulamento, observados os critérios estabelecidos pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Art. 30. A perda da condição de segurado não será considerada para a concessão da aposentadoria por idade, desde que a pessoa conte com, no mínimo, o tempo de contribuição correspondente ao exigido para efeito de carência na data de requerimento do benefício.

Parágrafo único. O cálculo do valor do benefício previsto no **caput** observará o disposto no caput e § 2º do art. 3º da Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999, ou, não havendo

salários-de-contribuição recolhidos a partir da competência de julho de 1994, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.213, de 1991.

Art. 31. O pagamento de parcelas relativas a benefícios, efetuado com atraso por responsabilidade da Previdência Social, será atualizado pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, verificado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento.

Art. 32. O Dia Mundial do Trabalho, 1º de Maio, é a data-base dos aposentados e pensionistas.

CAPÍTULO VIII Da Assistência Social

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

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.

Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do **caput** não será computado para os fins do cálculo da renda familiar **per capita** a que se refere a Loas.

Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

§ 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

§ 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o **caput** deste artigo.

Art. 36. O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais.

CAPÍTULO IX Da Habitação

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

I – reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos;

II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;

III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso;

IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.

CAPÍTULO X Do Transporte

Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares.

§ 1º Para ter acesso à gratuidade, basta que o idoso apresente qualquer documento pessoal que faça prova de sua idade.

§ 2º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos.

§ 3º No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade nos meios de transporte previstos no **caput** deste artigo.

Art. 40. No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica: (Regulamento)

I – a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos;

II – desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos competentes definir os mecanismos e os critérios para o exercício dos direitos previstos nos incisos I e II.

Art. 41. É assegurada a reserva, para os idosos, nos termos da lei local, de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso.

Art. 42. É assegurada a prioridade do idoso no embarque no sistema de transporte coletivo.

TÍTULO III Das Medidas de Proteção

CAPÍTULO I Das Disposições Gerais

Art. 43. As medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;
- III – em razão de sua condição pessoal.

CAPÍTULO II Das Medidas Específicas de Proteção

Art. 44. As medidas de proteção ao idoso previstas nesta Lei poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Art. 45. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 43, o Ministério Público ou o Poder Judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I – encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade;
- II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III – requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;
- IV – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação;

V – abrigo em entidade;

VI – abrigo temporário.

TÍTULO IV Da Política de Atendimento ao Idoso

CAPÍTULO I Disposições Gerais

Art. 46. A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 47. São linhas de ação da política de atendimento:

I – políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem;

III – serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV – serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência;

V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos;

VI – mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso.

CAPÍTULO II Das Entidades de Atendimento ao Idoso

Art. 48. As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a Lei nº 8.842, de 1994.

Parágrafo único. As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos:

I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;

II – apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei;

III – estar regularmente constituída;

IV – demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

Art. 49. As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

I – preservação dos vínculos familiares;

II – atendimento personalizado e em pequenos grupos;

III – manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;

IV – participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;

V – observância dos direitos e garantias dos idosos;

VI – preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

Parágrafo único. O dirigente de instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas.

Art. 50. Constituem obrigações das entidades de atendimento:

I – celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso;

II – observar os direitos e as garantias de que são titulares os idosos;

III – fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente;

IV – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;

V – oferecer atendimento personalizado;

VI – diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;

VII – oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas;

VIII – proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso;

IX – promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer;

X – propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;

XI – proceder a estudo social e pessoal de cada caso;

XII – comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infecto-contagiosas;

XIII – providenciar ou solicitar que o Ministério Público requirite os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei;

XIV – fornecer comprovante de depósito dos bens móveis que receberem dos idosos;

XV – manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento;

XVI – comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares;

XVII – manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica.

Art. 51. As instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos prestadoras de serviço ao idoso terão direito à assistência judiciária gratuita.

CAPÍTULO III Da Fiscalização das Entidades de Atendimento

Art. 52. As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei.

Art. 53. O art. 7º da Lei nº 8.842, de 1994, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas." (NR)

Art. 54. Será dada publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados recebidos pelas entidades de atendimento.

Art. 55. As entidades de atendimento que descumprirem as determinações desta Lei ficarão sujeitas, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes ou prepostos, às seguintes penalidades, observado o devido processo legal:

I – as entidades governamentais:

- a) advertência;
- b) afastamento provisório de seus dirigentes;
- c) afastamento definitivo de seus dirigentes;
- d) fechamento de unidade ou interdição de programa;

II – as entidades não-governamentais:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas;
- d) interdição de unidade ou suspensão de programa;
- e) proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público.

§ 1º Havendo danos aos idosos abrigados ou qualquer tipo de fraude em relação ao programa, caberá o afastamento provisório dos dirigentes ou a interdição da unidade e a suspensão do programa.

§ 2º A suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas ocorrerá quando verificada a má aplicação ou desvio de finalidade dos recursos.

§ 3º Na ocorrência de infração por entidade de atendimento, que coloque em risco os direitos assegurados nesta Lei, será o fato comunicado ao Ministério Público, para as providências cabíveis, inclusive para promover a suspensão das atividades ou dissolução da entidade, com a proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público, sem prejuízo das providências a serem tomadas pela Vigilância Sanitária.

§ 4º Na aplicação das penalidades, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o idoso, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes da entidade.

CAPÍTULO IV Das Infrações Administrativas

Art. 56. Deixar a entidade de atendimento de cumprir as determinações do art. 50 desta Lei:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), se o fato não for caracterizado como crime, podendo haver a interdição do estabelecimento até que sejam cumpridas as exigências legais.

Parágrafo único. No caso de interdição do estabelecimento de longa permanência, os idosos abrigados serão transferidos para outra instituição, a expensas do estabelecimento interditado, enquanto durar a interdição.

Art. 57. Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência.

Art. 58. Deixar de cumprir as determinações desta Lei sobre a prioridade no atendimento ao idoso:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 1.000,00 (um mil reais) e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pelo idoso.

CAPÍTULO V Da Apuração Administrativa de Infração às Normas de Proteção ao Idoso

Art. 59. Os valores monetários expressos no Capítulo IV serão atualizados anualmente, na forma da lei.

Art. 60. O procedimento para a imposição de penalidade administrativa por infração às normas de proteção ao idoso terá início com requisição do Ministério Público ou auto de infração elaborado por servidor efetivo e assinado, se possível, por duas testemunhas.

§ 1º No procedimento iniciado com o auto de infração poderão ser usadas fórmulas impressas, especificando-se a natureza e as circunstâncias da infração.

§ 2º Sempre que possível, à verificação da infração seguir-se-á a lavratura do auto, ou este será lavrado dentro de 24 (vinte e quatro) horas, por motivo justificado.

Art. 61. O autuado terá prazo de 10 (dez) dias para a apresentação da defesa, contado da data da intimação, que será feita:

I – pelo autuante, no instrumento de autuação, quando for lavrado na presença do infrator;

II – por via postal, com aviso de recebimento.

Art. 62. Havendo risco para a vida ou à saúde do idoso, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

Art. 63. Nos casos em que não houver risco para a vida ou a saúde da pessoa idosa abrigada, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

CAPÍTULO VI Da Apuração Judicial de Irregularidades em Entidade de Atendimento

VI

Art. 64. Aplicam-se, subsidiariamente, ao procedimento administrativo de que trata este Capítulo as disposições das Leis nºs 6.437, de 20 de agosto de 1977, e 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Art. 65. O procedimento de apuração de irregularidade em entidade governamental e não-governamental de atendimento ao idoso terá início mediante petição fundamentada de pessoa interessada ou iniciativa do Ministério Público.

Art. 66. Havendo motivo grave, poderá a autoridade judiciária, ouvido o Ministério Público, decretar liminarmente o afastamento provisório do dirigente da entidade ou outras medidas que julgar adequadas, para evitar lesão aos direitos do idoso, mediante decisão fundamentada.

Art. 67. O dirigente da entidade será citado para, no prazo de 10 (dez) dias, oferecer resposta escrita, podendo juntar documentos e indicar as provas a produzir.

Art. 68. Apresentada a defesa, o juiz procederá na conformidade do art. 69 ou, se necessário, designará audiência de instrução e julgamento, deliberando sobre a necessidade de produção de outras provas.

§ 1º Salvo manifestação em audiência, as partes e o Ministério Público terão 5 (cinco) dias para oferecer alegações finais, decidindo a autoridade judiciária em igual prazo.

§ 2º Em se tratando de afastamento provisório ou definitivo de dirigente de entidade governamental, a autoridade judiciária oficiará a autoridade administrativa imediatamente superior ao afastado, fixando-lhe prazo de 24 (vinte e quatro) horas para proceder à substituição.

§ 3º Antes de aplicar qualquer das medidas, a autoridade judiciária poderá fixar prazo para a remoção das irregularidades verificadas. Satisfeitas as exigências, o processo será extinto, sem julgamento do mérito.

§ 4º A multa e a advertência serão impostas ao dirigente da entidade ou ao responsável pelo programa de atendimento.

TÍTULO V Do Acesso à Justiça

CAPÍTULO I Disposições Gerais

Art. 69. Aplica-se, subsidiariamente, às disposições deste Capítulo, o procedimento sumário previsto no Código de Processo Civil, naquilo que não contrarie os prazos previstos nesta Lei.

Art. 70. O Poder Público poderá criar varas especializadas e exclusivas do idoso.

Art. 71. É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.

§ 1º O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que

determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo.

§ 2º A prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos.

§ 3º A prioridade se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária.

§ 4º Para o atendimento prioritário será garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis.

CAPÍTULO II Do Ministério Público

Art. 72. (VETADO)

Art. 73. As funções do Ministério Público, previstas nesta Lei, serão exercidas nos termos da respectiva Lei Orgânica.

Art. 74. Compete ao Ministério Público:

I – instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso;

II – promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco;

III – atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei;

IV – promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 desta Lei, quando necessário ou o interesse público justificar;

V – instaurar procedimento administrativo e, para instruí-lo:

a) expedir notificações, colher depoimentos ou esclarecimentos e, em caso de não comparecimento injustificado da pessoa notificada, requisitar condução coercitiva, inclusive pela Polícia Civil ou Militar;

b) requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades municipais, estaduais e federais, da administração direta e indireta, bem como promover inspeções e diligências investigatórias;

c) requisitar informações e documentos particulares de instituições privadas;

VI – instaurar sindicâncias, requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, para a apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção ao idoso;

VII – zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados ao idoso, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis;

VIII – inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas;

IX – requisitar força policial, bem como a colaboração dos serviços de saúde, educacionais e de assistência social, públicos, para o desempenho de suas atribuições;

X – referendar transações envolvendo interesses e direitos dos idosos previstos nesta Lei.

§ 1º A legitimação do Ministério Público para as ações cíveis previstas neste artigo não impede a de terceiros, nas mesmas hipóteses, segundo dispuser a lei.

§ 2º As atribuições constantes deste artigo não excluem outras, desde que compatíveis com a finalidade e atribuições do Ministério Público.

§ 3º O representante do Ministério Público, no exercício de suas funções, terá livre acesso a toda entidade de atendimento ao idoso.

Art. 75. Nos processos e procedimentos em que não for parte, atuará obrigatoriamente o Ministério Público na defesa dos direitos e interesses de que cuida esta Lei, hipóteses em que terá vista dos autos depois das partes, podendo juntar documentos, requerer diligências e produção de outras provas, usando os recursos cabíveis.

Art. 76. A intimação do Ministério Público, em qualquer caso, será feita pessoalmente.

Art. 77. A falta de intervenção do Ministério Público acarreta a nulidade do feito, que será declarada de ofício pelo juiz ou a requerimento de qualquer interessado.

CAPÍTULO III Da Proteção Judicial dos Interesses Difusos, Coletivos e Individuais Indisponíveis ou Homogêneos

Art. 78. As manifestações processuais do representante do Ministério Público deverão ser fundamentadas.

Art. 79. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de:

I – acesso às ações e serviços de saúde;

II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante;

III – atendimento especializado ao idoso portador de doença infecto-contagiosa;

IV – serviço de assistência social visando ao amparo do idoso.

Parágrafo único. As hipóteses previstas neste artigo não excluem da proteção judicial outros interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, próprios do idoso, protegidos em lei.

Art. 80. As ações previstas neste Capítulo serão propostas no foro do domicílio do idoso, cujo juízo terá competência absoluta para processar a causa, ressalvadas as competências da Justiça Federal e a competência originária dos Tribunais Superiores.

Art. 81. Para as ações cíveis fundadas em interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, consideram-se legitimados, concorrentemente:

I – o Ministério Público;

II – a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

III – a Ordem dos Advogados do Brasil;

IV – as associações legalmente constituídas há pelo menos 1 (um) ano e que incluam entre os fins institucionais a defesa dos interesses e direitos da pessoa idosa, dispensada a autorização da assembleia, se houver prévia autorização estatutária.

§ 1º Admitir-se-á litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta Lei.

§ 2º Em caso de desistência ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público ou outro legitimado deverá assumir a titularidade ativa.

Art. 82. Para defesa dos interesses e direitos protegidos por esta Lei, são admissíveis todas as espécies de ação pertinentes.

Parágrafo único. Contra atos ilegais ou abusivos de autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições de Poder Público, que lesem direito líquido e certo previsto nesta Lei, caberá ação mandamental, que se regerá pelas normas da lei do mandado de segurança.

Art. 83. Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não-fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao adimplemento.

§ 1º Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, na forma do art. 273 do Código de Processo Civil.

§ 2º O juiz poderá, na hipótese do § 1º ou na sentença, impor multa diária ao réu, independentemente do pedido do autor, se for suficiente ou compatível com a obrigação, fixando prazo razoável para o cumprimento do preceito.

§ 3º A multa só será exigível do réu após o trânsito em julgado da sentença favorável ao autor, mas será devida desde o dia em que se houver configurado.

Art. 84. Os valores das multas previstas nesta Lei reverterão ao Fundo do Idoso, onde houver, ou na falta deste, ao Fundo Municipal de Assistência Social, ficando vinculados ao atendimento ao idoso.

Parágrafo único. As multas não recolhidas até 30 (trinta) dias após o trânsito em julgado da decisão serão exigidas por meio de execução promovida pelo Ministério Público, nos mesmos autos, facultada igual iniciativa aos demais legitimados em caso de inércia daquele.

Art. 85. O juiz poderá conferir efeito suspensivo aos recursos, para evitar dano irreparável à parte.

Art. 86. Transitada em julgado a sentença que impuser condenação ao Poder Público, o juiz determinará a remessa de peças à autoridade competente, para apuração da responsabilidade civil e administrativa do agente a que se atribua a ação ou omissão.

Art. 87. Decorridos 60 (sessenta) dias do trânsito em julgado da sentença condenatória favorável ao idoso sem que o autor lhe promova a execução, deverá fazê-lo o Ministério Público, facultada, igual iniciativa aos demais legitimados, como assistentes ou assumindo o pólo ativo, em caso de inércia desse órgão.

Art. 88. Nas ações de que trata este Capítulo, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas.

Parágrafo único. Não se imporá sucumbência ao Ministério Público.

Art. 89. Qualquer pessoa poderá, e o servidor deverá, provocar a iniciativa do Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os fatos que constituam objeto de ação civil e indicando-lhe os elementos de convicção.

Art. 90. Os agentes públicos em geral, os juízes e tribunais, no exercício de suas funções, quando tiverem conhecimento de fatos que possam configurar crime de ação pública contra idoso ou ensejar a propositura de ação para sua defesa, devem encaminhar as peças pertinentes ao Ministério Público, para as providências cabíveis.

Art. 91. Para instruir a petição inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias, que serão fornecidas no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 92. O Ministério Público poderá instaurar sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer pessoa, organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias.

§ 1º Se o órgão do Ministério Público, esgotadas todas as diligências, se convencer da inexistência de fundamento para a propositura da ação civil ou de peças informativas, determinará o seu arquivamento, fazendo-o fundamentadamente.

§ 2º Os autos do inquérito civil ou as peças de informação arquivados serão remetidos, sob pena de se incorrer em falta grave, no prazo de 3 (três) dias, ao Conselho Superior do Ministério Público ou à Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público.

§ 3º Até que seja homologado ou rejeitado o arquivamento, pelo Conselho Superior do Ministério Público ou por Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público, as associações legitimadas poderão apresentar razões escritas ou documentos, que serão juntados ou anexados às peças de informação.

§ 4º Deixando o Conselho Superior ou a Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público de homologar a promoção de arquivamento, será designado outro membro do Ministério Público para o ajuizamento da ação.

TÍTULO VI Dos Crimes

CAPÍTULO I Disposições Gerais

Art. 93. Aplicam-se subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985.

Art. 94. Aos crimes previstos nesta Lei, cuja pena máxima privativa de liberdade não ultrapasse 4 (quatro) anos, aplica-se o procedimento previsto na Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, e, subsidiariamente, no que couber, as disposições do Código Penal e do Código de Processo Penal. (Vide ADI 3.096-5 - STF)

CAPÍTULO II Dos Crimes em Espécie

Art. 95. Os crimes definidos nesta Lei são de ação penal pública incondicionada, não se lhes aplicando os arts. 181 e 182 do Código Penal.

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo.

§ 2º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente.

Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Art. 100. Constitui crime punível com reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa:

I – obstar o acesso de alguém a qualquer cargo público por motivo de idade;

II – negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho;

III – recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa;

IV – deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei;

V – recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público.

Art. 101. Deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente o idoso:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 102. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa.

Art. 103. Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 104. Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa.

Art. 105. Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso:

Pena – detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

Art. 106. Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Art. 107. Coagir, de qualquer modo, o idoso a doar, contratar, testar ou outorgar procuração:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Art. 108. Lavrar ato notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

TÍTULO VII Disposições Finais e Transitórias

Art. 109. Impedir ou embaraçar ato do representante do Ministério Público ou de qualquer outro agente fiscalizador:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 110. O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 61.

.....

II -

.....

h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida;

....." (NR)

"Art. 121.

.....

§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as conseqüências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos.

....." (NR)

"Art. 133.

.....

§ 3º

.....

III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR)

"Art. 140.

.....

§ 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:

..... (NR)

"Art. 141.

.....

IV – contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos ou portadora de deficiência, exceto no caso de injúria.

....." (NR)

"Art. 148.

.....

§ 1º.....

I – se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge do agente ou maior de 60 (sessenta) anos.

....." (NR)

"Art. 159.....

.....

§ 1º Se o seqüestro dura mais de 24 (vinte e quatro) horas, se o seqüestrado é menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou se o crime é cometido por bando ou quadrilha.

....." (NR)

"Art. 183.....

.....

III – se o crime é praticado contra pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos." (NR)

"Art. 244. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo:

....." (NR)

Art. 111. O O art. 21 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, Lei das Contravenções Penais, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

"Art. 21.....

.....

Parágrafo único. Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) até a metade se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR)

Art. 112. O inciso II do § 4º do art. 1º da Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º

.....

§ 4º

II – se o crime é cometido contra criança, gestante, portador de deficiência, adolescente ou maior de 60 (sessenta) anos;

....." (NR)

Art. 113. O inciso III do art. 18 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 18.....

.....

III – se qualquer deles decorrer de associação ou visar a menores de 21 (vinte e um) anos ou a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou a quem tenha, por qualquer causa, diminuída ou suprimida a capacidade de discernimento ou de autodeterminação:

....." (NR)

Art. 114. O art 1º da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei." (NR)

Art. 115. O Orçamento da Seguridade Social destinará ao Fundo Nacional de Assistência Social, até que o Fundo Nacional do Idoso seja criado, os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso.

Art. 116. Serão incluídos nos censos demográficos dados relativos à população idosa do País.

Art. 117. O Poder Executivo encaminhará ao Congresso Nacional projeto de lei revendo os critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, de forma a garantir que o acesso ao direito seja condizente com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico alcançado pelo País.

Art. 118. Esta Lei entra em vigor decorridos 90 (noventa) dias da sua publicação, ressalvado o disposto no **caput** do art. 36, que vigorará a partir de 1º de janeiro de 2004.

Brasília, 1º de outubro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Antonio Palocci Filho

Rubem Fonseca Filho

Humberto Sérgio Costa Lima

Guido Mantega

Ricardo José Ribeiro Berzoini

Benedita Souza da Silva Sampaio

Álvaro Augusto Ribeiro Costa

