

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ROSEMARA RODRIGUES MARTINS

**AS RELAÇÕES SOCIAIS E O USO DA REDE DE APOIO NO COTIDIANO DO
IDOSO DEPENDENTE DO ÁLCOOL**

PORTO ALEGRE
2007

ROSEMARA RODRIGUES MARTINS

**AS RELAÇÕES SOCIAIS E O USO DA REDE DE APOIO NO COTIDIANO DO IDOSO
DEPENDENTE DO ÁLCOOL**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla

Porto Alegre
2007

ROSEMARA RODRIGUES MARTINS

**AS RELAÇÕES SOCIAIS E O USO DA REDE DE APOIO NO COTIDIANO DO IDOSO
DEPENDENTE DO ÁLCOOL**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS/FSS

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS/FSS

Profa. Dra. Michele Ruschel Rauter
Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde - IAHCS

DEDICATÓRIA

Esta dissertação é dedicada a todos aqueles que são dependentes do álcool e as pessoas que de alguma forma vivem nesse contexto do alcoolismo, sendo familiar, amigo, vizinho, colega de trabalho ou profissional que trabalha com essa realidade.

AGRADECIMENTOS

É chegada a hora de agradecer! Que momento este, não? O momento de expressar agradecimento, admiração e gratidão a todas aquelas pessoas que de alguma forma contribuíram ao longo dessa caminhada. Mas são tantas as pessoas a agradecer, que talvez esquecerei de mencionar alguém que esteve ao meu lado e deixou a sua marca. Desde já peço perdão aos nomes que, por ventura, ficarem fora destas páginas.

*Primeiramente, agradeço a **Deus**, pela minha existência, pela força que me deu em tantos momentos difíceis, por tudo que já conquistei nesta vida e por tudo que ainda irei conquistar.*

*Aos meus pais, José e Catarina pelo incentivo na realização do Curso de Mestrado, pelo apoio e amor incondicional. Mãe! Linda Mãe, eterna jovem e bela aí vai o **meu eterno agradecimento e admiração** pela mãe e mulher que és, forte, companheira e amiga.*

*Aos meus irmãos Márcio e Marcos. Um que me ensina a conquistar as coisas com calma, inteligência e humildade. O outro que me ensinou a superar as dificuldades da vida. Por isso, com ambos aprendo coisas diferentes. Obrigada por existirem, sem vocês eu não teria toda essa força. Mano obrigada pela admiração que tens por mim e saibas que é recíproca. Marcos, obrigada pela preocupação que tens comigo. Raras são às vezes em que nos dizemos: "**eu te amo**", mas hoje expresso aqui: **amo vocês** olhos verdes e agradeço a Deus todos os dias por estarem aqui comigo compartilhando de mais essa conquista.*

*Um sincero agradecimento as minhas cunhadas Janete e Juliana por todo o apoio que me ofereceram nesses dois anos. **Obrigada!***

Ao CNPq, por ter proporcionado a realização desta Pós-Graduação em Serviço Social, através da Bolsa de Mestrado.

*Aos meus avós, idosos de minha vida Dorvalino e Eva por todo o cuidado, proteção e amor que me dedicam. **Obrigada!** Também agradeço a meus avós Vitorino e Maria (In Memoriam). A vocês, muita luz onde quer que estejam!*

*A todos os tios que torcem por mim. Um agradecimento especial ao meu tio e dindo José Clair. Desta vez não me conduziu quase todos os dias com suas caronas até a Faculdade, brincadeira! Mas contribuístes com algo muito mais importante, que foi com a **esperança** e com a **força**. Saibas que em vários momentos lembrava da esperança e força que tivestes e tens.*

*Às crianças iluminadas de minha vida José Henrique, Vitor Eduardo e Alan, que durante a construção desta Dissertação, nos momentos de cansaço e angústia me transmitiram **tranquilidade**. Amo todos do mesmo jeito, afilhado e primos.*

*Não poderia deixar de expressar meu eterno **agradecimento** a minha orientadora Prof^{ta}. Dr^a. Leonia Capaverde Bulla, pelos momentos compartilhados desde a graduação, por todas as suas contribuições nesse estudo, pela troca que tivemos sobre a realidade do alcoolismo e por ter me mostrado o caminho a seguir em tantos momentos desta dissertação.*

Às professoras Dra. Maria Isabel Barros Bellini e Dra. Michele Ruschel Rauter participantes da comissão avaliadora deste estudo e que tiveram seus nomes escolhidos não ao acaso, mas pela certeza da imensa contribuição proporcionada por ambas.

*Um agradecimento muito especial àquelas que foram minhas supervisoras de campo na graduação, que se tornaram amigas e que hoje são colegas, as quais tenho como exemplo na vida profissional, são elas: Michele Ruschel Rauter, Ruthe Corrêa da Costa e Geneviève Lopes Pedebos. **Nunca esquecerei vocês, eternas supervisoras!***

*Às colegas do Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais - NEDEPS, que são tantas Prof^{as}. Dr^{as}. Jane Cruz Prates, Paula, Tatiane, Thaísa, Rosilaine, Marilene, Daniele, Claudete, Potira, Rosane, Cecília, Ciberen e Leni, pelo aprendizado e coleguismo sempre presentes neste espaço de estudo e formação profissional. Um agradecimento especial a duas colegas e amigas que me apoiaram até o último momento dessa caminhada, são elas: **Gabriele e Ludmilla**. Não tenho nem palavras para agradecer-las.*

*A todos os colegas do mestrado, em especial aquelas que alcançaram a categoria de amigas Cláudia, Elisângela, Malena, Nilene e Vera. Gurias saibam que vocês passaram a ter minha admiração. Cláudia pelo seu empenho em se apropriar dos conhecimentos da profissão de Assistente Social. Elisângela pelo seu comprometimento com a docência e com o exercício profissional. Nilene pela sua paixão pela profissão. Malena e Vera pela alegria e entusiasmo quando se reportam ao Serviço Social. Um **agradecimento especial** pelo apoio que tive de vocês em tantos momentos de dificuldade.*

Um sincero agradecimento a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, em especial à Prof^{ta}. Dr^{ta}. Gleny Guimarães, a qual me ensinou a arte da docência e, aos secretários Juliana e Antonio pela atenção dedicada em todos os momentos em que estive na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social nesses dois anos.

À amiga Elzira e ao Fernando pela força espiritual que ajudou a vencer mais essa caminhada.

À Central de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre, aos Grupos de Alcoólicos Anônimos-AA de Porto Alegre, aos Grupos Familiares Al-Anon e as instituições de Porto Alegre que atendem a demanda do alcoolismo, pelo acolhimento e atenção que tiveram comigo quando foram visitadas.

A todos os participantes desse estudo, idosos integrantes dos Grupos de Alcoólicos Anônimos-AA de Porto Alegre, familiares integrantes dos Grupos de Familiares Al-Anon de Porto Alegre e profissionais (psicoterapeuta, psicólogos, assistentes sociais) que trabalham na rede de atendimento para dependentes químicos, pela disponibilidade de participar do estudo.

*Por fim, um agradecimento mais que especial a **minha protetora** que esteve ao meu lado em todos os momentos de construção dessa dissertação. Salve a Rainha do Mar! Nossa Senhora dos Navegantes.*

RESUMO

O alcoolismo é uma doença que acomete o mundo todo, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública que leva a mortes precoces e incapacita pessoas para o trabalho. Os idosos estão entre os segmentos populacionais acometidos por esse problema. Por isso, os profissionais que atuam na área do envelhecimento precisam estar atentos para a problemática que os envolve. Sendo assim, a presente dissertação de Mestrado busca analisar como se configuram as relações estabelecidas pelos idosos com a família, amigos, vizinhos e comunidade. Estuda também, as estratégias para lidar com a dependência e a contribuição da rede de apoio para o enfrentamento da situação de dependência, no intuito de contribuir com subsídios para o aprimoramento da rede e para a superação de dificuldades decorrentes do alcoolismo. A pesquisa é de cunho qualitativo, com fundamentos no método dialético-crítico. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos semi-estruturados com questões abertas que foram aplicados em idosos membros dos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre, em familiares e em profissionais da área da saúde que trabalham na rede de atendimento ao dependente químico. Na análise das informações, utilizou-se o método de análise de conteúdo com base em Gagneten (1987). A partir da análise de conteúdo conclui-se que o alcoolismo repercute nas relações sociais dos idosos, ocasionando a perda, o afastamento dos amigos/vizinhos e dos próprios idosos com os amigos/vizinhos; como também a perda do emprego ou afastamento das atividades em decorrência da doença. No relacionamento familiar, ocorreram desavenças, separações, ressentimentos e isolamento social da própria família. A estratégia utilizada para lidar com a dependência alcoólica e com as dificuldades surgidas com a mesma foi à participação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre que é uma das instituições da rede de serviços existentes no município. Esses grupos oferecem uma importante contribuição para o enfrentamento da situação de dependência, pois as pessoas expõem suas vivências através de depoimentos, ocorrendo trocas de experiência. A rede espontânea é composta pela família, amigos e vizinhos que acolhe e apóia os idosos nos momentos de dependência. Outra rede existente são os hospitais, clínicas, postos de saúde e a Cruz Vermelha, que contribuem para o tratamento de dependência química com o atendimento de profissionais da área da saúde. Essas redes significam para os idosos dependentes do álcool um espaço rico de recuperação e melhoria da qualidade de vida, com vistas à inclusão social.

Palavras-Chave: Alcoolismo - Envelhecimento - Relações Sociais - Rede de Apoio

ABSTRACT

Alcoholism is an illness that affects the whole world and has become one of the greatest public health problems that leads to early deaths and disables people for work. The elderly are one of the population groups affected by this problem. Therefore, professionals who work with elderly people must be attentive to this problem. This thesis analyzes the relationships established by the elderly with their families, friends, neighbors and community. It also discusses the strategies used to deal with dependence and the contribution given by the support network in coping with the situation of dependence. Thus it intends to contribute to the improvement of that network and to the overcoming difficulties that result from alcoholism. The research has a qualitative character and is based on the dialectical-critical method. For the collection of data three semi-structured instruments with open questions were used. They were used with senior citizens who are members of Alcoholic Anonyms groups in Porto Alegre, family members and professionals who work in the network that provides health care for people with chemical dependence. In the analysis of information the method of content analysis developed by Gagneten (1987) was employed. The content analysis leads to the conclusion that alcoholism has repercussions on the social relationships of the elderly, causing the withdrawal of friends and neighbors and the withdrawal of the elderly themselves. It also causes the loss of jobs or the withdrawal from professional activities as a consequence of the illness. In the relationship with their families, there is the occurrence of arguments, separations, resentment and social isolation of the families themselves. The strategy used to deal with alcohol dependence was the participation in Alcoholic Anonyms groups in Porto Alegre, which are one of the institutions of the network of services available in the city. These groups offer an important contribution to coping with the situation of dependence, as people express their problems through testimonies and exchange experiences. The spontaneous network is made up of family members, friends and neighbors who welcome and support the elderly at moments of crisis. Another existing network is made up of the hospitals, clinics, health care stations and the Red Cross, which contribute with services provided by health care professionals. For the elderly who are dependent on alcohol, these networks offer a rich space for recovery and improvement of the quality of their lives with a view to social inclusion.

Key-words: Alcoholism - Aging - Social relationships - Support network

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Tipos de substâncias psicoativas ilícitas e lícitas.....	17
QUADRO 2 – Características dos idosos entrevistados.....	71
QUADRO 3 – Características dos familiares entrevistados.....	73
QUADRO 4 – Características dos profissionais que trabalham na rede de atendimento.....	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O IMPACTO SOCIAL DO ALCOOLISMO	15
2.1 O ALCOOLISMO NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	16
2.2 ALCOOLISMO NA FAMÍLIA	25
2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS...30	
3 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E SEUS ASPECTOS GERAIS	38
3.1 CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA NA CONTEMPORANEIDADE.....	38
3.2 ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO.....	41
3.3 POLÍTICAS SOCIAIS DE PROTEÇÃO AOS IDOSOS	44
3.4 ENVELHECIMENTO E CONTEXTO FAMILIAR.....	50
4 AS ESCOLHAS ADOTADAS NA INVESTIGAÇÃO	53
4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO: dialético-crítico	53
4.2 O PROCESSO DE PESQUISA	57
4.2.1 Tipo de Pesquisa.....	61
4.2.2 Procedimentos para Coleta de Informações.....	62
4.2.3 Procedimentos para Análise dos Dados	66
5 O ALCOOLISMO NAS RELAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS E A REDE DE APOIO E SERVIÇOS.....	70
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS PESQUISADOS	70
5.2 O PROCESSO HISTÓRICO DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL NOS IDOSOS...75	
5.3 O IMPACTO DO ALCOOLISMO NO COTIDIANO E NA FAMÍLIA DOS IDOSOS80	
5.4 A REPERCUSSÃO DO ALCOOLISMO NAS DEMAIS RELAÇÕES ESTABELECIDAS PELOS IDOSOS	87
5.5 REDE SOCIAL ESPONTÂNEA DE APOIO E DE SERVIÇOS AOS IDOSOS DEPENDENTES DO ALCOÓL	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES	112
APÊNDICE A: Formulário de Pesquisa Aplicado com os Idosos.....	113
APÊNDICE B: Formulário de Pesquisa Aplicado com Familiares dos Idosos	116

APÊNDICE C: Formulário de Pesquisa Aplicado com os Profissionais da Área da Saúde	119
APÊNDICE D: Lista de Grupos Entregue a Central de Alcoólicos Anônimos.....	121
APÊNDICE E: Convite para Participação de Idosos na Pesquisa	123
APÊNDICE F: Convite para Participação de Familiares na Pesquisa	125
APÊNDICE G: Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido	127
ANEXO	130
ANEXO A: Álcool Novo Inimigo nº 1	131

1 INTRODUÇÃO

O alcoolismo é um dos maiores problemas de saúde pública, devido ao impacto social acarretado pela doença. Um dos segmentos populacionais acometidos pela doença do alcoolismo é o de idosos. Uma pesquisa realizada no ano 1997 pelo Conselho Estadual do Idoso em parceria com quatorze universidades gaúchas, contando com subsídios do Governo do Estado, aponta que 25,24% dos homens e 3,01% das mulheres idosas fazem uso do álcool. O processo de envelhecimento acarreta várias situações que podem levar ao alcoolismo. Com a saída da vida laboral, o idoso pode vir a sofrer o impacto dessa transformação e como consequência poderá agravar sua dependência alcoólica.

Estudar o fenômeno da dependência do álcool é extremamente relevante, uma vez que, tal dependência ocasiona transformações nas relações dos idosos, sejam nas relações estabelecidas no trabalho, na família, com os amigos, vizinhos e outras. Essas transformações provocadas pela doença resultam em problemas no trabalho, brigas familiares e perda de amigos. Além disso, a situação de ser dependente do álcool gera discriminação, devido ao não entendimento por parte das pessoas dos fatores que levam à dependência do álcool e ao fato do alcoolismo não ser considerada uma doença.

É importante lembrar que o idoso poderá sofrer uma dupla exclusão. Primeiro devido ao fato de ser visto por muitas pessoas como incapaz de desenvolver suas atividades e, também, devido a sua condição de alcoolista. Por isso, é cada vez mais relevante a realização de pesquisas que venham a desvendar as formas de exclusão a que estão sujeitos os idosos dependentes do álcool.

Essa realidade desafia cada vez mais os profissionais da área da saúde a investigar as situações que levam as pessoas à dependência do álcool e a repercussão do alcoolismo nas relações estabelecidas pelos dependentes, visando assim qualificar ainda mais sua ação e proporcionar um atendimento mais adequado ao dependente do álcool.

A presente Dissertação de Mestrado tem o objetivo de analisar as relações

sociais estabelecidas pelo idoso dependente do álcool com a família, amigos, vizinhos, trabalho e comunidade, bem como as estratégias utilizadas para lidar com a dependência e a contribuição da rede de apoio para o enfrentamento da situação de dependência do álcool, com vistas a produzir conhecimentos sobre a temática que possam fornecer subsídios para elaboração de políticas sociais e para o aprimoramento do trabalho de profissionais que trabalham com este problema de saúde pública.

O interesse por estudar a temática do alcoolismo de idosos surgiu a partir da experiência de estágios profissionalizantes como Bolsista de Iniciação Científica pelo CNPq, desenvolvidos no Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais-NEDEPS, que tem como alvo de muitas pesquisas a população idosa. A motivação surgiu através do trabalho construído para disciplina de Psiquiatria e Saúde Mental do Curso de Graduação em Serviço Social que teve como tema de reflexão o alcoolismo. Na época, o trabalho despertou o interesse por continuar aprofundando estudos sobre a temática. No entanto, não se havia delimitado com qual população trabalhar. Mas, no decorrer dos anos, a partir da interação com as pesquisas do NEDEPS, percebeu-se que ainda existe uma carência de estudos sobre a temática, em especial relacionada à população idosa.

Diante da temática escolhida, o alcoolismo de idosos, estruturou-se a Dissertação em cinco capítulos. No primeiro, são apresentadas questões introdutórias sobre o estudo. No segundo e terceiro capítulo é feita uma revisão bibliográfica sobre o tema em questão que é de suma importância na pesquisa, pois são as primeiras aproximações com a realidade a ser investigada, e que depois serão retomadas quando forem analisados os dados da pesquisa. Portanto, discutem-se questões referentes à revisão bibliográfica, mais especificamente sobre o alcoolismo e o fenômeno do envelhecimento.

No segundo capítulo, busca-se dar visibilidade ao impacto social do alcoolismo, discutindo questões sobre o alcoolismo no contexto brasileiro, sobre como esse fenômeno se expressa na família, bem como sobre as políticas de atenção dirigidas aos usuários do álcool e outras drogas.

O terceiro capítulo versa sobre o envelhecimento populacional, apontando aspectos gerais do fenômeno, relativos ao aumento da população idosa na

contemporaneidade, aos aspectos biopsicossociais do envelhecimento, as políticas sociais de proteção ao idoso e ao envelhecimento e o contexto familiar.

O quarto capítulo trata das escolhas adotadas na investigação, que dizem respeito ao referencial epistemológico e aos procedimentos metodológicos, os quais embasaram a pesquisa. São apresentados apontamentos sobre o método dialético-crítico que norteia a profissão do assistente social. Esse capítulo ainda mostra o processo de pesquisa, iniciando com a delimitação do tema de pesquisa, seguido do problema de pesquisa, questões norteadoras, objetivos do estudo, tipo de pesquisa adotada, sujeitos da pesquisa, instrumentos e técnicas, assim como os procedimentos adotados para a coleta de dados e análise dos mesmos.

O quinto capítulo será composto com os resultados sobre as relações sociais e as redes de apoio dos idosos dependentes do álcool, enfocando o início do alcoolismo na vida dos mesmos, o impacto da doença no cotidiano dos idosos e na família, assim como a repercussão do alcoolismo nas demais relações sociais dos sujeitos da pesquisa. Neste capítulo também serão apresentados os dados referentes à rede de apoio dos idosos, estabelecendo uma discussão e interpretação sobre os dados obtidos quanto à rede social espontânea de apoio e à rede de serviços existentes em Porto Alegre para atender a demanda do alcoolismo, assim como a contribuição dos serviços para o enfrentamento da situação de dependência do álcool dos idosos.

Por fim, nas considerações finais serão apontadas reflexões que emergiram do processo de pesquisa, assim como algumas propostas, visando contribuir para a melhoria da situação de vida e do atendimento prestado aos idosos e aos dependentes do álcool.

2 O IMPACTO SOCIAL DO ALCOOLISMO

O alcoolismo tem sido apontado por vários estudos e pelo Ministério da Saúde (2004) como um dos maiores problemas de saúde pública com grande impacto social. Tal impacto se deve à dimensão que o alcoolismo tomou sociedade, pois, leva a mortes precoces, incapacita as pessoas para o trabalho, provoca inúmeras doenças e problemas no relacionamento familiar.

Os dependentes do álcool e sua família estão sujeitos a vivenciar algumas das refrações da questão social¹. Entre essas refrações, destacam-se o desemprego, a subabitação, a desnutrição, a precarização dos serviços de saúde e outras problemáticas que atingem, especialmente, a população de baixa renda, sobre a qual incidem de forma mais perversa as desigualdades sociais. Nesse contexto, surgem as várias formas de resistência e enfrentamento à situação de dependência do álcool, através da busca de políticas públicas, dos programas específicos de atenção ao alcoolista e sua família e, também, do acesso à rede de apoio social.

Neste capítulo, aborda-se a questão do impacto social do alcoolismo, mostrando como esse fenômeno se desenvolve no contexto brasileiro e no âmbito familiar. Discutem-se, ainda, algumas formas de enfrentamento a essa problemática, através das políticas de atenção aos dependentes de álcool.

¹ A questão social consiste no embate entre capital e trabalho, na medida em que o trabalhador é explorado pelo capital. Dessa relação surgem as desigualdades sociais que incidem sobre os indivíduos na família, na saúde, no trabalho, na habitação, na educação e na assistência, pois, nem todos possuem as mesmas condições de usufruir de bens e serviços (IAMAMOTO, 2004). Diante das desigualdades, surgem as formas de resistências que podem se expressar através de movimentos sociais, práticas conselhistas, articulação em rede, políticas sociais e outras.

2.1 O ALCOOLISMO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Antes de abordar mais especificamente a questão do alcoolismo no contexto brasileiro, é importante destacar que esse fenômeno está incluído dentro de outro fenômeno conhecido como dependência química e, essa dependência, pode ser de uma série de substâncias que poderão levar a danos tanto físicos, como psicológicos e sociais. É necessário, por isso, explicar primeiramente o que é a dependência química, até porque os problemas com o álcool e outras drogas podem, em alguns casos, ocorrer simultaneamente (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999). Isto significa que os dependentes do álcool podem vir a ser dependentes de outras substâncias químicas. A pessoa que consome de forma excessiva substância psicoativa² ou droga desenvolve a dependência química.

Além de a dependência química ter como critério o consumo excessivo de substâncias sejam elas ilícitas ou lícitas, existem outros critérios, que conforme Neustädter (2001) são esses: a síndrome de abstinência³; a substância é consumida freqüentemente em maiores quantidades ou por um período mais longo que o pretendido; há um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; se gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção da substância ou na recuperação de seus efeitos; atividades ocupacionais ou de lazer importantes são reduzidas e até mesmo abandonadas em decorrência do uso da substância. As substâncias psicoativas ou drogas classificam-se como ilícitas (ilegais) e lícitas (legais). O quadro a seguir aponta algumas substâncias psicoativas ilícitas e lícitas.

² Substância que atua no organismo e no cérebro alterando o funcionamento.

³ Interrupção total da substância.

Quadro 1: Tipos de substâncias psicoativas ilícitas e lícitas⁴

Substâncias psicoativas ilícitas	Substâncias psicoativas lícitas
Maconha Cocaína Crack Heroína LSD	Álcool Tabaco (fumo) Farmacológicos - Para dormir - Para reduzir a ansiedade - Para emagrecer - Para aumentar os músculos

Fonte: Sistematização da autora, com base em leituras sobre a dependência química.

As ilícitas são aquelas que o consumo, a comercialização e a produção não são permitidos/a pela lei, como a maconha, a cocaína, a heroína e o crack. Por isso, o uso de substâncias psicoativas ilícitas está sujeito às penalidades da lei. As substâncias psicoativas lícitas são aquelas que o consumo, a comercialização e a produção são permitidos/a pela lei, tais como o álcool e o tabaco.

Entretanto, é importante mencionar que o uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas pode ser nocivo à saúde, causar dependência e, em algumas situações, pode provocar delitos e estar sujeito às penalidades legais. O exemplo de uma situação dessas é a condução de veículos automotores por pessoa alcoolizada. Neste caso, a pessoa pode ter o seu veículo e a carteira de habilitação apreendida. De acordo com o Código Nacional de Trânsito, em vigor desde janeiro de 1998, deverão ser penalizados motoristas que apresentarem mais de 0,6 gramas de álcool por litro de sangue. O que equivale a duas latas de cerveja ou três copos de chope (600 ml), a duas taças de vinho (200ml) e a duas doses de uísque ou cachaça (80 ml) (BRASIL, 1997). Isto leva a constatar-se a contradição no trato com a bebida alcoólica, pois de um lado, é considerada uma droga permitida e seu uso é incentivado pela mídia. Por outro, são criadas leis, que penalizam as infrações causadas pelo seu uso indevido.

Claro que não se pode esquecer que a pessoa em estado de alcoolização coloca em risco a sua vida e a de outras pessoas, e, nesse caso, a lei determina que a pessoa

⁴ Algumas substâncias consideradas lícitas como a cola de sapateiro, a benzina e o éter, podem ser utilizadas para fins diferentes daqueles para os quais foram produzidas e com a finalidade de alterar a consciência. Isto porque, são utilizadas na elaboração de inalantes como loló e lança perfume. Por isso, a classificação não é bem definida, o que leva a serem consideradas como substâncias lícitas o álcool, o tabaco e os farmacológicos.

sob efeito do álcool não deva manejar veículos. Mas, o que se critica é o incentivo ao consumo do álcool veiculado pela mídia, através do marketing da cerveja, do vinho e do uísque.

A discussão está dando ênfase para a dependência química do álcool, pois, o foco do estudo é o alcoolismo. Por isso, considera-se relevante tratar sobre a evolução dessa substância química, para entender como o álcool tornou-se uma das drogas mais usadas no Brasil e no mundo. O álcool é uma bebida muito antiga. A história da humanidade mostra que cedo o homem descobriu as bebidas alcoólicas, tendo em vista os registros arqueológicos, os quais revelam que os primeiros indícios sobre o consumo do álcool datam de 6.000 a.C. Inicialmente, as bebidas alcoólicas tinham seu conteúdo alcoólico baixo, pois o processo utilizado era o da fermentação (como na fabricação do vinho e da cerveja). Mas, foi com o advento do processo de destilação introduzido na Europa pelos árabes na Idade Média que surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas. Passou-se, então, a atribuir ao álcool outras propriedades, ditas “fisiológicas”, segundo as quais a bebida alcoólica seria reconfortante, daria força e, também, seria um remédio para todas as doenças e um alívio para as dores. Surge daí a palavra ‘whisky’, originária do gálico “usquebaugh”, que significa água da vida (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999).

Assim como ocorreu com tantos outros objetos de consumo, com a Revolução Industrial Inglesa que teve início no final século XVIII, o álcool passou a não ser mais a fabricado artesanalmente, pois, começou a ser produzido em grandes quantidades e com interesse econômico. Além disso, as bebidas passaram a ser fabricadas com teor alcoólico bem maior, tendo em vista a criação de tecnologia para produzir bebidas alcoólicas destiladas. Com a produção em série de bebidas alcoólicas, advinda da Revolução Industrial, o número de consumidores do álcool aumentou consideravelmente e, com isso, avolumaram-se os problemas sociais causados pelo consumo excessivo do álcool. Então, começaram a surgir as primeiras descrições do que hoje se denomina alcoolismo (CEBRID, 2005; MICHEL, 2000).

No entanto, o alcoolismo não foi entendido logo no início como uma doença, pois a visão moralista considerou durante anos o uso abusivo do álcool como sendo falha de caráter, prejudicando a discussão em relação aos problemas de saúde. Mas em

meados do século XIX o médico sueco Magnus Huss, introduziu a definição de que o uso abusivo do álcool era uma doença e propôs o nome alcoolismo, entendido como uma intoxicação crônica que causava complicações no organismo. Em 1893, na primeira versão da Classificação Internacional de Doenças, proposta pela OMS (Organização Mundial de Saúde) o alcoolismo foi concebido como doença geral, que afetava o organismo como um todo. Mas na Quarta Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 4) em 1931, o alcoolismo deixa de ser considerado uma doença geral e passa a ser concebido como uma doença mental. A Sexta, Sétima e Oitava Revisões da Classificação Internacional de Doenças (CID 6, CID 7 e CID 8) continuaram, gradativamente, delimitando as especificações sobre o alcoolismo e sobre os sintomas que o acompanha (RAMOS; BERTOLOTE, 1997).

Em 1953 os cientistas sociais, Robert Straus e Selden Bacon publicaram uma conceituação de alcoolismo como fenômeno que se manifesta em várias dimensões, expressando-se através dos seguintes eixos: físico, psicológico e social. Essa foi uma mudança notável, pois o alcoolismo não deixou de ser considerado uma doença com complicações orgânicas, mas este fato passou a constituir apenas um dos inúmeros aspectos em consonância com determinados padrões de ingestão de bebidas alcoólicas. Nascia, assim, o conceito de alcoolismo, colocando-o numa perspectiva histórica e social (BERTOLOTE, 1997).

Atualmente o alcoolismo é conceitualmente descrito na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e na quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais da Associação Norte Americana de Psiquiatria (DSM-IV) como *síndrome de dependência do álcool*. Assim, a definição de alcoolismo adotada em CID-10 e DSM-IV passou a privilegiar também os padrões de consumo e não só os resultados da ingestão excessiva do álcool. Daí surge o termo dependente do álcool adotado no estudo (RAMOS; BERTOLOTE, 1997). No trato com o alcoolismo existem várias denominações que podem ser empregadas. Aqui serão explicitadas algumas que são utilizadas ao longo do estudo.

Considera-se oportuno, primeiramente, conceituar o termo *alcoolismo* para fins de entendimento. O *alcoolismo* consiste na dificuldade de controlar o uso excessivo do

álcool, implicando numa série de complicações biológicas, psicológicas e sociais (MUSUMECI, 1999).

- ✓ *Alcoolista*: esta expressão refere-se à pessoa que perde o controle sobre a ingestão do álcool.
- ✓ *Dependente do álcool*: é a pessoa que preenche três ou mais dos critérios para o diagnóstico de dependência, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais da Associação Norte Americana de Psiquiatria (DSM–I V), sendo alguns desses critérios os que são, também, apontados por Neustädter (2001, p. 3) e que foram descritos anteriormente:

Manifestação da síndrome de abstinência; consumir a substância em maiores quantidades ou por um período mais longo que o pretendido; ter um desejo persistente ou esforço mal sucedido no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; dedicar-se muito tempo em atividades necessárias para a obtenção da substância ou na recuperação de seus efeitos; reduzir atividades ocupacionais ou de lazer importantes e até mesmo abandoná-las em decorrência do uso da substância.

A *síndrome de dependência*, que será mais bem explorada a seguir é um dos transtornos mentais e comportamentais que acomete quem faz uso de substâncias psicoativas, entre elas o álcool. Mas existem outros tipos de transtornos mentais e comportamentais apontados na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, entre esses transtornos destaca-se: *a intoxicação aguda, o uso nocivo ou prejudicial, o transtorno psicótico e a síndrome de amnésia*.

A *Intoxicação aguda* é um estado decorrente do uso do álcool, compreendendo perturbações da consciência, da percepção e do comportamento. O *Uso nocivo ou prejudicial* ocorre quando a ingestão de bebidas alcoólicas prejudica a saúde física ou mental, a vida social e o desempenho profissional (RAMOS; BERTOLOTE, 1997).

O *transtorno psicótico* ocorre durante ou após o uso da substância psicoativa, manifestando-se através da alucinação (auditiva ou polissensorial), da distorção das percepções, da agitação e de afetos anormais, variando de um medo intenso ao entusiasmo. A *síndrome de amnésia* caracteriza-se pelo transtorno da memória, pois fatos recentes e antigos são esquecidos, além de existir uma perturbação de ordem temporal, assim como dificuldade de aprender coisas novas (CID –10).

Na *síndrome de dependência* sintomas conhecidos como tolerância, compulsão pelo álcool e a abstinência são características, além do irresistível desejo de beber, perdendo-se o controle sobre a quantidade de álcool ingerido. A tolerância diz respeito à necessidade de consumir doses maiores de bebida alcoólica para obter o efeito que diminuiu com o uso continuado de doses menores. Com o desenvolvimento da compulsão, o indivíduo consome maiores quantidades de álcool do que pretendia, ou seja, continua bebendo mesmo tendo estabelecido o limite de uma dose. Além disso, a pessoa passa maior parte do tempo buscando a bebida e seus efeitos, abandonando ou reduzindo atividades sociais, familiares e ocupacionais. Apesar de admitir a contribuição do álcool para o aparecimento de problemas físicos, psicológicos, familiares, sociais e de pessoas próximas já terem alertado para os prejuízos acarretados devido ao uso do álcool, a pessoa continua bebendo (OMS, 2007).

Os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do alcoolismo, tanto de homens como de mulheres são múltiplos, e podem ser de origem biológica, psicológica, econômica e sócio-cultural. O fator biológico está relacionado à existência de histórico de dependência na família. Em uma matéria da Revista Superinteressante (2000, p. 30-36), dados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos mostram que filhos de pais alcoolistas têm maiores chances de tornarem-se alcoolistas, bem como maior resistência ao álcool, tolerando mais do que pessoas que não possuem pais com problema do alcoolismo. O fator psicológico diz respeito aos sentimentos de tristeza, angústia e desinteresse pela vida que podem surgir com a perda de um familiar. Nessa situação, a pessoa pode vir a buscar na bebida o refúgio para esquecer o momento difícil.

Quando se fala do fator econômico este se refere às dificuldades econômicas vividas pelo sujeito que pode levá-lo ao uso de álcool e até mesmo a dependência. Essas dificuldades econômicas podem ser originárias da perda do emprego e neste caso “não tendo mais nenhuma esperança de sair dessa situação, essas pessoas têm o sentimento de que são inúteis à sociedade. Perderam o sentido de suas vidas. Procuram então, com freqüência, na bebida a compensação para seus males [...]” (PAUGAM, 1999, p. 51). Neste sentido, a dependência do álcool aparece como uma forma de resistência a esta expressão de desigualdade, pois é a maneira que

encontram para expressar a revolta com a ruptura desse vínculo social, que é o vínculo com o mercado de trabalho.

O fator sócio-cultural também pode ser um condicionante, uma vez que, culturas, assim como a cultura existente na Irlanda, encorajam e aceitam o uso do álcool (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999). Não é preciso ir muito longe, aqui mesmo no Brasil o consumo de álcool é frequentemente associado a eventos esportivos e a festividades. Lembra-se neste momento uma das grandes festividades: a Oktoberfest que acontece anualmente em Santa Cruz do Sul (RS) e Blumenau (SC) em que há até competições entre as pessoas para ver quem bebe mais chope.

Em matéria da Zero Hora (2006, p. 34) do dia 3 de agosto de 2006 (anexo A), sob o título “Álcool Novo Inimigo nº 1”, a escritora e tradutora Lya Luft faz referência as drogas dizendo que “drogas, incluindo álcool, são o caminho da ilusão, da anestesia e da fuga de uma realidade difícil demais. Nossa cultura estimula isso”. O consumo excessivo do álcool é, portanto, reforçado pela cultura e também pela sociedade capitalista que incentiva diariamente seu consumo. Isto porque,

a sociedade capitalista, por meio da exaltação da conquista dos bens materiais para adquirir respeitabilidade e da competição acirrada – que é aceita e dissimulada sobre os múltiplos slogans como “êxito na vida” e “realização pessoal” -, incrementa o consumo de drogas e álcool, causado pela ansiedade de atingir esses padrões (MOTA, 2004, p.26).

Neste sentido, os valores cultuados pela sociedade capitalista que são o consumismo e o individualismo, intervêm diretamente no jeito de ser dos sujeitos, pois através do consumo excessivo de objetos estes buscam encontrar “êxito na vida” e “realização pessoal”. Atualmente, vive-se em uma sociedade que toma como valor e imperativo social o consumismo que possibilita ao sujeito encontrar de forma imediata a felicidade através da utilização de bens e produtos que permitem satisfazer necessidades e desejos, como: comer, beber e vestir (MICHAELIS, 1998). Neste caso a felicidade é encontrada através do consumo do álcool.

Essas são algumas formas e valores culturais que incentivam o uso abusivo de bebidas alcoólicas, mas existe uma outra cultura que pode influenciar o consumo e a dependência do álcool. Esta cultura é a familiar, pois, além da influência biológica, ou

seja, genética, é possível que a rotina diária dos membros de uma família que consumem bebidas alcoólicas e as formas de celebrar ocasiões especiais contribuam para o uso abusivo do álcool. Mas é importante considerar que tais fatores podem complementar-se, pois, se uma pessoa perde o emprego e passa a enfrentar dificuldades econômicas, isso poderá levá-la a depressão e talvez, então, à dependência do álcool, que por sua vez, acaba sendo reforçada pela cultura do consumismo.

Na atualidade fala-se muito sobre o aumento do índice de alcoolismo e sobre os altos índices de acidentes de trânsito e de violência em razão do consumo do álcool. Em dados mais precisos a Agência de Notícias dos Direitos da Infância (ANDI, 2003, p. 76) aponta que o álcool está envolvido “em cerca de 50% dos acidentes de trânsito com vítima fatal; é o principal causador de faltas, afastamento e acidentes de trabalho; está por trás de 80% dos episódios de violência doméstica contra a mulher”.

Devido a todo esse impacto, essa realidade tem sido muito explorada pelos meios de comunicação. Diariamente escuta-se em rádios e telejornais que o índice de alcoolismo tem aumentado. A novela que foi, recentemente, exibida pela Rede Globo “Páginas da Vida”, trouxe a tona à realidade de um alcoolista, através de cenas muito fortes, como aquela em que ele rouba o dinheiro de uma vizinha para beber e, também, uma outra em que ele se joga no mar tentando suicidar-se. Ali, se pode ter uma noção de como é a realidade vivida por um alcoolista e constatar algumas das atitudes de um dependente do álcool. As cenas exibidas pela novela demonstram que as pessoas as quais estabelecem relações com o alcoolista acabam de alguma forma, vivenciando a realidade do dependente do álcool, como os componentes da família, os amigos e até os vizinhos, entre tantas outras pessoas.

Mas ao mesmo tempo em que a mídia veicula o aumento do alcoolismo e dos problemas que dele decorrem também exhibe propagandas em que o álcool é o grande “astro” da cena. As propagandas de cerveja veiculam que o uso da bebida é um pré-requisito para um bom convívio social. No período de cinco dias em que o Brasil pára, visando festejar o carnaval, os programas de televisão e rádio transmitem a seguinte mensagem: “se beber não dirija, se dirigir não beba”. No entanto, minutos depois exhibe propagandas incentivando o consumo do álcool. Por isso, a mídia tem um grande poder

de veicular a informação ora positiva, ora negativa. Positiva no momento em que alerta para os problemas que o álcool pode acarretar e negativa no instante em que incentiva o uso do álcool.

Apesar de todo o impacto social, político e econômico do alcoolismo, a sociedade ainda não reagiu de forma decisiva ao consumo e ao marketing das indústrias de bebidas alcoólicas. Mas, por outro lado já existem movimentos de combate ao consumo do álcool. Em Porto Alegre, por exemplo, no mês de agosto de 2006 foi realizado o 2º Fórum Internacional Qualidade de Vida e Saúde, promovido pelo Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul (SIMERS) com a Associação Riograndense de Imprensa (ARI) que tratou sobre o tema: as marcas do álcool. A finalidade do Fórum foi incentivar a formação de uma rede entre os Municípios, visando frear o consumo de bebidas alcoólicas.

A idéia levantada no Fórum é a de que cada município fiscalize seus bares. Municípios como de Alvorada, Veranópolis e Porto Alegre já tentam restringir o consumo de álcool, através de ações e programas. No município de Alvorada, por exemplo, o Programa “Mais Alvorada, Menos Álcool”, realiza palestras em escolas, visando alertar para os males da bebida alcoólica. Em Veranópolis, professores orientam os alunos sobre os malefícios do álcool. No município de Porto Alegre, vigora uma lei que proíbe o consumo de álcool em postos de gasolina (ZERO HORA, 2006, p. 34). As ações dos municípios são de extrema relevância na prevenção do uso abusivo do álcool por parte de jovens e adultos, alertando para os problemas que a bebida alcoólica pode acarretar.

Conforme aponta Ramos e Pires (1997) a dependência do álcool ou o alcoolismo pode ocasionar problemas tanto orgânico/clínico quanto psicológico e social. Quanto aos problemas orgânico/clínicos a dependência pode levar a doenças, como: cirrose, gastrite, úlcera, pancreatites, hipertensão, câncer e outras. Em relação aos problemas psicológicos, pode levar a auto-piedade, ao remorso, a culpa pela ingestão, a perda da auto-estima, a depressão, ao isolamento entre outros. No caso dos problemas sociais, pode provocar acidentes de trânsito; repercutir nas relações sociais, através da perda dos amigos, de problemas no emprego e com os vizinhos; além de repercutir no relacionamento familiar, levando a desentendimentos, violência verbal e em casos mais

extremos a violência física.

Por isso, o impacto da doença do alcoolismo não incide somente no contexto social mais amplo e na saúde do dependente, uma vez que, a dependência do álcool interfere também na relação familiar, pois os componentes da família vivenciam diariamente a realidade do familiar que enfrenta a dependência do álcool. É importante, portanto, ter clareza de como esse fenômeno se manifesta na relação familiar.

2.2 ALCOOLISMO NA FAMÍLIA

O alcoolismo geralmente tem um profundo impacto na relação familiar do dependente do álcool, seja ele homem ou mulher. De acordo com Edwards; Marshall; Cook (1999, p.59) “a esposa e os filhos são as pessoas comumente atingidas, mas os pais, irmãos, tios ou avós também podem estar envolvidos de alguma maneira”. O envolvimento familiar pode se dar da seguinte forma: o familiar pode ser conivente com o problema de ingestão abusiva de álcool e até mesmo encorajar o consumo, mas o familiar pode envolver-se de forma positiva, através do apoio no processo de recuperação do dependente do álcool (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999, p. 59).

A situação de alcoolismo dentro de uma família gera um grande desgaste, portanto, torna-se, também, uma doença de todo o grupo familiar. De acordo com Ramos e Pires (1997, p. 210), “alcoolizações com conseqüente distúrbio de conduta são capazes de gerar inúmeros sentimentos numa família, tais como ansiedade, vergonha, raiva, etc.” Neste caso, as alcoolizações freqüentes podem levar a família ao isolamento social, bem como às brigas e aos ressentimentos. O isolamento social da família trata-se de uma das fases vivenciadas no processo do alcoolismo.

Para pontuar tais fases cita-se Edwards; Marshall; Cook (1999, p. 60 - 61) que fazem referência às reações da família em um processo que pode culminar com o esfacelamento da mesma. A primeira reação consiste na dificuldade de admitir que a bebida seja realmente um problema, e depois surgem as primeiras tentativas de controlar ou prevenir o alcoolismo. Então, a família começa a isolar-se socialmente

recusando os convites para festas, passeios e outros. As pessoas não são encorajadas a fazer visitas, os parentes não são visitados. Mais tarde o familiar pode iniciar uma fase a qual começa a perceber que suas estratégias não estão funcionando, que as coisas só estão piorando em vez de melhorar, instalando-se assim um sentimento de desesperança. Tratando-se de um casal o contato sexual pode diminuir ou cessar, surgindo um sentimento geral e continuado de distanciamento, medo ou raiva. Nesta fase, ou até mesmo antes, o cônjuge pode começar a sentir a necessidade de fazer alguma coisa para mudar a situação e, então, tenta convencer o dependente de álcool a procurar ajuda. Se não houver nenhuma melhora pode haver a ruptura das relações.

Em entrevistas realizadas com familiares dos idosos, no intuito de complementar as informações sobre a repercussão do alcoolismo no âmbito familiar, suas esposas falaram sobre as reações da família diante da dependência do álcool dos idosos. Os depoimentos a seguir ilustram como foi a reação das famílias.

A reação é uma coisa crescente. Com o tempo, a gente vai se dando conta (Sra. Vitória, 57 anos).

No início, foi difícil entender que o alcoolismo era uma doença. Depois, a gente tentou controlar, conversar (Sra. Eva, 58 anos).

A reação inicial foi de raiva. Eu tinha vontade de matar, porque não sabia que era uma doença. Quando ele chegava bêbado, botava os meninos no quarto deles e ia para o meu quarto. Chaveava a porta para ele não entrar (Sra. Gilda, 59 anos).

Os relatos demonstram que, em geral, o alcoolismo não é entendido de início, como dependência e, dificilmente, como uma doença. As reações das famílias são, entretanto, diferentes. A família de Sra. Eva procurou controlar a situação através do diálogo. Na terceira família, logo no início, foram surgindo os problemas no relacionamento familiar, predominando o sentimento de raiva. A reação dessa esposa em relação ao alcoolismo do esposo, com o passar do tempo permaneceu a mesma. No entanto, a reação das outras duas famílias apresenta mudanças, como pode ser observado a seguir:

os filhos não entendem, ficam bravos. Acham que o pai bebe porque quer. Tem um que diz assim: quer beber bebe, para mim tanto faz, só não me incomoda. Mas, meu marido incomoda. Ele implica, fala, repete sempre a mesma coisa. E, então, é isso que os filhos não gostam (Sra. Vitória, 57 anos).

Em 1979, procurei os Alcoólicos Anônimos e começou a me chamar atenção tudo sobre o alcoolismo (Sra. Eva, 58 anos).

Novamente as reações aparecem de forma diferente, pois, na primeira família os filhos ainda têm dificuldade para entender que o alcoolismo do pai é uma doença e ficam bravos com o mesmo. A segunda mulher teve um outro posicionamento. Entendeu que o alcoolismo é uma doença e, por isso, procurou suporte nos grupos de Alcoólicos Anônimos.

O desenvolvimento das fases vivenciadas pela família em uma situação de alcoolismo demonstra que no início é difícil a aceitação da realidade. Depois, a família luta contra a dependência do familiar, procurando evitar que o mesmo faça uso abusivo do álcool. Temem que o familiar adquira outras doenças, como a cirrose, que poderá levá-lo a morte. Receiam que cause constrangimento a outras pessoas ou que coloque em risco sua vida e de outras pessoas, uma vez que, em estado de alcoolização pode perder o auto-controle, podendo até incorrer em violência psicológica e violência física. Esses tipos de violência tanto podem ocorrer no âmbito das relações familiares, como no âmbito das demais relações sociais.

No âmbito familiar, a violência torna-se uma bola de neve, pois “a violência nas relações familiares configura-se como uma das formas de relação de poder, mantendo-se com a participação de todos os membros, ora nas mãos de uns, ora de outros” (BELLINI, 2002, p. 33). Ou seja, uma família que vivencia a problemática do alcoolismo, a violência seja ela física ou psicológica pode vir a ser praticada por todos os membros do grupo familiar.

Os membros de uma família têm várias reações e comportamentos diante da situação de alcoolismo. Uma criança, por exemplo, que vivencia a situação de alcoolismo do pai ou da mãe pode desenvolver uma série de comportamentos, dentre esses a rebeldia, através da agressão física e verbal e de condutas socialmente inaceitáveis. Também pode distanciar-se emocionalmente de tudo ao seu redor, com a auto-reclusão em seu quarto ou tornar-se uma criança competitiva e fanatizada pela perseguição do primeiro lugar (RAMOS; PIRES, 1997, p. 210). Dessa forma, o comportamento de uma criança pode variar, ora rebelde, ora distante de tudo, auto-suficiente ou pode ter um comportamento responsável zelando pela saúde da família.

Mas, todos esses comportamentos expressam seus sentimentos em relação à situação do familiar dependente do álcool. Esse parágrafo vem a confirmar o que diz a citação de Bellini (2002) em relação à violência nas relações familiares, pois aqui a criança também pode reagir à situação do alcoolismo através da violência verbal ou física.

Em artigo publicado por Pires et al. (2004, p. 24), referente à pesquisa realizada com famílias em situação de vulnerabilidade, no que diz respeito aos problemas de saúde, o alcoolismo é o que mais se destaca. Os dados da pesquisa apontam que foram relatadas onze (19,6%) situações de maus-tratos, sendo associadas normalmente ao alcoolismo masculino. Neste caso o homem alcoolizado bate na mulher e nos filhos, quebra objetos e, também, ainda é agressivo verbalmente. Nesta pesquisa, o alcoolismo feminino não apareceu associado à agressividade ou violência. Este dado não pode deixar de ser discutido enfocando as diferenças de gênero. Mas antes é importante pontuar a diferença entre gênero e sexo, pois são definições bem distintas, uma vez que, o sexo diz respeito às características biológicas que definem a diferença entre homem e mulher, ao passo que gênero é uma construção histórica, social e cultural (MACHADO, 1999). De forma mais detalhada, diz respeito aos diferentes papéis sociais, as atribuições culturais, as condutas que são historicamente construídas e esperadas de homens e mulheres.

Por isso, o fato do alcoolismo feminino não aparecer associado à agressividade e a violência nesta pesquisa, pode estar relacionado às diferenças de gênero que são historicamente e socialmente construídas. Se for considerada a questão da conduta desde a infância, observa-se que se construiu historicamente de forma bastante diferenciada a conduta esperada de meninos e meninas, pois de acordo com algumas culturas os meninos são instigados a desenvolver a força e a agressividade e as meninas a passividade e a fragilidade.

No entanto, como forma de ilustrar que a violência pode também ser cometida por mulheres alcoolistas, se faz referência ao filme cujo título é: “Quando um Homem Ama uma Mulher” (MANDOKI, 1994). Nele a personagem enfrenta a situação de dependência do álcool, e, em uma das cenas do filme a personagem reage de forma violenta a uma atitude da filha, dando-lhe uma bofetada. No filme, as fases vivenciadas pela família em situação de dependência do álcool da esposa e mãe podem ser

constatadas. No início não foi percebida a dependência do álcool da familiar. Depois, com a percepção do problema, o esposo tentou fazer a esposa parar de usar bebidas alcoólicas de forma abusiva. Mas, com o agravamento da dependência do álcool, chegou à situação de agressão à filha e de queda no banheiro, machucando-se. Dando-se conta da gravidade do problema a família internou a mulher em uma clínica para desintoxicação.

Esse é um dos caminhos adotados pela família, nos casos mais extremos em que já está desgastada com a situação do familiar dependente do álcool e constata a necessidade de internação, com vistas ao tratamento e desintoxicação. E, por isso, pode ocorrer sem o consentimento do dependente do álcool, sendo o pedido de internação solicitado por terceiros. Esta forma de internação recebe a denominação de involuntária e quando determinada pela justiça é chamada de internação compulsória. Esse é um dos tipos de internação psiquiátrica que consta na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, e, conseqüentemente dos que sofrem de transtornos decorrentes do álcool e outras drogas. Um outro tipo de internação apontada pela Lei é a voluntária, que ocorre com o consentimento do usuário, ou seja, a pessoa solicita voluntariamente sua internação, devendo assinar uma declaração que optou pelo regime de tratamento (BRASIL, 2001).

Em entrevista realizada na Cruz Vermelha, uma das instituições visitadas que atendem dependentes do álcool e de outras drogas (assim como, pessoas com compulsão pelo jogo, pelo sexo e outras compulsões) o profissional entrevistado fala sobre o papel da família no que se refere à internação.

A família não sabe lidar com o problema, vem atrapalhada e o problema vem agravando-se, e lá pelas tantas decide tomar uma iniciativa tendo por trás [...] o agravamento de toda a situação, de toda a história atual da doença e, aí busca uma saída mágica, como se uma internação hospitalar fosse resolver. [...] a intenção da família, em particular, quando busca hospitalizar o paciente pode ser ruim, porque às vezes a família quer mais prender do que tratar no hospital. Outras vezes, a família quer lavar as mãos. [...] outras vezes, a família está tão desorganizada, tão saturada, tão conflituada com o problema que eles querem só hospitalizar para poder respirar [...] (Sr. Sérgio, 54 anos).

Para o profissional o afastamento da família do dependente do álcool durante o processo de tratamento pode ser prejudicial para a recuperação e não se discorda disso. Então, o que o profissional precisa fazer em sua intervenção, isso no caso do assistente social, é trazer a família para a luta diária da recuperação, mostrando que todo o grupo familiar necessita de tratamento, porque não adianta tratar somente o dependente do álcool, sem envolver os familiares que viveram num contexto de desgaste, de isolamento social e de violência que como referido anteriormente é uma “bola de neve”. Por isso, em sua intervenção com o grupo familiar é importante o assistente social promover reflexões sobre a dinâmica dos vínculos familiares, sobre a violência que se reproduz dentro da família e sobre a violência social (GUIMARÃES; ALMEIDA, 2005, p.133). Além disso, o profissional precisa buscar constantemente o aprimoramento intelectual, com vistas a intervir na situação vivida pelas famílias. E, também, democratizar a informação quanto aos serviços e aos direitos que são assegurados pela assistência social, saúde e previdência social tanto às famílias, quanto aos dependentes do álcool, visando com isto promover o pleno exercício da cidadania.

Tendo em vista que o alcoolismo é um dos maiores problemas de saúde pública com um grande impacto social, é importante considerar às políticas de atenção existentes para enfrentar essa realidade, até porque, o assistente social necessita estar capacitado para levar a informação sobre os direitos sociais à população com a qual trabalha.

2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O Ministério da Saúde (2004) aponta que a exclusão social e a ausência de cuidados atingem de forma contínua os que sofrem de transtornos mentais. Incluem-se nesse quadro as pessoas que consomem álcool e outras drogas. Por isso, são criadas políticas sociais, visando transformar situações de exclusão, prevenir e tratar a dependência química, uma vez que, este fenômeno vem crescendo aceleradamente,

principalmente o da dependência do álcool. O Ministério da Saúde (2004) aponta dados da Organização Mundial da Saúde – OMS referente ao uso abusivo de substâncias psicoativas e estes mostram que cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consome abusivamente substância psicoativa independente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Por isso, é importante ter clareza sobre esta expressão de desigualdade, denominada exclusão social, a que estão sujeitos os dependentes do álcool, e, também, sobre uma das formas de resistência a ela, sendo esta através das políticas de atenção.

Na atualidade tratar sobre o termo exclusão social requer problematizar as diversas formas como esse fenômeno se expressa na vida dos sujeitos, porque “o excluído no período atual não é somente aquele que vive em situação de pobreza” (REIS, 2002, p. 2), mas é também aquele que enfrenta situações de discriminação, perda de vínculos sociais e falta de acesso a serviços. Levando-se em consideração que o assistente social precisa estar atento a totalidade dos fenômenos, não seria diferente com esta expressão da desigualdade, pois a literatura aponta uma série de dimensões implicadas na exclusão social, as quais serão exploradas a seguir.

Em pesquisa à literatura sobre as dimensões da exclusão social suscitou atenção as que são trabalhadas pela autora Baráibar (1999), que se refere a três dimensões, sendo essas: a econômica, a política e a sociocultural. A dimensão econômica se refere à falta de participação no mercado de trabalho, ou melhor, ao

desemprego estrutural e à precarização crescente das relações de trabalho, que provocam processos de desfiliação, ou seja, de não integração no mundo do trabalho, trazendo como consequência, uma ruptura progressiva da inserção social (MENDES et al., 2004, p.41).

A situação de desemprego gera na vida do sujeito além da falta de acesso a bens e serviços, a diminuição do poder aquisitivo e uma série de sentimentos, como: o de inutilidade, de fracasso, de incapacidade pessoal, pois o trabalho tem um importante papel na vida homem. O trabalho não é apenas o meio de garantir a sobrevivência, mas também é através dele que o homem desenvolve as suas habilidades, potencialidades e tem a possibilidade de criar e inovar.

Essa forma de exclusão social é fruto das transformações que ocorreram no mundo do trabalho, pois “o modo de organização do processo de trabalho que conhecíamos está sendo substituído pelo padrão toyotista, que é o padrão japonês no qual a alta tecnologia e produtividade são absolutamente fundamentais” (MARTINELLI, 1998, p.139). Neste sentido, é exigido do trabalhador que acompanhe o avanço tecnológico, qualificando-se para trabalhar com a informatização e produção em grande escala, sendo um trabalhador polivalente que exerça várias atividades ao mesmo tempo e com várias máquinas, rompendo assim com o padrão adotado pelo fordismo, que se caracterizava pelo homem operar somente com uma máquina (ANTUNES, 1998).

Além disso, com a alta tecnologia os quadros de funcionários são reduzidos, sendo estes substituídos pelas máquinas, pois para o empresário o importante é produzir com rapidez. Reis (2002, p. 6), deixa evidente o papel dos investimentos em tecnologia quando afirma que: “desempenham o papel de reduzir o número de vagas nas empresas, trocando o trabalhador por maior rapidez e eficiência das máquinas”. Neste caso, aumenta consideravelmente o índice de demissões e desemprego, reforçando o denominado exército de reserva. Isto pode ser observado através do que Joffily (2005, p. 6) aponta sobre este novo modelo de produção, intitulado por muitos autores como Terceira Revolução Industrial que tem gerado uma “onda mundial e estrutural de demissões e a dimensão inédita de exército de reserva dos desempregados”.

E como fica a situação do dependente do álcool frente às transformações contemporâneas do mundo do trabalho? Ele é duplamente afetado por este contexto, por vivenciar todo o processo de exclusão ocasionado pelo desemprego estrutural e por ter suas funções físicas e mentais afetadas pelo uso contínuo do álcool, que poderá desencadear alguma dificuldade em acompanhar tão rápido o avanço tecnológico das máquinas. Gera-se assim, uma dupla exclusão, por não conseguir acompanhar o avanço tecnológico e por viver na condição de alcoolista.

Em se tratando da dimensão sociocultural, esta diz respeito à falta de participação dos sujeitos nas redes sociais (família, vizinhos, amigos, grupos, associações, partidos e sindicatos). Portanto, quando há desvinculação dos sujeitos do

espaço sócio relacional, bem como das normas e valores da sociedade, estando passíveis a discriminações que,

são formas de exercício de poderes para excluir pessoas do acesso a certos benefícios ou vantagens e do próprio convívio social da maioria por intermédio da rotulação ou etiquetagem de estereótipos socialmente fabricados. Esses rótulos perpassam as relações cotidianas de dominação produzindo a identificação social das pessoas (FALEIROS, 1999, p. 105).

Logo se pensa em como esse alcoolista é visto no seio da sociedade que cultiva valores e normas que devem ser seguidas à risca. Assim, no que se refere ao dependente do álcool, constata-se que o mesmo é visto “sem parâmetros morais, um estorvo para a família e para a sociedade, na medida em que não representa o modelo de normalidade esperado” (HYGINO; GARCIA, 2003, p. 37). Isto porque, de acordo com os padrões e normas criadas esse dependente torna-se uma ameaça, pois, gera briga, acidentes de trânsito e tem cheiro de álcool. Por isso, esta dimensão da exclusão precisa ser analisada através da contradição, pois de um lado, como já descrito anteriormente, o consumo do álcool é reforçado pela cultura da sociedade, mas por outro lado, essa mesma cultura cria padrões de normalidade, excluindo da vida social o dependente do álcool. E isto o leva a impossibilidade de integrar-se socialmente, considerando que ocorre a ruptura dos vínculos sociais, que de acordo com Paugam (1999) inclui uma série de dificuldades como: problemas de saúde, ausência de moradia, perda de contato com a família e perda do emprego. Isto ocorre em alguns casos com os dependentes do álcool, que chegam até mesmo a viver na rua, perdendo o contato com a família e passando a ter a saúde ainda mais prejudicada.

A dimensão política está implicada no âmbito da cidadania, ou seja, diz respeito aos direitos civis, políticos e sociais. Isto significa que, ao não conseguir acessar esses direitos o indivíduo é excluído. É importante descrever o que caracteriza cada direito, para se ter uma compreensão do que exatamente o indivíduo é excluído. O direito civil diz respeito à liberdade de expressão e organização, ao direito de ir e vir, a vida e a justiça. O direito político é aquele que se refere à participação no governo da sociedade e caracteriza-se pelo direito de votar e ser votado para a presidência da república, para o congresso nacional, para a câmara dos deputados, para o governo do estado e para prefeitura municipal. O direito social se caracteriza pelo direito de participar por

completo do usufruto de bens e serviços referentes à educação, a assistência social, a saúde, ao lazer, a previdência, a habitação, a cultura e ao trabalho (CARVALHO, 2004). Logo, os dependentes do álcool e, no caso mais específico os idosos dependentes do álcool que estão em processo de recuperação da doença, que não exerçam ou acessem tais direitos sofrem o processo de exclusão social.

Neste contexto de exclusão os serviços de atendimento procuram se estruturar para promover o tratamento e a recuperação dos dependentes do álcool, com vistas à inclusão social. Um desses serviços é oferecido pela rede pública de saúde. O direito ao tratamento da doença na rede pública de saúde é oferecido através do Sistema Único de Saúde - SUS, que foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). O SUS tem a finalidade de garantir a todos, assistência integral e eqüitativa à saúde. No SUS, portanto, a saúde é um direito que compete a todo ser humano, devendo ser garantida pelo Estado, através de políticas sociais e econômicas.

Mas, é importante assinalar que a concepção de saúde não se restringe ao âmbito biológico, visto que no final da década de 70 o movimento pela democratização da saúde criou condições para a construção do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento envolveu intelectuais e profissionais da área da saúde, assim como movimentos sociais e estudantes que se organizaram de forma a criticar a concepção de saúde restrita ao aspecto biológico (VASCONCELOS, 2003). Criaram-se, assim, condições para a ampliação das possibilidades de atenção à saúde. A atenção à saúde passou a ser vista de forma coletiva, levando em consideração que o processo de adoecer envolve, também, aspectos econômicos, sociais e culturais, ou seja, “os processos de saúde/doença abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, lazer [...]” (NUNES; MACHADO; BELLINI, 2004, p. 228).

Com essa nova forma de atenção à saúde, o atendimento passou a ocorrer de forma integrada, através de uma abordagem interdisciplinar que consiste na atuação de multiprofissionais (médicos, psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e outros), ou seja, profissionais das múltiplas áreas do saber que se articulam, visando ampliar a forma de intervenção que, anteriormente, era realizada de forma fragmentada. O atendimento aos dependentes do álcool na rede de saúde pública, portanto, deve ocorrer através de uma abordagem interdisciplinar.

No que se refere aos programas existentes para o atendimento aos dependentes do álcool e de outras drogas, o Ministério da Saúde instituiu através do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas que está em consonância com a Lei 10.216 de 09 de abril de 2001, que constitui o marco legal da Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica, por sua vez, “fundamenta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, buscando a implantação da rede de serviços de atendimento psicossocial com o objetivo de desinstitucionalização psiquiátrica” (NUNES; MACHADO; BELLINI, 2004, p. 229).

É, por isso, que de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a assistência a usuários de álcool deve privilegiar os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, sendo realizado por Centros de Atenção Psicossocial - CAPs, que existem em todo território nacional. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o objetivo de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPs é prestar atendimento à população através de atividades terapêuticas e preventivas, de modo a:

- Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- Fornecer atendimento aos usuários dos serviços dentro da lógica de redução de danos;
- Promover através de diversas ações a reinserção social dos usuários dos serviços. Essas ações voltam-se para o trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação à população, e para promovê-las, contam-se com setores da educação, esporte, cultura e lazer.

Para o Ministério da Saúde (2004) a rede de suporte social tem um importante papel no processo de redução de danos⁵. Pois, acredita que a rede de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em constante interação tem a possibilidade de prevenir, tratar e criar alternativas de controle ao uso da substância psicoativa, sem interromper o seu uso. Isto porque, a proposta da abordagem que tem como objetivo a redução de danos, é traçar estratégias que não se voltem para a abstinência, mas para a defesa da vida e minimização do dano

⁵ Os danos incluem alguns que já foram apontados, que são: agravos causados à saúde física e mental; problemas no relacionamento familiar e social, problemas relacionados ao trabalho (desempenho, absenteísmo e outros); acidentes de trânsito; situações de violência doméstica e situações de conflito com a lei.

provocado tanto para os indivíduos, como para a sociedade em decorrência do uso da substância. O'hare (1994), em sua discussão sobre a proposta de redução de danos, esclarece que esse tipo de abordagem se revela como uma estratégia de saúde pública, a qual vem recebendo maior atenção após ser constatado que o HIV poderia ser transmitido através do compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas. A partir daí, torna-se possível entender o porquê da proposta de redução de danos através da distribuição gratuita de seringas e agulhas, pois o objetivo não é proibição do uso da seringa e agulhas, mas sim reduzir o risco de contaminação através do compartilhamento. No tocante a redução de danos no que diz respeito ao álcool, destaca-se as campanhas que visam prevenir quanto aos danos que dirigir embriagado pode acarretar.

Assim como o Ministério da Saúde trata sobre a questão da rede de suporte social, na atuação do Serviço Social muito se tem tratado com a temática de rede. Por isso, é importante ter claro o que é a rede, pois também estará sendo investigada neste estudo. Desde o momento do nascimento o primeiro contato estabelecido pelo ser humano é com o grupo familiar. Neste momento, começa-se a tecer os primeiros passos para construção da rede que com o tempo vai ampliando-se, possibilitando que o ser humano torne-se um sujeito coletivo, pois depois vêm os amigos, os vizinhos, à escola e o trabalho. Mas, em meio a isso existem outras redes que são acessadas, como a rede de saúde (hospitais, postos de saúde). Dentro de uma rede, portanto, existem várias redes que podem ser acessadas.

Baptista (2000) distingue alguns tipos de redes. As *redes sociais espontâneas* têm como base às relações primárias e espontâneas que são estabelecidas com a família, amigos, vizinhos, trabalho e comunidade. Por isso, as relações não podem ser produzidas a partir da ação institucional ou técnico profissional. Os membros das redes sociais espontâneas unem-se por vínculos de natureza afetiva que pode ser positiva ou negativa.

As *redes de serviços sóciocomunitários* têm como protagonistas organizações comunitárias (a Igreja, a Sociedade Amigos de Bairro), além de agentes filantrópicos. Essas redes organizam-se a partir da criação de clubes de mães, festas comunitárias, cooperativas, mutirões para moradia e, também, implementam serviços, visando à

melhoria da qualidade de vida e ambiental. As *redes setoriais públicas* situam-se no espaço público e prestam serviços especializados, assegurados pelas políticas públicas de educação, de saúde, de habitação, de assistência social e de outras. As *redes setoriais privadas*, devido ao caráter privado, prestam seus serviços mediante pagamento e via convênio. Por isso, seus serviços são restritos a uma parcela da população.

Diante das características das redes acima, é importante destacar que uma rede consegue reunir indivíduos e instituições de forma participativa em torno de objetivos ou temática comum. O apoio fornecido pode ser de ordem formal ou informal. O primeiro é oferecido pelos programas e serviços governamentais e o segundo é oferecido pela comunidade através de organizações não-governamentais, como associações, igrejas, grupos de auto-ajuda, amigos, familiares, vizinhos, entre outros.

A rede de apoio possui características estruturais específicas que diz respeito ao número de pessoas que a compõem, ao nível de conexão entre seus membros e ao tipo de necessidades demandadas pelos sujeitos, que podem ser afetivas, psicológicas, sociais e econômicas.

No processo de trabalho do assistente social desvendar a constituição da rede, que é composta pelas relações sociais estabelecidas pelos sujeitos, torna-se um objetivo essencial, pois através do mapeamento da rede é possível constatar as fragilizações dos vínculos estabelecidos pelos sujeitos e as expressões da questão social que estes vivenciam. Assim, será possível propor alternativas de intervenção que possam vir a fortalecer as formas de resistência e a superar as fragilizações de vínculos.

3 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E SEUS ASPECTOS GERAIS

No primeiro capítulo tratou-se mais especificamente sobre a questão da doença do alcoolismo de forma mais ampla. Neste capítulo, a discussão volta-se para a questão do envelhecimento da população, considerando que é preciso conhecer a população alvo do estudo. Por isso, discute-se neste capítulo questões relativas ao crescimento da população idosa na contemporaneidade, aos aspectos biopsicossociais que envolve o envelhecimento, as políticas sociais existentes para proteção ao idoso, assim como sobre o envelhecimento no contexto familiar, articulando tais questões com o alcoolismo.

3.1 CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA NA CONTEMPORANEIDADE

Ao longo dos anos o número de pessoas com idade avançada vem aumentando consideravelmente, fenômeno esse que vem sendo observado no mundo inteiro. Se comparado a algumas épocas passadas tem-se um grande avanço, pois “no tempo dos romanos, a vida média era de 20 anos. Isto é, a maioria morria ao nascer. Em 1800, a vida média era de 30 anos. No Brasil, em 1939, a média das pessoas era de 41 anos” (BOTH, 1993, p. 8). Na atualidade, as projeções feitas quanto o aumento da expectativa de vida vão mais além, considerando que em 1980 a expectativa de vida ao nascer era de 63,5 anos, e as projeções para 2020 mostram que a expectativa de vida chegará a 72, 1 anos (REY et al., 1996).

Devido às projeções e ao crescente aumento da longevidade, o fenômeno do envelhecimento vem sendo bastante estudado e pesquisado por profissionais de diversas áreas, especialistas na área do envelhecimento que desenvolvem trabalhos junto à população idosa. Inclusive, pode-se constatar isso através do que salienta Zimmerman (2000, p.15).

O envelhecimento mundial, inclusive já provocou o surgimento de especialidades como a gerontologia e a geriatria. Gerontologia, tal como designa a sua etimologia grega, é a ciência que estuda (logos) o envelhecimento (geros). A geriatria, por sua vez, refere-se ao campo da medicina que se ocupa das enfermidades do organismo do velho e alude a necessidade de estabelecer níveis de prevenção, tratamento e reabilitação da patologia própria desta faixa etária.

O aumento da população com idade avançada na contemporaneidade pode ser observado através de levantamentos estatísticos e censos, como o Censo de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o qual aponta que a população com 60 anos de idade ou mais era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991. Além disso, nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões. Isso demonstra que a população idosa vem aumentando com o passar dos anos e que esse aumento prosseguirá se continuar sendo dada atenção a esta população, através de estudos e do trabalho de profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e outros). Enfim, todos os segmentos profissionais atuantes na área da gerontologia que buscam transmitir a esta população informações referentes aos direitos sociais, políticos e civis; ao cuidado com a mente, com a saúde, com a alimentação entre tantas outras questões que contribuem para o aumento da longevidade.

A área da saúde tem contribuído e muito para o aumento da longevidade, devido à descoberta de novos tratamentos, medicações e prevenção de muitas enfermidades. Mas, o avanço na área da saúde não é o único fator que contribui para que a população envelheça mais e com melhor qualidade de vida, pois, existem outros fatores que são: melhoria das condições de saneamento básico, evitando o aparecimento de doenças; redução da mortalidade e queda da taxa de natalidade que hoje é de 2,3%, e em 1991, era de 2,9%. Por isso, deve ser acentuado que o envelhecimento populacional está relacionado também a combinação de três fenômenos que são: redução da natalidade, redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida (NERI, 2001, p. 22).

Neste sentido, constata-se que as áreas ligadas à saúde, ao meio ambiente e ao social constituem um importante avanço para o aumento da longevidade e para redução da mortalidade. Isto porque, na atualidade se tem maior preocupação com as questões ligadas à saúde, a higiene, a mente e ao contexto social (políticas sociais,

cidadania, qualidade das relações sociais). Tudo isso, visando uma melhor qualidade de vida que abrange,

aspectos reais e mais refinados entendidos como saúde, bem estar social, bens de cidadania e suas repercussões sobre as condições de moradia, de acesso a bens e serviços, participação política, condições de trabalho digno, salário e segurança e também a possibilidade de aquisição de bens de consumo, compatíveis com a sobrevivência do indivíduo e de sua família (MORETTO et al., 2005, p. 31).

Mas, em se tratando da realidade de um idoso dependente do álcool o que se vê é a qualidade de vida afetada, pois o dependente do álcool sofre a repercussão da dependência em suas relações sociais (de trabalho, de amizade, de vizinhança, de família entre outras). Mas além das relações, a sua saúde também é afetada, assim como a alimentação, pois muitas vezes esta é substituída pelo álcool.

Muitas dessas situações, que afetam a qualidade de vida dos idosos, podem ser consideradas também como dificuldades vividas no cotidiano do dependente do álcool, e mais especificamente dos idosos dependentes do álcool. Cotidiano que para Guimarães (2000, p. 27) “é o dia-a-dia das pessoas: as vivências, as experiências, as atitudes mecanizadas ou refletidas, os desejos, [...]”. É na vida cotidiana que se desenvolve a história de cada um, com seus aspectos positivos e negativos. Esta história não é construída somente de fatos da vida individual de cada homem, mas, também, de fatos de relações estabelecidas com outros homens. Estabelecendo uma relação com o cotidiano de pessoas dependentes do álcool, é na vida cotidiana que os idosos irão viver as suas experiências, suas vivências, suas atitudes, suas rotinas, seus hábitos enquanto dependentes do álcool e também irão participar na “vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade” (HELLER, 1970, p. 17).

É por isso que a realização de pesquisas é de fundamental relevância para se desvendar as vivências, experiências e dificuldades da população. Assim é o caso deste estudo, que vem a desvendar as vivências e experiências dos idosos dependentes do álcool, que estão realizando o Programa de Recuperação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre.

Tendo como base os vários aspectos que envolvem o fenômeno do envelhecimento que devem ser considerados no trabalho de profissionais os quais atuam visando à melhoria da qualidade de vida dessa população, torna-se oportuno tratar tais aspectos do fenômeno do envelhecimento que são biopsicossociais.

3.2 ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento ocasiona transformações extremamente significativas e estas se referem aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Os aspectos biológicos dizem respeito às mudanças que ocorrem no organismo do idoso, pois "atualmente se considera que o envelhecimento relaciona-se fundamentalmente com alterações das proteínas que compõem o organismo" (FILHO, 1996, p. 60). Dentre as mudanças têm-se aquelas que são externas e internas. As externas geralmente são mais observadas, pois ocorre o decréscimo da elasticidade com o aparecimento de rugas, os cabelos ficam brancos e podem aparecer manchas escuras na pele (manchas senis), assim como verrugas. Dentre as alterações internas no organismo Zimmermann (2000, p. 22) destaca as seguintes: a atrofia dos órgãos internos, reduzindo o seu funcionamento; o metabolismo fica mais lento; a digestão torna-se mais difícil; o olfato e o paladar diminuem.

Além dessas alterações físicas externas e internas, devem ser destacadas as mudanças biológicas relacionadas às doenças que, podem surgir com o envelhecimento e que são referidas por Moragas (1997, p. 52) como sendo: osteoporose, artrose, adenocarcinoma de próstata, artrite e polialgia reumática. Além dessas, existem outras que são comuns na velhice, mas que também podem se desenvolver na maturidade, sendo essas: Mal de Parkinson, Mal de Alzheimer, diabetes não-insulínicas, neoplasias, enfisema e hipertensão, assim como pneumonia, cirrose, acidentes cerebrais e infarto do miocárdio.

Dentre as mudanças no organismo, as doenças demandam cuidados médicos e em alguns casos diminuição de atividades. Mas outras mudanças físicas não

necessitam de cuidados e diminuição das atividades (RAUTER, 2004, p. 37). Este é o caso das mudanças externas. Entretanto, as mudanças externas podem afetar a saúde mental do idoso pelo fato de transformar a beleza e a forma do corpo. Isto se deve também a valorização social e cultural da juventude que o idoso acaba introjetando em si próprio.

É relevante acentuar uma diferença entre as doenças orgânicas. Algumas possuem causas internas e outras causas externas. No caso da doença de Alzheimer, por exemplo, as causas são internas, pois, o tecido cerebral se deteriora apresentando nós e placas que só podem ser observados pós-morte. Isto complica o diagnóstico em vida, tendo em vista que, muitas vezes, as reações se confundem com arteriosclerose cerebral que dificulta o fluxo sanguíneo. Ambas as manifestações se assemelham devido à deterioração das funções mentais, delírio, agitação e depressão. Por isso, elas são irreversíveis. No caso das doenças reversíveis, as causas são de ordem externa, podendo ser estas: nutrição deficiente, alcoolismo, drogas entre outros. Para que sejam reversíveis são necessárias medidas que atuem sobre o agente que deu origem a situação (MORAGAS, 1997).

As alterações no organismo estão ligadas aos aspectos psicológicos, pois diante delas, acrescidas de outras perdas que podem ser afetivas e sociais, não somente físicas, o idoso pode tornar-se mais frágil, podendo ficar mais sensível, o que conseqüentemente afetará sua saúde mental. Nesse caso, há necessidade de serem trabalhadas tais perdas, englobando vários profissionais como (médicos, assistentes sociais, psicólogos e outros). No entanto, há aqueles que encaram essas alterações e perdas biológicas de maneira mais tranqüila e positiva acreditando que tem muito a passar para os mais jovens, devido a toda bagagem e experiência que adquiriram ao longo da vida.

Quando o idoso torna-se mais sensível e frágil devido às mudanças que ocorrem no seu organismo, isto pode repercutir na vida social do mesmo, porque ao deparar-se com tais alterações pode acontecer do mesmo isolar-se socialmente por sentir-se diferente dos demais. Entretanto, os que não se afetam tanto com as mudanças podem buscar ainda mais seu espaço no meio social.

Esta fase do ciclo vital da vida, portanto, não pode ser analisada de forma estanque, linear. Isto porque, deve ser considerada a heterogeneidade que envolve o fenômeno do envelhecimento. O que para um pode ser negativo, para outro pode ser positivo. Por isso, cada indivíduo tem uma forma de viver a vida. Um exemplo sobre a questão da heterogeneidade está relacionado à fase da aposentadoria. Neste novo período da vida, alguns idosos poderão ocupar o tempo com outras atividades, dentre algumas dessas destacam-se: a inserção em grupos de convivência e a realização de atividades culturais e de lazer, como: viajar, ir ao cinema e ao teatro. Essas atividades possibilitam que o processo social de participação seja fortalecido, pois,

alguns têm uma participação intensa e freqüente, principalmente aqueles que participam dos grupos de convivência. Esses geralmente também participam de outras atividades como grupo de dança e grupos de igreja (MENDIONDO; BULLA, 2003, p. 277).

Mas, a participação não significa somente usufruir das atividades e programas organizados por outros, pois, o processo de participação inclui o trabalho coletivo, inclusão nas discussões e proposições de alternativas, envolvimento no planejamento das ações, na gestão, no controle e na avaliação das atividades. Isto significa que, a participação deve fazer parte desde o início da inserção nas atividades. Por isso, principalmente o assistente social, que tem o entendimento de que participação não é algo tão simples, precisa estar atento para fortalecer cada vez mais esse processo social que contribui para fortalecer a autonomia dos idosos.

No período em que a pesquisadora coordenou um grupo de idosos intitulado Trocando Idéias, foi possível observar que prevalece nessas atividades a população feminina. Este grupo faz parte das atividades que são oferecidas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul através da Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários que mantém uma parceria com unidades da Universidade, entre elas a Faculdade de Serviço Social a qual está vinculado o Grupo “Trocando Idéias⁶” e a

⁶ O Grupo Trocando Idéias tem como objetivo “propiciar às pessoas idosas um espaço coletivo de discussão, reflexão e troca de experiências, no intuito de contribuir para o desenvolvimento de processos sociais e o fortalecimento dos sujeitos para o exercício da cidadania” (BULLA; KIST, 2006, p. 6).

atividade “Matinê das Duas: Cine Comentado⁷”. Em razão de ter coordenado este grupo e ter observado que o maior percentual nessas atividades é o de mulheres, veio à indagação. Onde será que estão os idosos homens? Podem estar em casa assistindo televisão; estar fazendo uma atividade voluntária, muito comum para quem se aposenta; podem estar reunidos com seus amigos conversando e até mesmo jogando ou consumindo algum tipo de bebida alcoólica, porque

é bastante freqüente que neste período da aposentadoria eclodam sintomas da esfera psiquiátrica, como o surgimento de quadros depressivos graves, inclusive com a possibilidade de risco de suicídio, manifestações de alcoolismo, etc. Por conseguinte, torna-se útil a instituição de programas de reeducação para a aposentadoria (ZIMERMANN, 1997, p. 340).

Os programas de preparação para a aposentadoria devem ser cada vez mais reforçados, preparando as pessoas para esta nova fase da vida que por um lado traz ganhos e por outro, perdas. Como ganhos, vislumbram-se a disponibilidade de tempo para executar atividades diversas que quando estava inserido no mercado de trabalho, não tinha possibilidade de realizar. No caso das perdas, uma delas e talvez a que cause maior impacto no padrão de vida do aposentado é a diminuição da renda mensal com os valores da aposentadoria repassados pela Previdência Social sujeitos a limites e reajustes que oneram a pessoas que se aposentam.

3.3 POLÍTICAS SOCIAIS DE PROTEÇÃO AOS IDOSOS

Quando se trata sobre o tema políticas sociais, é importante ter claro o que elas significam e como se configuram no Brasil, principalmente as que foram criadas visando garantir os direitos à pessoa idosa. Assim, torna-se possível entender como se desenvolve a inserção desta população na realidade atual brasileira. Neste sentido, far-

⁷ O Matinê das Duas: Cine Comentado tem como objetivo “propiciar um espaço de promoção da qualidade de vida onde, através da cultura e do lazer, os participantes venham a refletir sobre os aspectos abordados nos filmes exibidos, com a oportunidade de revisar os seus próprios costumes e valores” (ANGELOS, 2004, p. 19).

se-á um recorte histórico das políticas sociais no Brasil a partir dos anos 30, quando passaram a ser tratadas como prioridade do governo.

Na década de 30, Getúlio Vargas assumiu o poder rompendo com o modelo liberal que prevalecia anteriormente, pois, “antes da década de 30, a economia brasileira era agroexportadora e o sistema político caracterizado pela falta de planejamento social” (PEREIRA, 2000, p.127). O que significa que o Estado não tinha o papel de regulador da área social e da economia. Esse modelo de Estado surgiu com Adam Smith (1723-1790) que defendeu a idéia de que o mercado como regulador das ações econômicas traria muitos benefícios para a população, independente da intervenção do Estado.

Antes de o Brasil ser governado por Getúlio Vargas ocupava a presidência Washington Luís cujo governo caracterizou-se por não gerir a intervenção na área social, ficando tal responsabilidade com as seguintes instâncias: “o mercado - que atendia a preferência e as demandas individuais -; a iniciativa privada não mercantil que dava respostas tópicas e informais aos reclamos da pobreza” (PEREIRA, 2000, p.127-128). Além disso, a polícia controlava a questão social de forma repressiva.

No entanto, na década de 30 ocorreu a intensificação do processo de industrialização, o que levou a um maior desenvolvimento econômico, e, também, paralelo a isso um aumento da população e da urbanização e com isso,

A concentração da população nas áreas urbanas trouxe consigo problemas de assistência, educação, habitação, saneamento básico, de infra-estrutura e tantos outros. Na medida em que a industrialização crescia, crescia a concentração da renda, ampliando-se as desigualdades sociais, aumentando as tensões nas relações de trabalho e agravando-se a questão social (BULLA, 2003, p. 5).

O governo que até então ocupava o poder com sua concepção de governo liberal, não intervia nas tensões entre patrões e empregados. Mas, ao contrário do que acontecia nesse governo e em outros anteriores, o governo populista, sob o comando de Getúlio Vargas que assumiu o poder após a Revolução de 30, reconheceu que a questão social existia e que demandava a intervenção do Estado. Assim, a questão social passou a ser tratada como caso de política e não mais como caso de polícia. Temendo o acirramento dos movimentos operários que começaram a surgir com o

incremento da industrialização Vargas tomou uma série de medidas de políticas sociais e “centrou-se na tentativa de organizar as relações entre capital e trabalho” (COUTO, 2004, p. 95).

No que tange as leis de amparo às pessoas idosas, ganha destaque à área da previdência, pois o então presidente, em sua gestão estimulou a expansão das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs)⁸ “que deixam de pertencer às grandes empresas e passam a abranger categorias profissionais” (BULLA, 2003, p. 6). Para tanto, foram criados de 1930 a 1938 os Institutos de Aposentadorias e Pensões, sendo esses: o Instituto de Aposentadoria dos Marítimos, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários e dos Bancários, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores do Transporte e Carga e o Instituto dos Servidores Cíveis. Entretanto, “os trabalhadores rurais, maioria da população, sem condição salarial por parte dos latifundiários e também sem organização de seus interesses, ficaram de fora do sistema estatal da previdência até os anos 70” (FALEIROS, 1999, p. 45). Neste período, ainda apareciam formas de desigualdade, uma vez que, a política social previdenciária restringia-se à classe de trabalhadores urbanos que tinham vinculação ao mercado formal de trabalho. Na década de 60 ocorreu a promulgação da Lei 3.807 que dispunha sobre a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que em seu artigo 22 garantia aos segurados os seguintes benefícios: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, aposentadoria por velhice, aposentadoria por tempo de serviço, entre outros (HADDAD, 1993).

Mas foi na década de 70 que o Ministério do Trabalho e Previdência Social sancionou a primeira medida na área da assistência social aos idosos, estabelecendo, uma Renda Mensal Vitalícia que correspondia na época a 50% do salário mínimo vigente na época. Entretanto, esta medida era restrita aos beneficiários do sistema previdenciário. Portanto, ainda não abrangia a toda população. Assim, no que diz

⁸ A primeira Caps foi criada em 1923 no governo de Arthur Bernardes, por meio da Lei Eloi Chaves nº 4.682. Nessa época, as Caps foram criadas em cada companhia da estrada de ferro, dirigindo-se aos ferroviários que passaram a desfrutar da cobertura previdenciária, a partir do momento que se desligassem da produção por velhice, invalidez ou tempo de serviço (Haddad, 1993). No governo de Getúlio Vargas as CAPs asseguravam como benefícios o direito a pensão ou pecúlio pelos familiares, à aposentadoria por velhice ou invalidez, a compra de medicamentos a preços reduzidos, sendo mantidos pela contribuição compulsória dos empregados e empregadores, sem a participação do Estado (COUTO, 2004, p. 96).

respeito à proteção aos idosos, constata-se que era muito incipiente, pois se restringia a área da previdência social.

No que se refere aos direitos dos idosos, desta época em diante a legislação se ampliou, pois o idoso passou a receber atenção especial com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Mas, além da Constituição Federal de 1988, existem outras Leis específicas que dispõem sobre os direitos dos idosos. Dentre essas Leis destacam-se a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 (Brasil, 1994), a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e a Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, que versa sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

A Constituição Federal de 1988 passou a reconhecer o idoso como segmento especial, pois em seu Art: 230 “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo a sua dignidade e bem estar, garantindo-lhe o direito a vida” (BRASIL, 1988). Portanto, é dever de toda a sociedade empenhar-se para que o idoso viva em condições dignas e exerça seus direitos, muito embora prevaleçam as idéias da lógica capitalista, em que as pessoas são transformadas em mercadorias e os idosos em sua maioria aposentados e pensionistas são considerados como sujeitos improdutivos.

Na década de 90, mais especificamente em 1993 e 1994 foram sancionadas duas leis, uma que diz respeito à proteção somente aos idosos e outra que garante a proteção aos idosos e aos demais segmentos do País. Esta se trata da Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742, de 7 de setembro de 1993 (BRASIL, 1993_a) que em seu (artigo 2º) assegura que a Assistência Social tem por objetivo “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”. E que em seu (artigo 20) prevê através do Benefício de Prestação Continuada o direito a 1 (um salário mínimo) a pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais, desde que comprove não possuir meios de prover a sua subsistência (BRASIL, 1993_a). Entretanto, tal benefício pode ser questionado, na medida em que exige que o idoso tenha idade superior aos 60 anos de idade.

Esse questionamento é em razão de que outras leis de proteção social aos idosos, como a Lei 8.842 de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), consideram idoso a pessoa que completa 60 anos. A Lei 10.741 de 1º

de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), considera idoso a pessoa com 60 anos ou mais. Levando-se em consideração a idade exigida para a concessão do benefício, constata-se que as pessoas a partir dos 60 anos ficam de fora desse direito. Por isso, a disparidade nas leis quanto à idade apresenta-se como uma dificuldade no que diz respeito à proteção aos idosos.

É exatamente sobre as Leis que consideram idoso a pessoa a partir dos 60 anos que irá se tratar a seguir, pois, considera-se que estas Leis dispõem de importantes direitos, os quais visam garantir o exercício da cidadania dos idosos. Para o assistente social que atua na área do envelhecimento, o conhecimento dessas Leis é imprescindível para cumprir com os princípios fundamentais que norteiam o exercício profissional que são:

Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia de direitos civis, sociais e políticos.

Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure a universidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática (BRASIL, 1993, p. 20).

As duas Leis, tanto a de nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), como a Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) foram conquistas que ficaram marcadas na história. Isto porque, a Política Nacional do Idoso veio a garantir entre alguns dos direitos, os que compõem o tripé da Seguridade Social: saúde, assistência social e previdência social.

No que se refere à execução dos direitos, a Política Nacional do Idoso prevê que os órgãos e entidades públicas devem garantir ao idoso a assistência à saúde em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS; diversificar a rede de atendimento ao idoso através da criação de centros de convivência, centros de cuidado diurno, casas-lar, atendimentos domiciliares e outros. Também devem dar prioridade aos idosos no que diz respeito aos benefícios previdenciários.

A promulgação do Estatuto do Idoso em 1º de outubro de 2003 veio a garantir direitos de forma abrangente, pois consiste no direito ao acesso à saúde, previdência,

transporte, lazer, cultura, educação, alimentação, dignidade, respeito, justiça, liberdade, convivência familiar e comunitária.

É inquestionável as várias conquistas que se teve no decorrer dos anos quanto às políticas sociais e quanto as leis que foram sancionadas, visando garantir o direito aos idosos à saúde, a habitação, a educação, ao transporte, a assistência e outros. Mas, por outro lado, não se pode deixar de analisar a outra face da realidade que é a de um estado mínimo no social e máximo na economia. Esse outro lado da realidade tornou-se forte a partir da década de 90 com a adoção das medidas neoliberais, pois, os governos passaram a adotar as orientações que foram definidas no Consenso de Washington⁹. Assim, “todas as garantias constitucionais que foram consubstanciadas em legislações ordinárias” (COUTO, 2004, p. 144) como: a Lei Orgânica da Saúde e a Lei Orgânica da Assistência Social passaram a ser alvo de desmonte pelos governos. Então, surge a contradição, pois de um lado se tem um Estado que sanciona leis, visando assegurar a garantia dos direitos. Mas, por outro lado, tem-se um Estado que adota um modelo cuja ideologia transformada em ação consiste em um constante ataque aos direitos conquistados na constituição.

Portanto, com a adoção do ideário neoliberal, a contradição se faz presente, pois, o Estado cria as políticas sociais pretendendo amenizar as expressões da questão social vivenciadas pelos idosos. Entretanto, os direitos assegurados através das políticas sociais não são cumpridos na prática como deveriam ser, pois o Estado ao adotar as orientações neoliberais não investe tanto no social para que as leis sancionadas sejam cumpridas de fato. O que o Estado faz é investir cada vez mais no mercado, incentivando o crescimento da economia. Assim, uma das conseqüências da adoção do modelo neoliberal consiste na não efetivação dos direitos sociais dos idosos previstos em lei. Fato esse observado como um retrocesso no desenvolvimento das políticas sociais.

⁹ No final da década de 80, representantes do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial, do Governo norte-americano, economistas, políticos latino-americanos e caribenhos de orientação neoliberal, reuniram-se para elaborar um receituário que ficou conhecido como Consenso de Washington que indicava medidas que deviam ser seguidas pelos países. Entre essas medidas consta: redução do tamanho do Estado, ajuste fiscal, privatizações, desregulamentos, fim dos gastos públicos e das obras faraônicas (BAPTISTA apud COUTO, 2004).

Diante da desresponsabilização do Estado para com as políticas sociais, Organizações Não Governamentais – ONGs, movimentos populares, sociedade civil, grupos voluntários e familiares se organizam tentando suprir os espaços pouco atendidos pelo Estado, o que se considera relevante para o enfrentamento das desigualdades sociais, uma vez que o Estado se exime de suas responsabilidades para com os cidadãos através do discurso da impossibilidade do atendimento por falta de recursos. No entanto, crê-se que o aumento de tais iniciativas exime o Estado de suas responsabilidades no que tange a efetivação das políticas sociais que não se restringem à ajuda ou voluntariado, mas sim, que visam responder a direitos sociais. Por isso, é necessário preparo e conhecimento para trabalhar com as mesmas. Um dos grupos apontados acima que se organiza para tentar suprir os espaços pouco atendidos pelo Estado, é o grupo familiar o qual se dará ênfase a seguir.

3.4 ENVELHECIMENTO E CONTEXTO FAMILIAR

Quando se trata sobre questões relativas ao grupo família, é preciso ter atenção para os diversos arranjos familiares existentes, não direcionando somente a padrões introjetados como se a família só se constituísse por pai, mãe e filhos. Por isso, é preciso aprender a tolerar as diferenças e saber respeitar as várias configurações. Isto porque, nos dias atuais a família não é mais composta tão somente por pai, mãe e filhos, pois, podem existir famílias que os pais são separados, que pais ou mães casam-se com novos companheiros podendo vir a ter filhos com os mesmos. Assim como pode, também, ser constituída por homossexuais, além de tantas outras formas de constituição.

Assim, a família é um grupo bastante heterogêneo, pois existem vários tipos de arranjos familiares, mas todos devem ser respeitados. Então, trabalhar com família hoje demanda vê-la sem exclusão e preconceito. É assim que se começa a tratar sobre a questão da família na velhice, que nesta etapa da vida se constitui de maneira diferente. Isto porque, na infância e na adolescência a família se restringe

ao pai, mãe, irmãos, tios e avós. Logo depois, chega-se a fase adulta e aí vêm o (a) esposo/esposa, os filhos e outros. Na velhice a família é outra, são os filhos, os netos, os bisnetos, o esposo ou outros parentes. Por isso, os idosos das famílias contemporâneas não são somente avós, mas bizavós e trisavós. O que aumenta ainda mais os laços entre diferentes gerações, pois antes esses laços se reduziam a três gerações e atualmente chegam a quatro e cinco (MORAGAS, 1997).

Mas, não se pode dizer que este tipo de arranjo familiar seja a de todos os idosos, pois a família de um idoso pode não ser constituída por esposa, filhos, netos, bisnetos e outros, em razão de que podem existir casos de idosos que não tenham tido filhos e esposa. Então, a família do idoso pode ser constituída pelo pai, mãe e irmãos. Neste caso, as famílias distinguem-se em dois tipos, que são: a família de procriação e de orientação. Na primeira, a característica consiste na união entre duas pessoas de sexo e sangue diferentes que dará origem a descendentes. Já a família de orientação é aquela em que se nasce, a qual se perpetua valores e cultura (MORAGAS, 1997, p. 117).

Pelo fato de ter que ser considerada a heterogeneidade da velhice, no contexto familiar isso também deve ser levado em consideração, pois é preciso vislumbrar as características de famílias cujos idosos são dependentes e as características de famílias em que os idosos possuem autonomia para realizar suas atividades diárias e até mesmo as atividades do lar. Devido à colaboração nas atividades do lar esse idoso desempenha um importante papel na família em função de que “ajuda no trabalho doméstico, contribui com a sua aposentadoria para o sustento da casa, cuida dos netos, recebe tarefas e mantém-se ocupado, o que auxilia sua estimulação física e mental” (ZIMERMANN, 2000, p. 95).

São realidades, portanto, antagônicas, pois de um lado o idoso contribui na realização das atividades do lar. Numa outra realidade familiar, o idoso necessita do apoio da família para realizar suas atividades, como para: caminhar; fazer a sua higiene; receber o salário do mês, atribuição que em alguns casos passa a ser dos parentes, devido à impossibilidade de locomoção do idoso. Por isso, é extremamente importante o suporte familiar.

No caso de uma família que possui um idoso dependente, em alguns casos os familiares podem abrir mão do trabalho para se dedicar ao cuidado do idoso. Moragas (1997) ao comentar sobre a questão da tomada de decisões referente à saúde do idoso no contexto familiar acentua que, quando o idoso possui debilidades, impossibilidades para procura de recursos de saúde, a família assume esse papel e normalmente a pessoa-chave da família que se torna a responsável principalmente na tomada de decisões é a filha ou a nora do idoso. Mas, o suporte familiar não se restringe somente ao cuidado e atenção aos idosos, pois, esse suporte pode ser oferecido através da forma econômica, ou seja, do apoio financeiro de um ou vários filhos ou ainda, através da moradia periódica ou permanente no domicílio do filho (MORAGAS, 1997). Esse apoio pode ocorrer também, através do afeto em tantos momentos de dificuldade.

Esse suporte em alguns casos não é fácil, visto que demanda uma estrutura da família que muitas vezes não se tem, tendo em vista que na atualidade a forma de organização das famílias baseia-se na busca constante pela sobrevivência através do trabalho diário. O que acaba reduzindo os encontros familiares.

No caso de um idoso dependente do álcool, pode-se estabelecer uma relação com a história de uma idosa de 60 anos que é referenciada por Ramos e Pires (1997). Neste caso a família da idosa é composta pelo esposo e filhos. No entanto, os filhos já não vivem mais com o casal, pois se casaram e o marido, um grande empresário de 70 anos encontra-se em plena atividade profissional e com o alcoolismo da esposa constata a necessidade de distanciar-se ainda mais dela. A idosa, por sua vez, devido a casa estar vazia e o marido não lhe dar atenção não sente que a suspensão do álcool lhe trará algum benefício. Outro fato nesse núcleo familiar, é que anteriormente a família reunia-se nos finais de semana no sítio do pai, mas nos últimos tempos os encontros diminuíram em função das brigas entre os pais, devido à dependência alcoólica da mãe (RAMOS; PIRES, 1997).

Por isso, tomando-se como base às características do alcoolismo no contexto familiar que foram descritas no primeiro capítulo, acredita-se que não deve ser diferente a forma como esse fenômeno se manifesta na família do idoso, pois, aqui também se constata a diminuição dos contatos e as brigas entre o casal.

4 AS ESCOLHAS ADOTADAS NA INVESTIGAÇÃO

Este é o capítulo em que são apontadas as escolhas adotadas na investigação e estas dizem respeito ao referencial teórico-metodológico que norteou a investigação. Serão explicitadas, portanto, características do método de leitura da realidade, que é o dialético-crítico. Também serão apontadas questões referentes ao processo de pesquisa, que tem início com a delimitação do tema; seguido da formulação do problema; questões norteadoras; objetivos do estudo; tipo de pesquisa adotada; sujeitos da pesquisa; instrumentos e técnicas de coleta dos dados e procedimentos para a coleta e análise das informações.

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO: dialético-crítico

O método de investigação adotado na presente pesquisa sobre o alcoolismo de idosos, ou melhor, o referencial epistemológico trata-se do dialético-crítico. A escolha por este método de investigação deu-se devido ao fascínio por uma de suas características, que é a de não seguir uma postura de neutralidade diante da realidade pesquisada, porque as pesquisas dialético-críticas “manifestam um ‘interesse transformador’ das situações ou fenômenos estudados, resgatando sua dimensão sempre histórica e desvendando suas possibilidades de mudança” (GAMBOA, 1994, p. 97). Neste sentido, reafirma-se aqui a importância da ação transformadora na pesquisa sob a abordagem dialético-crítica.

Num estudo ou pesquisa sob uma perspectiva dialético-crítica, desvendar uma determinada realidade significa transpor o aparente e desvendar a essência do fenômeno, pois conforme Kosik (1976, p.15) “a dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a “coisa em si”. Entretanto, a realidade não se manifesta, nem se revela de forma imediata, devido à complexidade dos fenômenos e porque está em constante transformação. Por isso é que no desvendamento de uma dada realidade, o

conhecimento deve ser sempre questionado, realizando o movimento de construção do conhecimento, de crítica do conhecimento e assim construção do novo conhecimento.

Os objetivos do método dialético-crítico consistem em: desvendar a *totalidade* dos fenômenos, ou seja, a interconexão entre as partes; apontar a *contradição* existente na realidade a ser desvendada e compreender a *historicidade* dos fenômenos. Tendo em vista tais objetivos, entende-se que neste estudo a historicidade, a totalidade e a contradição devem servir de categorias básicas para a análise e interpretação da realidade.

Numa investigação as categorias são de suma relevância, pois “possuem simultaneamente a função de interpretres do real e de indicadores de uma estratégia política [...]” (CURY, 2000, p. 21). As categorias foram formuladas para que se possa penetrar no objeto investigado, para servirem de instrumentos na análise da realidade e para que se tenha um posicionamento frente à realidade desvendada.

É através das categorias, portanto, que se pretende interpretar a realidade, atingir o fenômeno que está sendo pesquisado, levando em conta é claro o contexto social, econômico, político e cultural em que estão inseridos os sujeitos da pesquisa, pois “é importante considerar o contexto, porque é ele que possibilita que as categorias não se isolem em estruturas conceituais puras, mas se mesclem de realidade e de movimento” (CURY, 2000, p. 21). A primeira categoria a ser interpretada na realidade será a historicidade, seguida da totalidade e da contradição.

A categoria historicidade é de suma relevância para a leitura/desvendamento da realidade, uma vez que o método dialético caracteriza-se pelo constante movimento de transformação. Por isso, pensar na história é pensar no movimento de transformação, pois não é possível compreender o hoje sem reconstruir o passado.

É importante lembrar que é na história que ocorrem as mudanças, as transformações, e essa história é criada pelo homem, pois conforme Kosik (1976, p. 218) “a premissa fundamental da história é que ela é criada pelo homem”. Além disso, na criação da história é preciso existir uma continuidade, ou seja, não desconstruir o que já foi criado, mas sim reconstruir a partir do que já existe, conforme é discutido no trecho a seguir.

A história só é possível quando o homem não começa sempre de novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes. Se a humanidade começasse sempre do princípio e se toda a ação fosse destituída de pressupostos, a humanidade não avançaria um passo e sua existência se escoaria no currículo da periódica repetição de um início absoluto e de um fim absoluto (KOSIK, 1976, p. 218).

Assim, só é possível haver história quando há continuidade, quando há valorização das conquistas e das criações anteriores. O aspecto que se abordará da história no estudo é aquele que diz respeito ao processo de desenvolvimento do alcoolismo na vida dos idosos. Será acentuado o início da dependência do álcool, bem como o movimento das relações sociais dos idosos que mostrará como eram estabelecidas as relações antes do alcoolismo, como passaram a ser com o alcoolismo e como são estabelecidas hoje, estando os idosos realizando e participando do programa de recuperação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre.

A totalidade implica o todo articulado, ou seja, a ligação entre as partes. A vida humana é constituída por vários aspectos, sendo esses sociais, econômicos, políticos e culturais. Interpretar a realidade a luz da categoria totalidade significa interpretá-la em suas múltiplas relações, ou seja, um aspecto não pode ser analisado separadamente, mas relacionado com os demais. Analisar uma realidade concreta a luz da categoria totalidade, não significa abordar todas as dimensões do fenômeno, mas sim problematizá-lo de forma relacionada. Para Kosik (1976, p. 35)

na realidade totalidade não significa todos os fatos. Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido.

O aspecto econômico tem repercussão na vida social. Não ter emprego, por exemplo, repercute nas relações estabelecidas pelo sujeito, uma vez que, essas relações tornam-se fragilizadas, porque não ter emprego, não ter como alimentar os componentes da família pode levar a conflitos familiares. Assim, é importante ter claro que um aspecto está relacionado ao outro. Então, não pode ser interpretado isoladamente.

Além disso, interpretar o fenômeno a luz da totalidade, significa analisar também suas contradições e a história. Assim como para vislumbrar as contradições é

necessário relacioná-las com a totalidade e com a história, caso contrário à realidade será analisada de forma fragmentada. É relevante frisar que nenhuma categoria tem seu significado isolado, mas sim relacionado com os significados das outras categorias. Assim, busca-se analisar a realidade dos idosos alcoolistas a luz da categoria totalidade, relacionando e problematizando os aspectos econômicos, políticos e sociais em que estão inseridos os idosos, aportando desses aspectos suas contradições e história.

A categoria contradição induz à reflexão sobre a questão do conflito na vida social. De acordo com Cury (2000, p. 30) “a contradição sempre expressa uma relação de conflito no devir do real. Essa relação se dá na definição de um elemento pelo que não é”. Isso significa que cada coisa exige seu contrário. Não se pode pensar na existência do bom, sem a existência do mau; na existência do belo, sem o feio.

Neste sentido, analisar o fenômeno a luz da categoria contradição implica pensar que os opostos estão em permanente interação, constituindo a luta dos contrários. Desvendar a contradição, portanto, é exatamente mostrar a luta entre os opostos. Assim, é nesse contexto de opostos que esta categoria engendra-se.

Tais categorias do referencial epistemológico, denominadas de categorias teóricas do método foram consideradas centrais no estudo. Mas, outras categorias complementam a análise e estas são as categorias explicativas da realidade que foram trabalhadas nos primeiros capítulos sobre o alcoolismo e o envelhecimento. As categorias do método como já referido anteriormente, servem para interpretar a realidade. E, no caso das categorias explicativas da realidade, estas surgem a partir do estudo que se propõe a fazer. Por isso, ambas não se separam, se complementam, porque as categorias explicativas da realidade são analisadas a luz das categorias do método dialético-crítico.

As categorias explicativas da realidade, também denominadas categorias norteadoras do estudo, são utilizadas para dar um norte ao estudo, pois antes de iniciar o trabalho de campo é importante ter claro as categorias que servem para orientar a investigação e analisar as informações coletadas. Fala-se tanto em categorias, mas considera-se oportuno explicitar que a função delas consiste em: estabelecer classificações, ou seja, agrupar idéias, elementos, expressões em torno de um conceito

(MINAYO, 2000). As categorias explicativas da realidade neste estudo são: alcoolismo, envelhecimento, família e rede de apoio, as quais foram trabalhadas nos primeiros capítulos e que serão retomadas no quinto capítulo, em que serão apresentados os resultados do estudo.

4.2 O PROCESSO DE PESQUISA

O processo de pesquisa engloba todas as etapas que foram desenvolvidas no estudo, tendo início com a delimitação do tema a ser pesquisado e “isto significa uma opção, uma disposição de conviver com ele por um longo período” (PRATES, 2003, p. 125). Por isso, ele precisa ser um tema apaixonante, que desperte o encanto pelo processo e pela descoberta. Portanto, escolheu-se um tema o qual instigasse a descoberta pelos dados: o alcoolismo de idosos. A partir daí foi necessário amadurecer as idéias sobre o tema, para que depois pudesse ser formulada a questão principal a ser respondida no estudo, questão esta que é formulada através do problema de pesquisa.

Entretanto, para formular o problema foi preciso realizar uma pesquisa a fontes existentes sobre o tema e, esta fase não se restringe a pesquisa de fontes como livros, artigos, relatórios de pesquisa anteriores, revistas teóricas ou documentos, pois são fontes de consulta, igualmente ricas para explicar a realidade, as expressões da arte, que se materializam através de músicas, poesias, vídeos, romances, prosa, reportagens que podem qualificar as fontes (PRATES, 2003). Então, ao pesquisar as fontes existentes sobre o tema, procurou-se ir além de livros, utilizando-se também reportagens e filme, como o que foi referido no primeiro capítulo “Quando Um Homem Ama Uma Mulher” (MANDOKI, 1994). A partir daí conseguiu-se formular o problema de pesquisa, que consiste na grande pergunta a ser respondida pelo estudo, que é: Como se configuram as relações sociais e as redes de apoio no cotidiano do idoso membro dos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre?

Para responder a essa grande pergunta foi preciso formular questões norteadoras que são as seguintes: Como se configuram as relações sociais estabelecidas pelo idoso dependente do álcool com a família, amigos, vizinhos, trabalho e comunidade? Como se estrutura a rede de apoio no cotidiano do idoso dependente do álcool? Qual a contribuição da rede de apoio para o enfrentamento da situação de dependência do álcool e para superação das dificuldades vivenciadas pelos idosos em decorrência do alcoolismo? Quais os serviços disponíveis em Porto Alegre para o atendimento/tratamento da dependência do álcool do idoso?

Logo, os objetivos da pesquisa foram assim formulados: como objetivo geral analisar as relações sociais estabelecidas pelo idoso dependente do álcool com a família, amigos, vizinhos, trabalho e comunidade, bem como as estratégias utilizadas para lidar com a dependência e a contribuição da rede de apoio para o enfrentamento da situação de dependência do álcool, com vistas a produzir conhecimentos sobre a temática que possam fornecer subsídios para elaboração de políticas sociais.

Com relação aos objetivos específicos definiu-se que seriam: desvendar as situações que levaram os idosos à dependência do álcool, visando dar visibilidade aos fatores que contribuíram para que o idoso se tornasse dependente da bebida alcoólica; compreender de que modo o alcoolismo repercute nas relações sociais estabelecidas pelo idoso, com vistas a produzir conhecimentos que possam contribuir para fortalecer vínculos que estejam fragilizados. Ainda como objetivo específico, averiguar a estrutura e a contribuição da rede de apoio para o enfrentamento de dependência do álcool do idoso, no intuito de contribuir com subsídios para o seu aprimoramento.

Tendo formulado o problema de pesquisa e as questões norteadoras que contribuem para dar respostas ao problema, assim como os objetivos do estudo, partiu-se para a outra fase do processo de pesquisa, que foi a definição dos grupos e sujeitos do estudo. E, tendo em vista que o estudo se desenvolveu com idosos participantes dos Grupos de Alcoólicos Anônimos-AA de Porto Alegre, num primeiro momento foi realizado um levantamento de todos os Grupos de AA existentes no município. Neste momento, constatou-se a existência de 36 grupos, em diferentes zonas de Porto Alegre, que são: zona sul, zona norte, zona leste e zona oeste. Após o mapeamento dos grupos, tentou-se fazer um levantamento de quantos idosos existem ao todo nos

grupos de AA de Porto Alegre. Entretanto, a informação obtida foi a de que os grupos de AA não fazem o percentual da população que os frequenta. Isto porque, a lógica dos grupos é o anonimato, o que significa que eles não costumam ter prontuários ou fichas de identificação dos participantes.

Então, veio o questionamento: Como definir quais os grupos que fariam parte do estudo? E assim, levou-se em consideração que seria impossível visitar os 36 grupos, num curto espaço de tempo para coleta, uma vez que, de acordo com as novas exigências da PUCRS, os projetos de pesquisa deveriam passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa e isto tardou o processo de coleta, que iniciou no mês de junho de 2006. Então, foram selecionados 18 Grupos de Alcoólicos Anônimos (50% do total dos grupos), através de um sorteio simples, assim, todos os grupos teriam a mesma possibilidade de serem selecionados, para que, posteriormente, a pesquisa pudesse ser divulgada nestes espaços a fim de convidar os idosos a participarem do estudo. Esse número de grupos a serem selecionados, foi definido a partir do momento em que se procurou uma professora especialista em estatística do curso de matemática da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e, esta informou que 18 seria um bom número, pois atingiria 50% dos grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre.

Considerando que a população alvo do estudo é a de idosos, é importante delimitar a partir de que idade a pessoa é considerada idosa, e, para tanto, utilizou-se o critério da Lei nº 10.741 de 10 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, que em seu Art. 1º - acentua que o Estatuto do Idoso é destinado a regular os direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (sessenta) anos (BRASIL, 2003). O grupo de sujeitos da pesquisa é constituído por pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que colaboraram com o estudo concedendo uma entrevista a partir da divulgação que foi realizada nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre.

Devido à pesquisa não abranger toda a população de idosos que frequentam os Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre é relevante destacar que se trata de uma amostra não-probabilística dos sujeitos, porque não se fez “uso de formas aleatórias de seleção”. Com isso, não foi possível realizar formas de tratamento estatístico. Dentre os vários tipos de amostra não-probabilística foi escolhida a

denominada por Laville e Dione (1999, p.170) de “amostra de voluntários”. Nesse caso, não houve um sorteio das pessoas. A pesquisa era divulgada nos grupos e quem estivesse de acordo apresentava-se para participar voluntariamente do estudo.

Cabe salientar que visando complementar o estudo e as informações, também foram entrevistados familiares dos idosos e profissionais que trabalham na rede de atendimento de saúde. Os familiares foram indicados pelos idosos no momento da entrevista, e também são oriundos dos Grupos Familiares Al-Anon de Porto Alegre. Esse grupo de familiares trata-se de uma associação de homens e mulheres que vivem a realidade de ter um familiar ou amigo dependente do álcool.

Os familiares foram entrevistados para saber como o alcoolismo repercutiu na relação familiar e para coletar informações sobre a rede de apoio do idoso. Os profissionais da área da saúde que atuam com a população dependente do álcool, foram entrevistados com o objetivo de averiguar os serviços existentes em Porto Alegre, assim como a contribuição dos mesmos para o atendimento/tratamento do alcoolismo. É importante referir, que os familiares e os profissionais da área da saúde foram considerados “informantes secundários” (TURATO, 2003, p. 353), pois foram entrevistados para complementar as informações sobre a repercussão do alcoolismo no relacionamento familiar e sobre o uso da rede de apoio pelo idoso com a dependência do álcool. No caso do idoso, este foi o “informante-chave” (TURATO, 2003, p. 353), pois a pesquisa trata sobre a realidade vivenciada pelo idoso.

Para coletar as informações junto aos idosos, familiares e profissionais da área da saúde foi utilizada a técnica de entrevista que, segundo Marconi e Lakatos (1999), têm como característica o encontro entre duas pessoas, com o objetivo de coletar informações de uma delas sobre determinado assunto específico ou problema. O que significa que em ambas as entrevistas, tanto com os idosos, como com os familiares e profissionais da área da saúde o contato foi face a face. O que possibilitou em várias entrevistas constatar vivências, experiências e sentimentos dos idosos, familiares e profissionais da saúde relativos à questão do uso abusivo do álcool.

O tipo de entrevista adotada neste estudo foi a semi-estruturada, uma vez que, esse tipo de entrevista permite que sejam acrescentadas novas questões à medida que o pesquisador perceba a necessidade de maiores esclarecimentos para o que está

sendo pesquisado. Para Laville e Dione (1999, p. 188), a entrevista semi-estruturada é “uma série de perguntas, feitas abertamente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento”. Ou seja, à medida que a pesquisadora percebia a necessidade de maiores esclarecimentos para o que estava sendo pesquisado, isto era solicitado. Como exemplo de uma situação, cita-se a seguinte: um idoso referiu que o relacionamento na família era bom. Então, procurou-se aprofundar a resposta, perguntando para o entrevistado: O que significa bom para o senhor (a)? Por isso, optou-se pela entrevista semi-estruturada, porque possibilita o aprofundamento das respostas.

Para coletar as informações junto aos idosos, familiares e profissionais da área da saúde foram utilizados formulários que se encontram em apêndice A, B e C. Os formulários foram construídos a partir do problema de pesquisa, das questões norteadoras e dos objetivos, tendo como auxílio para elaborar as questões sobre a rede de apoio que foram aplicadas com os idosos e familiares, o instrumento elaborado por Pedebos (2005) em sua pesquisa de Mestrado. A principal característica de um formulário é que ele é aplicado e preenchido pelo próprio entrevistador, através do contato direto com o entrevistado, diferente do questionário que é preenchido pelo sujeito de pesquisa. Não se pode deixar de referir o diário de campo em que foi descrito o processo de coleta das informações e, também, registradas as percepções e as reflexões do investigador realizadas durante as entrevistas. Instrumento esse tão importante, pela sua contribuição na resposta ao problema de pesquisa.

4.2.1 Tipo de Pesquisa

Nesse estudo optou-se pela pesquisa qualitativa, porque nesse tipo de investigação trabalha-se com o universo de significados, motivações, sentimentos, crenças, aspirações, práticas sociais cotidianas, valores contidos nos fenômenos que não podem ser quantificados, muito embora os dados quantitativos e qualitativos não se oponham, mas se complementem (MINAYO, 2000).

Para Martinelli (1999) na pesquisa qualitativa busca-se o entendimento dos fatos a partir da interpretação que o sujeito faz de sua vivência cotidiana e, é por isso, que não é só a visão do pesquisador em relação ao problema que interessa, mas também o que o sujeito pensa a respeito do que está sendo pesquisado. Para conhecer a vivência cotidiana do sujeito, é preciso ter claro que é importante o reconhecimento da singularidade do sujeito e, para isso, é necessário ouvi-lo, dando-lhe a possibilidade de revelar-se, através da linguagem, da ação, dos gestos, dos sinais, da postura, da ação e de outras formas de expressão.

Nas pesquisas qualitativas o sujeito não está desconectado da estrutura, pois o mundo real e o sujeito relacionam-se reciprocamente, porque o concreto e a subjetividade do homem estão ligados de forma inseparável. Na pesquisa qualitativa a pesquisador volta-se para a obtenção dos significados das vivências para os sujeitos.

Numa pesquisa de cunho qualitativo o que se quer é aprofundar o conhecimento acerca da realidade vivenciada pelo sujeito com o qual se estabelece o diálogo. Isto porque, “não estamos procurando medidas estatísticas, mas sim tratando de nos aproximar de significados, de vivências” (MARTINELLI, 1999, p. 24). Por isso, se trabalha próximo ao sujeito, de modo a aprofundar o conhecimento sobre sua realidade.

Nas considerações de Triviños (1987), a pesquisa qualitativa apresenta alguns pressupostos relevantes que são: os pesquisadores qualitativos preocupam-se com o processo e não somente com os resultados e com o produto; a tendência de pesquisadores qualitativos consiste em analisar os dados indutivamente; na abordagem qualitativa, o significado é a preocupação essencial.

Foi, portanto, através desse tipo de pesquisa que considera importante a interação entre entrevistado e pesquisador que se tornou possível desvendar o fenômeno em estudo. Por isso, esse não foi um processo individual, mas coletivo, pois foi construído na relação entre entrevistado e pesquisador.

4.2.2 Procedimentos para Coleta de Informações

Um dos primeiros procedimentos adotados para poder coletar as informações

junto aos idosos, foi solicitar a autorização para entrar nos Grupos de Alcoólicos Anônimos e divulgar a pesquisa. Para tanto, foi necessário pedir autorização na Central de Alcoólicos Anônimos, pois esse procedimento é exigido pelo Comitê de Ética da PUCRS. Por isso, pediu-se a autorização na referida Central, que informou que concederia a autorização. Como os grupos têm total autonomia, a entrada da pesquisadora nos mesmos dependeria de cada grupo. Mas, em todos os grupos visitados a entrada foi permitida, sendo a pesquisadora recebida com muito acolhimento e atenção em todos os grupos. A resposta obtida em alguns foi a seguinte: “que bom que temos uma profissional hoje aqui, que você leve a mensagem dos Alcoólicos Anônimos adiante”. O pedido de autorização para visitar os grupos foi o primeiro passo para coletar as informações.

A partir daí passou-se para a etapa que é extremamente importante, a testagem do instrumento. Esse teste tem por finalidade identificar se os instrumentos estão claros, ou seja, se a linguagem tem condições de ser entendida pelos entrevistados e se o instrumento é adequado, isto é, se responde ao problema de pesquisa. Assim, nas entrevistas de testagem realizadas com uma idosa, com um familiar e com um profissional da área da saúde constatou-se que o instrumento era adequado e que a linguagem era de fácil entendimento para os entrevistados. Passando a etapa de testagem, iniciou-se um outro procedimento: a divulgação da pesquisa para os idosos - nos grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre - , para os familiares e profissionais da área da saúde.

Na divulgação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos contou-se com a colaboração da Central de Alcoólicos Anônimos, pois em uma das visitas a Central um dos responsáveis se colocou a disposição para qualquer coisa que a pesquisadora precisasse, inclusive para divulgar o estudo nos grupos de A.A. Assim, foram selecionados dos dezoito grupos sorteados, oito para que a central divulgasse o estudo, sendo esses os seguintes:

- A.A. Auxiliadora, nas dependências da Igreja Auxiliadora
- A.A. Ipiranga, nas dependências da Igreja N^a S^a do Trabalho
- A.A. São Geraldo, nas dependências da Igreja São João
- A.A. Novo Caminho, nas dependências da Igreja Santana-Morro Santana

- A.A. Belém Novo, ao lado do Posto de Saúde
- A.A. São Vicente, nas dependências da Igreja São Vicente Mártir
- A.A. Vila Nova, nas dependências do Salão São José da Vila Nova
- A.A. Vinte Três de Abril, nas dependências do Centro de Saúde São José Murialdo.

Na Central de Alcoólicos Anônimos foi entregue listas com esses grupos (apêndice D) e convites para os idosos participarem da pesquisa (apêndice E), a serem entregues aos coordenadores dos respectivos grupos para que esses divulgassem o estudo nos dias das reuniões. Os grupos visitados pela pesquisadora foram:

- Central de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre
- A.A. Restinga, nas dependências da Igreja N^a S^a da Misericórdia
- A.A. Cruzeiro do Sul, nas dependências da Igreja Santa Teresa
- A.A. Novos Rumos, nas dependências da Igreja N^a S^a Medianeira
- A.A. Cidade Baixa, nas dependências da Igreja Sagrada Família
- A.A. Unidade, nas da Cruz Vermelha
- A.A. Fraternidade, nas dependências da Igreja Evangélica C. Luterana
- A.A. Só Por Hoje, nas dependências do Centro de Saúde Modelo
- A.A. Gaúcho, nas dependências da Igreja São Jorge
- A.A. Santana, ao lado da Clínica Pinel

Em sete grupos a pesquisadora teve a oportunidade de falar diretamente com os participantes que deram seu consentimento e espaço para divulgação da pesquisa. E, além disso, a pesquisadora procurou deixar, sempre, em todos os grupos, com os coordenadores da mesa no dia de sua visita, convites impressos (apêndice E), apresentando os objetivos da pesquisa e solicitando a participação dos idosos. Nos dois grupos em que a pesquisadora não conseguiu espaço para falar, deixou os convites. Em dois grupos a pesquisadora não conseguiu a participação de nenhum idoso. Num não havia nenhum idoso e no outro não houve demonstração de interesse dos idosos. Conseguiu-se no total a adesão de 10 idosos.

Quanto aos familiares num primeiro momento definiu-se que seriam indicados pelos idosos no momento da entrevista. No entanto, devido às dificuldades encontradas no decorrer do andamento do estudo, foi necessário buscar outros espaços em que

poderiam ser encontrados familiares. Algumas das dificuldades foram as seguintes: alguns idosos não indicaram familiares; somente três familiares indicados aceitaram participar do estudo; os demais familiares não participaram da investigação porque não tinham disponibilidade de horário ou porque não tiveram interesse. Então, como existem, também, nas dependências onde são realizados os encontros dos Grupos de Alcoólicos Anônimos, Grupos Familiares Al-Anon, foram procurados familiares, também, nesses grupos. Foram visitados três Grupos Familiares Al-Anon, sendo esses:

- Grupo Al-Anon AMIZADE, localiza-se nas dependências da Igreja Sagrada Família.
- Grupo Al-Anon INDEPENDÊNCIA, que fica nas dependências da Clínica Pinel.
- Grupo Al-Anon RENASCER, localiza-se também nas dependências da Clínica Pinel.

Nesses grupos divulgou-se a pesquisa através da exposição da pesquisadora e também através do convite (apêndice F) que solicitava a participação dos familiares. Nesses grupos, conseguiu-se a participação de um familiar. No caso dos profissionais da área da saúde, os contatos para solicitar as entrevistas foram realizados por telefone.

As entrevistas com os idosos foram realizadas nos espaços dos grupos, exceto uma que foi realizada em uma das salas da Faculdade de Serviço Social e outra que foi realizada na residência do idoso. As entrevistas com os familiares foram realizadas no espaço do grupo de familiares e duas na residência dos familiares. No caso das entrevistas com os profissionais da rede de atendimento de saúde, estas foram realizadas nas instituições.

Em todas as entrevistas antes de iniciar a coleta de informações, colocou-se os entrevistados a par dos objetivos da pesquisa, através da leitura e discussão do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (apêndice G), o qual foi assinado por ambas as partes, pesquisadora e entrevistado, ficando ambos com uma cópia. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados, mantendo-se o anonimato, de acordo com a ética. As fitas gravadas foram transcritas e impressas e após foram submetidas ao processo de análise.

4.2.3 Procedimentos para Análise dos Dados

Em realidade acredita-se que antes de descrever o tipo de método utilizado para realizar a análise de conteúdo das informações coletadas na investigação é, preciso primeiramente ter claro o que significa este procedimento tão utilizado em pesquisas qualitativas. A literatura sobre análise de conteúdo é bastante ampla, aqui serão apontados alguns autores que explicam e trabalham com métodos de análise de conteúdo. Depois de conceituar o que é análise de conteúdo, apontar-se-á o autor que foi utilizado para analisar as informações coletadas no estudo.

A análise de conteúdo tem como objetivo debruçar-se sobre a realidade pesquisada com a finalidade de encontrar respostas para o problema de pesquisa e atingir os objetivos propostos pelo estudo. Também possibilita que seja identificado se a estrutura e o referencial teórico estão adequados para responder o problema de pesquisa e as questões norteadoras. Tudo isso, porque, a função da análise de conteúdo consiste em “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado” (GOMES, 2000, p. 69). Por isso, a análise de conteúdo permite que se verifique se as considerações teóricas sobre tema, construídas a priori se realizam ou não na realidade dos sujeitos pesquisados.

Além disso, a análise de conteúdo visa ultrapassar o senso comum e o subjetivismo, assim como alcançar uma vigilância crítica quanto aos documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação (MINAYO, 1998, p. 203). É através da análise de conteúdo que se tem à possibilidade de superar aquele famoso “eu creio que é assim na realidade”. A análise de conteúdo tem a função de interpretar documentos, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir a compreensão dos significados que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1998). Assim, Minayo e Moraes assemelham-se quanto à questão do senso comum, pois para ambos a análise de conteúdo serve para ir além da dita leitura comum, ou seja, para ir além do que se pensa.

Dentre os autores que utilizam a técnica de análise de conteúdo, optou-se pelo método utilizado por Gagneten, denominado Método de Sistematização de Prática (1987). A escolha por esse método se deu em função das considerações realizadas na

disciplina de Análise de Conteúdo e Discurso, ministrada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Entre essas considerações a de que nesse método existe uma fase em que são elaboradas propostas a partir da realidade desvendada. Mas, além disso, a escolha se deu, também, devido à experiência adquirida através dos trabalhos de pesquisa desenvolvidos no Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais – NEDEPS pela pesquisadora, desde os seus estágios de graduação. Este método de análise vem sendo constantemente, discutido pelos integrantes desse núcleo, uma vez que, é utilizado na análise de conteúdo das informações coletadas nas pesquisas.

As fases que constituem o referido método são: reconstrução da prática, análise, interpretação, conceitualização, generalização, conclusão e elaboração de propostas. Na *reconstrução da prática* realiza-se uma leitura atenta e repetida do material que foi utilizado no trabalho de campo, como: entrevistas, diário de campo e outros.

A *análise* consiste em decompor o todo em partes, pois, através da compreensão das partes torna-se passível compreender o todo. Essa fase tem como objetivo detectar as contradições tanto aparentes, como ocultas existentes no fenômeno. As falas são separadas e sublinhadas de acordo com três critérios: ressonância (o que mais chama a atenção do pesquisador), reiteração (o que as pessoas falam e se repetem em diversas entrevistas) e estratégia (as falas das pessoas que indicam sugestões, propostas e alternativas para futuras intervenções e futuros estudos). No final dessa fase há necessidade da realização de um minucioso processo que consiste na decodificação, encodificação e codificação. A decodificação consiste na transcrição desordenada dos fragmentos sublinhados. Na encodificação as partes são ordenadas de acordo com as temáticas que se relacionam. Na codificação atribui-se um código aos elementos emergentes de cada conjunto. Esse código pode ser uma palavra ou uma frase.

A terceira fase, denominada *interpretação* tem como finalidade à composição do todo. Conforme (GAGNETEN, 1987, p. 87) "interpretar é um esforço de síntese, de composição de um todo pela reunião de suas partes". Nessa fase, para superar o conhecimento ilusório, busca-se o apoio no referencial teórico que norteou o estudo. Os objetivos e as questões norteadoras da pesquisa devem estar sempre presentes de

forma clara, para que o pesquisador possa “dialogar” com os dados coletados, no sentido de buscar pontos essenciais a serem considerados.

A *conceitualização* consiste na reconstrução teórica dos diferentes elementos percebidos, tematizados e interpretados. Na *generalização* o importante é extrair o universal do particular em diferentes espaços, num tempo possível de se confrontar. Para o desenvolvimento desta etapa Gagneten (1987, p. 103) salienta que são necessários dois passos: “o primeiro é nuclear as constantes conceituais dadas (...) em um espaço-tempo determinado. O segundo passo é confrontar esses núcleos conceituais com outras experiências”. Entretanto, na maioria dos estudos, essa fase não se concretiza, porque contempla uma realidade particular não sendo possível generalizações.

Na fase das *conclusões* é preciso voltar aos objetivos da pesquisa, com vistas a reavaliar o que foi possível alcançar na prática. A partir daí são feitas considerações sobre o tema pesquisado. A sétima e última fase, a da *elaboração de propostas*, consiste na formulação de alternativas que venham a contribuir com a realidade desvendada, buscando a melhoria das condições de vida dos sujeitos ou a superação de forma positiva do fenômeno pesquisado.

Assim, seguindo as etapas do método de análise de conteúdo desenvolvido por Gagneten, MSP – Método de Sistematização de Prática (1987), num primeiro momento realizou-se uma leitura precisa das entrevistas e do diário de campo, procurando assim captar a realidade a ser analisada.

A seguir, realizou-se uma leitura mais detalhada, extraíndo os fragmentos das entrevistas considerados mais importantes e que poderiam responder as questões formuladas anteriormente. Nesta fase sublinhou-se com cores os fragmentos que se sobressaíram no conjunto dos depoimentos, destacando, inicialmente com a cor azul o que mais chamou atenção do pesquisador para o que estava pesquisando (ressonância). Após, destacou-se com a cor vermelha o que mais se repetiu na fala dos entrevistados (reiteração) e, por último, sublinhou-se com a cor preta as falas dos entrevistados que indicaram sugestões e propostas para futuras intervenções (estratégia). A seguir, procurou-se reunir os elementos que emergiram das entrevistas, agrupando-os por semelhanças. A cada grupo que emergiu atribuiu-se um código, ou

seja, a cada grupo que surgiu em relação às questões formuladas deu-se um nome ou título que compôs cada capítulo ou item de análise.

Em seguida os fragmentos separados foram articulados passando a serem interpretados, visando compor o todo. Neste momento tornou-se essencial à interação com as categorias do método dialético-crítico (contradição, historicidade e totalidade), no intuito de aprimorar a interpretação do real e propor alternativas interventivas. Na outra fase da análise, os dados foram conceitualizados, através da reconstrução teórica dos elementos percebidos, tematizados e interpretados, extraindo-se o universal do particular.

A fase da generalização não foi atingida, por entender que os dados coletados referem-se aos idosos de alguns Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre e não de todos. Mas, também, porque a generalização é usada mais especificamente em pesquisa quantitativa, quando se trabalha com amostras probabilísticas, o que não é o caso deste estudo, pois se trata de uma pesquisa qualitativa.

Nas duas últimas fases do método de Gagneten (1987), que consistem na elaboração das conclusões e de propostas, foi necessário voltar aos objetivos da pesquisa, no intuito de reavaliar o que foi atingido na prática e, a partir disso, foram feitas considerações sobre o tema pesquisado e sobre o tema de análise. A seguir, formularam-se indicações de intervenções para contribuir com a realidade pesquisada.

5 O ALCOOLISMO NAS RELAÇÕES SOCIAIS DOS IDOSOS E A REDE DE APOIO E SERVIÇOS

Este capítulo apresenta a análise e a interpretação dos dados referentes às situações que levaram os idosos à dependência do álcool, assim como, os dados relativos à repercussão do alcoolismo nas relações estabelecidas pelo idoso com a família, amigos, vizinhos, comunidade e trabalho. Serão discutidos, também, os dados referentes à estrutura e a contribuição da rede de apoio dos idosos dependentes do álcool, que estão em processo de recuperação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre.

Serão apontadas, inicialmente, as características dos sujeitos entrevistados, sendo esses idosos, familiares e profissionais da rede dos serviços de saúde, atribuindo-se aos entrevistados nomes fictícios, visando à preservação da identidade dos mesmos. Pontua-se num segundo momento, o processo histórico da dependência do álcool nos idosos e o impacto do alcoolismo na família, assim como nas demais relações estabelecidas pelos idosos, que são: com os amigos, vizinhos, comunidade e trabalho. Posteriormente, trata-se sobre os dados referentes à rede social espontânea de apoio, enfocando como se configura e qual o tipo de apoio recebido pelo idoso. Logo a seguir, apresenta-se a discussão referente à rede de serviços existentes em Porto Alegre para atendimento aos dependentes do álcool.

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS PESQUISADOS

Os dados apresentados são referentes a 19 entrevistas realizadas com os seguintes sujeitos: 10 idosos, 3 familiares e 6 profissionais que trabalham na rede de atendimento de saúde. A seguir, são apontadas as características dos sujeitos pesquisados, utilizando para tanto, quadros demonstrativos como o que é apresentado a seguir.

Quadro 2 – Características dos idosos entrevistados

Nome	Idade	Naturalidade	Estado Civil	Com quem reside	Escolaridade	Fonte de renda	Renda Mensal R\$
Dora	61	Porto Alegre	Viúva	Sozinha	2º Grau	Aposentadoria Pensão	1.400,00
Rui	61	Guarapua	Casado	Esposa	2º Grau	Aposentadoria	1.400,00
Ciro	62	Porto Alegre	Solteiro	Companheira	2º Grau	Aposentado Trabalho	350,00
José	62	Porto Alegre	Casado	Esposa	2º Grau	Aposentadoria	1.200,00
João	62	Porto Alegre	Casado	Esposa, filho e Sobra	2º Grau	Pensão	992,00
Joel	64	Cachoeira do Sul	Divorciado	Companheira	2º Grau	Aposentadoria Trabalho	1.000,00
Nelson	64	Cacequi	Solteiro	Sozinho	1º Grau	Trabalho Informal	150,00
Álvaro	67	Rio Grande	Viúvo	Sozinho	2º Grau	Aposentadoria Pensão	2.000,00
Laura	72	Guaíba	Viúva	Filha	1º Grau	Aposentadoria Pensão	900,00
Luiz	73	São Francisco de Assis	Casado	Esposa	2º Grau	Aposentadoria	3.000,00

Fonte: Entrevista individual com idosos participantes da pesquisa
Dados coletados pela pesquisadora em julho/agosto de 2006.

O quadro evidencia as características dos idosos entrevistados na investigação e, através dele, procura-se demonstrar que os idosos entrevistados são predominantemente do sexo masculino, sendo 8 idosos e 2 idosas. Esse dado não

pode deixar de ser problematizado, pois, o estudo demonstra a maior incidência do alcoolismo em idosos homens, do que em idosas mulheres, acompanhando dados mais gerais, apontados por Louzã Neto (2005, p. 2), quando se refere ao alcoolismo no Brasil “estima-se que 5% das mulheres e 10% dos homens apresentam síndrome de dependência do álcool”. E, portanto deve ser considerada, neste estudo, a questão das diferenças entre os gêneros, pois, culturalmente a ingestão de bebida alcoólica de mulheres é menos aceitável do que a de homens, para os quais a resistência ao álcool pode ser até considerada como uma prova de masculinidade.

No item com quem residem, a predominância é de idosos que residem com esposa ou companheira, seguido dos que moram sozinhos e depois de uma idosa que reside com a filha. A grande maioria dos idosos recebe aposentadoria, exceto o caso de um (1) idoso que está encaminhando a sua aposentadoria, e, por isso, sua fonte de renda é proveniente do trabalho informal, fazendo serviços de carpintaria, de pedreiro, corte de grama e outros. Para quatro (4) dos entrevistados, a fonte de renda é oriunda da aposentadoria e da pensão.

O tempo de aposentadoria entre os entrevistados varia entre 20 anos a 7 meses. Três dos entrevistados aposentaram-se há 20 anos, um a 13 anos, dois a 12 anos, um a 7 anos, um a 1 ano e outro há 7 meses. Dos nove (9) aposentados, cinco (5) aposentaram-se por tempo de serviço, um (1) por idade e três (3) por invalidez. O tipo de invalidez relatada por um (1) dos entrevistados, Sr. João, foi artrose nos joelhos. O Sr. Joel sofreu um acidente embriagado que ocasionou uma lesão na perna muito séria e, devido a essa lesão se aposentou. Para o Sr. Álvaro, o motivo da aposentaria pode ter sido devido ao alcoolismo. Inclusive, quando questionado sobre o motivo relata a história de uma viagem que fez em 1968 para o Japão a trabalho quando ainda era marinheiro.

De acordo com o seu depoimento, quando chegaram ao Japão o álcool que tinha a bordo havia acabado. Então, ele pegou e roubou um pouco de álcool etílico e botou 5ml dentro de uma proveta, misturou com laranja e limão e tomou. Um dos marinheiros também tomou e adoeceu. Assim, o navio teve que abarcar na África porque o marinheiro adoeceu. Por isso, passaram dois dias na África e três dias na África do Sul, e quando saíram da África do Sul pegaram um ciclone, no dia 5 de junho de 1968 e

quase perderam a vida. Então, ter assistido o ciclone o deixou traumatizado e, a partir daquele momento quando presenciava um temporal ficava assustado e, por isso, até hoje faz tratamentos, vai sempre ao psiquiatra e toma remédios. O relato mais preciso de Sr Álvaro sobre o episódio desta viagem é:

[...] fiquei com aquela impressão daqueles momentos tão difíceis, porque nós ficamos 3 dias no olho do ciclone e 2 dias na turbulência [...]. Foi o quadro mais triste que eu tive na minha vida de marinha. Então, o resultado disso tudo, foi derivado do alcoolismo. Vários sofrimentos eu tive com o alcoolismo. Mas, graças a Deus eu consegui ainda me salvar e, hoje, faço esses grupos de AA (Sr. Álvaro, 67 anos).

O que pode ser constatado através do depoimento do Sr. Álvaro é que ele se culpou por terem ficado no meio do ciclone, porque o navio teve que abarcar na África devido à doença do outro marinheiro, causada por ter tomado álcool etílico misturado com laranja e limão, mistura essa que foi preparada pelo Sr. Álvaro. Por isso, Sr. Álvaro considera que o alcoolismo foi o responsável por vários de seus momentos de sofrimento. Assim, procura se tratar com o psiquiatra e participa dos Grupos de AA de Porto Alegre.

Dos dez (10) idosos entrevistados, seis (6) referiram que a renda é suficiente para atender suas necessidades. Inclusive Sr Nelson, cuja fonte de renda é do trabalho informal. Quatro (4) não consideram a renda suficiente e, por isso, dois (2) complementam a renda trabalhando, um como cabeleireiro e outro como corretor imobiliário.

Quadro 3 – Características dos familiares entrevistados

Nome	Idade	Grau de Parentesco com o idoso	Renda Mensal da Família R\$
Vitória	57	Esposa	6.000,00
Eva	58	Esposa	6.000,00
Gilda	59	Esposa	1.200,00

Fonte: Entrevista individual com as esposas dos idosos.

Dados coletados pela pesquisadora em agosto/outubro e novembro de 2006.

As entrevistas com os familiares dos idosos foram realizadas com as esposas, sendo que duas (2) foram indicadas pelos idosos no momento da entrevista e a outra foi entrevistada após a divulgação do estudo, realizada no Grupo Familiares Al-Anon Independência, que se encontra nas dependências da Clínica Pinel, localizada na Rua Santana, 1455. A entrevista com a primeira familiar foi realizada nas dependências da Clínica Pinel. As outras duas foram realizadas nas residências dos familiares. Através do quadro 3 que foi exposto anteriormente com as características dos familiares, constata-se a renda mensal familiar.

Quadro 4 – Características dos profissionais que atendem na rede de atendimento

Nome	Idade	Profissão
Aline	27	Psicóloga
Rodrigo	33	Assistente Social
Fabiana	36	Psicóloga
Fernanda	51	Assistente Social
Sérgio	54	Médico - Psicoterapeuta
Ruthe	58	Assistente Social

Fonte: entrevista realizada com os profissionais que trabalham na rede de atendimento. Dados coletados pela pesquisadora em julho/agosto de 2006.

Os profissionais entrevistados atuam em diferentes instituições de Porto Alegre, que atendem dependentes de álcool e de outras substâncias psicoativas. As instituições localizam-se em diversas localidades da cidade. A primeira instituição visitada, o Hospital Parque Belém, fica na Avenida Oscar Pereira, nº 8.300 – Bairro Belém Velho. O Hospital Psiquiátrico São Pedro localiza-se na Avenida Bento Gonçalves, nº 2460 – Bairro Partenon. O PAM 3, conhecido também como Postão da Vila Cruzeiro, órgão da Secretária Municipal de Saúde, fica na Rua Manoel Lobato nº 151 – Bairro Medianeira. A Cruz Vermelha localiza-se na Avenida Independência, nº 993 – Bairro Independência.

Nas entrevistas obteve-se diversas informações a respeito da rede de atendimento ao dependente químico, dentre esses os dependentes do álcool. Fala-se dependente químico de maneira geral, porque os profissionais não atendem somente dependentes do álcool, mas dependentes de outras substâncias psicoativas. Os dados obtidos nas entrevistas serão apresentados no decorrer do trabalho.

5.2 O PROCESSO HISTÓRICO DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL NOS IDOSOS

Neste momento começa-se a tecer uma das primeiras categorias de interpretação da realidade, que é a historicidade, lembrando que pensar na história é pensar no movimento de transformação, pois não é possível compreender o hoje sem reconstruir o passado. Por isso, para compreender o impacto do alcoolismo na vida social e familiar dos idosos, é necessário, também, compreender como o alcoolismo começou na vida dos mesmos, pois somente desvendar as transformações na vida social e familiar dos idosos é desvendá-la forma fragmentada.

Inicia-se trazendo a tona à história do desenvolvimento da dependência do álcool na vida de cada um dos idosos, visando com isto, conforme consta no primeiro objetivo específico da pesquisa, dar visibilidade aos fatores que contribuíram para que os idosos se tornassem dependentes do álcool.

Quando questionados sobre quando e como se tornaram dependentes do álcool, os entrevistados referiram a primeira vez que ingeriram bebida alcoólica e que com o passar do tempo foram desenvolvendo a doença do alcoolismo. Entretanto, no processo de análise das entrevistas constatou-se que os idosos ingeriram pela primeira vez bebida alcoólica na infância, na adolescência e na fase adulta. No entanto, esta primeira ingestão não caracterizou a dependência do álcool, pois, o que caracterizou a dependência foi o consumo de álcool diariamente.

O Sr. Rui, por exemplo, ingeriu pela primeira vez bebida alcoólica aos 8 anos, quando foi passar férias no Paraná com alguns amigos. Lá, serviram a primeira bebida alcoólica que foi vodka. Mas, como a dependência é progressiva, foi em 1984/1985 que

ele passou a desenvolver a dependência do álcool, quando saía do trabalho e ia beber todos os dias, pois como ele afirmou “tinha festas todas as noites” (Sr. Rui, 61 anos).

Assim como Sr. Rui, o Sr. João e o Sr. Álvaro também ingeriram álcool pela primeira vez na infância, mas cada um de forma diferente. O Sr. João ao relatar a história do início da dependência do álcool, enfatizou que quando tinha cinco anos a sua mãe faleceu e, desde então passou a ser criado pela sua avó. E, conforme ele sua avó também era dependente do álcool e, quando criança, com idade de 10 anos sua avó o mandava no bar fazer compras para casa e nessas compras incluía-se uma garrafa de Biotônico Fontoura. De acordo com Sr. João, ele tinha muita curiosidade e no caminho para casa tomava o Biotônico Fontoura¹⁰, que segundo ele continha muito álcool, uma concentração de 70% ou 80% de álcool.

Por isso, crê-se que esse período desencadeou sua dependência do álcool mais tarde. Depois, na vila onde morava todo mundo bebia e nas reuniões todas as noites em sua casa, as vizinhas bebiam com a sua avó, batendo papo e tomando chimarrão. Então, isso também despertou nele à vontade de ingerir bebida alcoólica. Além disso, Sr. João relata que quando sua avó faleceu ficou sozinho no mundo e não tinha ninguém para dizer que aquilo era errado. Então, aí vieram às festas e para ter coragem de dançar com as meninas bebia coca-cola com cachaça, seguido de cerveja, cachaça pura e uísque. O trecho da música com o título Álcool, composta por Glauco Bastião e André Constantino, expressa o momento vivido pelo Sr. João.

Álcool!
Só sei brincar se for com você
Álcool!
Não há festa se eu não beber
(Bastião e Constantino, 2006)

O fato de Sr. João precisar beber para ter coragem de dançar com as meninas, leva-se a constatar o quanto à bebida foi importante para superar a timidez que tenha tido. Assim, o álcool adquiriu um efeito desinibidor e encorajador, facilitando o desenvolvimento de relacionamentos sociais.

¹⁰ Hoje a fórmula não contém álcool em função de situações semelhantes.

A história de Sr. Álvaro mostra que o pai era marinheiro e, quando chegava à residência o pegava no colo e iam para o bar e lá, os amigos de seu pai diziam: “dá um golinho para o guri” (Sr. Álvaro). Então, tomava aquele gole. Mas, foi aos 14 anos que começou a tomar os seus porres, quando saía com os amigos aos sábados. Nessas saídas, quando não tinham cachaça procuravam outras formas de adquiri-la e uma delas era ir até a porta do cemitério tomar a cachaça que era deixada em rituais religiosos. Quando chegou a idade de 15/16 anos tirou os documentos para trabalhar na marinha mercante e, então, conheceu vários alcoolistas e conforme pode ser observado em seu relato: “O resultado foi derradeiro. E quando eu comecei a viajar [...] eu aprendi a beber [...], passava dia e noite bebendo e, norte do Brasil piorou, tomava duas, três garrafas de cachaça por dia” (Sr. Álvaro, 67 anos).

O Sr. Nelson ingeriu álcool aos 12 anos, quando trabalhava na granja de arroz, bebendo escondido do pai. Antes de ir para a granja, trabalhava no engenho, mas decidiu ir para a granja, porque lá se tinha maior facilidade para ingerir o álcool. O Sr. Joel e o Sr. Luiz ingeriram pela primeira vez bebida alcoólica aos 13 anos. O Sr. Luiz começou ingerindo bebida alcoólica em festas, mas com 22 anos de idade passou a desenvolver a dependência do álcool, que se agravou com a aposentadoria, passando com o tempo disponível a freqüentar mais assiduamente os bares. O Sr. Joel, não soube informar o que motivou a dependência do álcool, porque para ele “*existe muitos motivos tanto emocionais, físicos e mentais*”. No caso dele a dependência do álcool agravou-se com 28 anos, consumindo álcool todos os dias.

O Sr. José ingeriu a bebida alcoólica com 16/18 anos, quando buscava o pai nos bares, pois de acordo com ele o pai também era alcoolista, sendo esse dado reafirmado pela sua esposa. A existência de outros familiares dependentes do álcool foi constatada em várias entrevistas, como no caso do Sr. Nelson que a mãe bebia, do Sr. Álvaro, conforme já citado acima, do Sr. Luiz cujo tio faleceu segundo ele devido ao alcoolismo. E, também como é o caso da Sra. Dora, que em sua família de origem cinco irmãos bebiam inclusive dois já são falecidos. Através dos dados da realidade dos idosos, leva-se a referir, novamente, o que foi apontado no primeiro capítulo, o envolvimento da família frente à situação de dependência alcoólica do familiar pode ocorrer de várias

formas e, uma delas é que o familiar pode ser conivente com o problema da ingestão abusiva de álcool e até mesmo pode encorajar o consumo do álcool.

O Sr. Ciro iniciou a dependência com 16 anos, em festas, bebendo socialmente, culminando nesse período também outras dependências, conforme pode ser observado em seu relato: *“Eu comecei a tomar cerveja, ir a bailes, festas [...] e aí começou a rolar outro tipo de bebida e droga. Eu me envolvi com outro tipo de droga”* (Sr. Ciro, 62 anos). De acordo com Sr. Ciro as outras drogas por ele utilizadas foram: lança perfume, comprimidos da época, efetamina e maconha. Através do relato do entrevistado constata-se que já na época dos idosos de infância, adolescência e juventude o uso abusivo do álcool já era um fenômeno presente na sociedade, sendo por alguns complementado com o uso de outros tipos de drogas. Lembrando Edwards; Marshall; Cook (1999, p.105) o uso de múltiplas drogas se desenvolve em estágios, passando os indivíduos das drogas lícitas, para ilícitas.

Na contemporaneidade, o uso de drogas na infância e na adolescência não é diferente, pois a Agência de Notícias dos Direitos da Infância (2003, p. 29) aponta que, Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 1997 fez uma radiografia sobre o uso de drogas entre alunos de Ensino Fundamental e Médio em dez capitais brasileiras, demonstrando que o uso do cigarro e bebidas alcoólicas acontece cada vez mais cedo. O primeiro contato com o tabaco ocorreu, em cerca de 11% dos casos, entre 10 e 12 anos. E, aproximadamente, 60% dos alunos entre 10 e 12 anos experimentaram bebidas alcoólicas. Por isso, através dos relatos dos idosos e dos dados apresentados, constata-se que a prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas deve iniciar desde a infância.

No caso da Sra. Dora, esta achava que a dependência do álcool havia começado com a aposentadoria, por ficar em casa com muito tempo ocioso. No entanto, quando passou a freqüentar as reuniões dos Grupos de Alcoólicos Anônimos, percebeu que com a aposentadoria a dependência do álcool tornou-se mais forte, assim como foi com o Sr. Luiz. De acordo com Sra. Dora a dependência começou na mocidade, na primeira vez em que ingeriu bebida alcoólica, passando a ser dependente do álcool com o tempo. Inclusive, num dado momento chegando a pedir licença do trabalho para poder ingerir o álcool. Seu relato ilustra como foi este momento para ela.

Hoje tenho certeza que fiz aquilo para poder beber descansada, sem me preocupar com o retorno ao trabalho na segunda-feira. E, foi a partir dali que eu comecei a beber diariamente, mais tardar 10 horas da manhã eu tinha que beber alguma coisa que tivesse álcool (Sra. Dora, 61 anos).

Com isto, pode-se verificar que num dado momento da dependência do álcool, o trabalho passou a ser um empecilho para Sra. Dora poder ingerir a bebida alcoólica diariamente. O que mostra que o alcoolismo pode levar o dependente a se afastar do mercado de trabalho. Mas, isso não pode ser generalizado, pois até o momento essa foi uma situação específica vivida pela Sra. Dora. No caso da outra idosa, Sra. Laura a dependência teve início aos 25 anos, ingerindo um cálice de vinho em casa, pois seu esposo trabalhava com bebida que vinha da Vinícola de Caxias. De acordo com Sra. Laura, seu esposo bebia, mas sabia controlar, não chegava a ficar embriagado.

As diferentes histórias dos idosos em relação ao processo de desenvolvimento do alcoolismo demonstram que o início da dependência do álcool dos idosos está muito atrelado ao fator sócio-cultural. Isto porque, teve a influência do meio em que viviam, pois muitos presenciaram os familiares ingerindo bebidas alcoólicas e em algumas famílias, o consumo do álcool era incentivado pelos familiares que ofereciam bebida alcoólica às crianças.

Mas em realidade não se pretende aqui julgar os familiares, pois esses também eram dependentes do álcool, mas o que se pretende com isto é frisar novamente a importância do trabalho com as famílias, pois, as situações vivenciadas pelas famílias de fragilização de vínculos, de violência social constituem-se enquanto possibilidades de intervenção. No entanto, o meio não se restringe somente à família, pois alguns começaram o consumo do álcool também em eventos festivos. Por isso, é importante lembrar, sempre, que é proibida a venda de bebidas alcoólicas para crianças e adolescentes pela Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 que enfatiza em seu artigo 81, número II “é proibida a venda à criança ou adolescente de: bebidas alcoólicas” (BRASIL, 1990).

Outro dado que suscitou a atenção é que a dependência do álcool de dois idosos tornou-se mais forte após a aposentadoria. Por isso, chama-se a atenção para os

Programas de Preparação para a Aposentadoria e para necessidade de uma maior divulgação dos recursos comunitários existentes (grupos de convivência, centros esportivos, universidades com suas diversas atividades para população idosa), pois fortalecer as formas de inserção social é também prevenir o alcoolismo.

5.3 O IMPACTO DO ALCOOLISMO NO COTIDIANO E NA FAMÍLIA DOS IDOSOS

No cotidiano são expressos os costumes, os hábitos, as vontades. Nele também são vivenciadas as dificuldades. E eis que as dificuldades enfrentadas pelos idosos no cotidiano da dependência do álcool foram as mais variadas, perpassando por aquelas que foram individuais, que inclui os problemas de saúde, chegando a ser vivenciadas também na vida social. O Sr. Nelson, por exemplo, teve problema no pâncreas quando tinha 38 anos, que foi descoberto com o problema de uma úlcera em 1979. Quando a úlcera rompeu, ele ficou 10 dias no hospital, 6 dias na UTI e 4 dias no quarto. Após esses 10 dias ele voltou para casa, com vistas a se refazer e a seguir voltar para a cirurgia. Quando retornou ao hospital, de acordo com o mesmo, ficou um mês internado realizando exames e, então, foi constatado o problema no pâncreas.

Mas, os problemas de saúde não foram às únicas dificuldades enfrentadas no cotidiano em decorrência do alcoolismo, pois, Sr. Nelson chegou também a morar na rua, na cidade de São Paulo, onde viveu por um tempo. Neste período chegou a mendigar e procurar em lata do lixo comida para comer, realidade essa que também foi vivida pelo Sr. Joel, que também viveu por um período na rua. Seu relato em relação a esse momento expressa bem isso *“devido ao alcoolismo, um dia as portas se fecharam e a vida me levou a viver na rua, eu também participei como indigente”* (Sr. Joel, 64 anos).

Esta foi uma fase degradante em sua vida, tendo sofrido além da dificuldade de morar na rua, a perda de vários empregos, duas separações e acidentes de trânsito, mas nenhum deles causou morte. Entretanto, o dano de um dos acidentes foi para o Sr. Joel, pois conforme já referido anteriormente, no acidente que sofreu teve uma lesão

séria na perna que o levou a aposentadoria por invalidez. Por isso, no seu relato enfatiza que as dificuldades no cotidiano *“terminam como já te falei em perdas materiais, [...], perdas emocionais, sentimentais e familiar”* (Sr. Joel, 64 anos).

Em realidade constata-se através dos depoimentos de ambos os idosos, que eles vivenciaram todas as dimensões da exclusão social, sendo essas a econômica, a sociocultural e a política. Pois, antes mesmo de viverem na rua ficaram desempregados e passando a morar na rua perderam o contato com a família. Além disso, possivelmente sofreram uma dupla discriminação, devido à doença do alcoolismo e a situação de viver na rua. E, sem dúvida os direitos sociais também foram afetados, pois foram excluídos da possibilidade de participar do usufruto de bens e serviços, do trabalho e da preservação da saúde, uma vez que, estando na situação descrita anterior, tornaram-se mais vulneráveis ao aparecimento de doenças.

Dentre outras dificuldades vivenciadas no cotidiano dos idosos entrevistados, destaca-se a questão de envolverem-se em situações de violência física, situação essa vivida pelo Sr. Ciro e pelo Sr. Álvaro. O primeiro chegou a levar tiro e coronhada na cabeça, que gerou uma dificuldade para conseguir gravar nomes. Mas, além dessas situações vivenciadas, a outra dificuldade mencionada foi deixar de consumir bebidas alcoólicas e outras drogas, sendo esta dificuldade também mencionada pelo Sr. José, a de não consumir mais bebida alcoólica.

O Sr. Álvaro chegou a ter alucinações e, em uma ocasião deu um soco no rosto de uma senhora achando que era um elefante. Seu relato expressa exatamente este momento *“tomei um porre e esse porre que eu tomei [...] eu dei um soco na cara de uma sra, que eu pensei que era um elefante. Veja como eu estava vendo miragem, eu vi um elefante grandão que vinha direto para mim e eu dei um soco”* (Sr. Álvaro, 67 anos).

Para Sra. Dora, a maior dificuldade encontrada foi ter que ir às festas e ter que se comportar, porque era casada e tinha filhos e, então, não podia dar vexame. Por isso, chegou uma época da dependência do álcool que não queria mais frequentar lugares públicos e nos últimos anos do alcoolismo passou a conviver somente com os familiares que bebiam, isolando-se de outros contatos. Mas, outra dificuldade foi

mencionada pelo Sr. Rui, que foi a vergonha que ficava no outro dia após a embriaguez.

O alcoolismo, portanto, impactou no cotidiano dos idosos, transformando a vida dos mesmos, pois passaram a enfrentar dificuldades, algumas individuais, mas outras sociais. Como o caso dos dois idosos que chegaram a viver na rua e, também, daquelas situações de violência física que envolveu outras pessoas. Além do caso de Sra. Dora que num dado momento sentiu a vontade de isolar-se de alguns contatos sociais.

Mas, além do impacto no cotidiano dos idosos, a família também sofreu um grande impacto em decorrência da dependência alcoólica do familiar. Dar-se-á visibilidade a isso, através das histórias sobre os relacionamentos familiares, num movimento que mostra como era o relacionamento antes da dependência, como passou a ser com o alcoolismo do familiar e como é hoje, estando os idosos realizando o programa de recuperação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre.

Na análise das informações coletadas com os idosos e com os familiares, constatou-se que três (3) idosos falaram sobre o relacionamento antes da dependência do álcool no que diz respeito à família de orientação. Assim foi o caso do Sr. Ciro que sempre foi muito rebelde, revoltado e acredita que isso se deve ao fato de sua mãe ter tentado abortá-lo, tomando chás da época que não adiantou. De acordo com Sr. Ciro, sua mãe fez isso, pois o pai bebia muito e sua mãe ficou com medo que ele nascesse com algum defeito e, também, porque a mãe já tinha dois filhos e a situação financeira da família era péssima, pois o pai estava desempregado.

Entretanto, depois que nasceu, mencionou que não lhe faltou nada, mas a tentativa de aborto de sua mãe marcou bastante a sua vida, tanto que ele referiu: *“depois que eu nasci não me faltou nada, mas antes de nascer eu fui rejeitado. Então, eu acho que por isso eu já vim revoltado. Então, chegava natal, época de fim de ano, eu sumia no meio do pessoal e ia me esconder para chorar [...]”* (Sr. Ciro, 62 anos). Como ele salientou foi um menino muito rebelde e sua trajetória escolar foi de repetição e expulsão da escola, pois repetiu três anos a primeira série e foi expulso três vezes da escola.

O Sr. Luiz também falou sobre sua família de orientação, pois de acordo com ele antes da dependência morava com seus tios e o relacionamento era normal, porque não havia briga e nessa época ele bebia, mas não a ponto de ficar embriagado. Assim como Sr. Ciro e Sr. Luiz, Sra. Dora falou sobre o relacionamento familiar antes da dependência do álcool também no que diz respeito à família de orientação, composta pela mãe e irmãos. De acordo com Sra. Dora, as festas familiares nessa época sempre acabavam em discussões, nunca em agressão física, mas em discussões. Isto porque, cinco de seus seis irmãos bebiam. Como os demais também falou sobre o relacionamento estabelecido antes da dependência do álcool com a família composta com o casamento, que é a família de procriação (MORAGAS,1997). Para quatro (4) idosos o relacionamento antes do alcoolismo era bom e normal, que para eles significa ser sem brigas. Os relatos abaixo de alguns idosos ilustram isto.

O meu marido e eu sempre nos amamos muito. A gente sempre teve um bom relacionamento, não vou dizer 100%, mas nós sempre nos respeitamos, nós sempre combinávamos tudo. Nosso relacionamento era legal e com os filhos também era legal (Sra. Dora, 61 anos).

Dentro do padrão de uma família, acho que a gente vivia bem. O meu marido trabalhava, a minha filha estudava, eu trabalhava, fazíamos as refeições em casa. Tinha os parentes, a gente tinha uma vida familiar. Quando tinha festa a gente ia. Era bom (Sra. Laura, 72 anos).

Era normal, porque normalmente eu não bebia a ponto de ficar bêbado, bebia normal, não era de no outro dia ficar triste ou envergonhado (Sr. Rui, 61 anos).

Os depoimentos demonstram que antes da dependência, dificuldades no relacionamento, discussões até poderiam existir, mas não era algo que afetasse de forma brusca o relacionamento ou que levasse a violência física. E, também, que nessa época os contatos sociais estabelecidos pela família ainda se realizavam de forma normal, sem o isolamento social que ocorre com o alcoolismo.

Das esposas entrevistadas, duas (2) ao serem questionadas sobre a questão do relacionamento familiar antes da dependência alcoólica de seus esposos, responderam que quando se casaram eles já bebiam. O esposo da Sra. Vitória bebia aos finais de semana, durante a semana não. Mas, quando bebia ficava chato. O esposo de Sra. Eva viajava muito na época do namoro, por isso, eles se encontravam somente nos finais de semana. Então, ela não percebeu que ele tinha problema com o álcool. Assim, achava

que estava tudo bem. No caso da terceira esposa, Sra. Gilda, esta confirmou o que seu esposo relatou na entrevista, que o relacionamento familiar antes do alcoolismo era normal, porque não existia muita briga.

No entanto, o relacionamento familiar dos idosos com a dependência do álcool sofreu grande repercussão. Se antes era considerado normal pelo fato de não existir muitas brigas, com a dependência isso modificou e passaram a ocorrer outros fenômenos que podem ser identificados como algumas das fases vivenciadas pela família em situação de dependência alcoólica do familiar.

Várias foram às transformações identificadas nos relatos dos idosos entrevistados, que tornaram os vínculos familiares fragilizados, entre eles o isolamento social da família em decorrência do alcoolismo e o isolamento do dependente por parte da família. Destacam-se também as brigas devido às alcoolizações do familiar, as separações e a transformação no âmbito econômico, pois alguns gastavam o dinheiro do orçamento familiar com a bebida alcoólica. Essas transformações serão ilustradas com os relatos seguintes:

Antes de me tornar dependente do álcool, a minha filha levava os colegas lá para casa para eu ajudar nos trabalhos. Eu tinha muita facilidade, eu sempre tive muita facilidade com o português, embora eu não seja professora de português. Eu estudava em casa com o grupo. E, depois, ela passou a não levar mais (Sra. Dora, 61 anos).

Eu brigava toda hora, às vezes a minha mulher perguntava alguma coisa [...] e eu já brigava (Sr. Rui, 61 anos).

Na minha família eu fui rejeitado por todos. [...] aonde eu chegava todo mundo fugia. Só a minha mãe, a minha mãe me aceitou do jeito que eu estava e os outros se escondiam, não queriam saber de mim (Sr. Ciro, 62 anos).

Eu tive duas separações e não vi meus filhos crescer (Sr. Joel, 64 anos).

Enfrentei muita dificuldade com a minha esposa, ela falava para mim não beber e eu chegava bêbado, vomitava, era uma tristeza (Sr. Álvaro, 67 anos).

Entretanto, muito embora o relacionamento familiar tenha sofrido grandes transformações, com as brigas e com o afastamento das relações, a família teve importante papel na vida de alguns dos entrevistados. Como por exemplo, no relacionamento familiar da Sra. Laura e da Sra. Dora, pois para Sra. Laura apesar das brigas, das desavenças, se não fosse a família teria sido bem pior. Para ela, se está viva hoje é graças à família que lhe deu apoio. Para Sra. Dora, muito embora a família

tenha tirado do convívio familiar às outras pessoas, pois estava envergonhada com a sua dependência alcoólica, não lhe virou as costas. As famílias, portanto, ao mesmo tempo em que se desgastam e brigam, também procuram apoiar os familiares dependentes do álcool.

Quanto à questão de ter ocorrido ou não mudança na organização familiar em decorrência do alcoolismo, a análise das informações coletadas junto aos familiares veio a demonstrar que as famílias tiveram mudanças quanto à organização familiar. No entanto, as mudanças não foram às mesmas nas famílias dos entrevistados.

Na família da Sra. Vitória a mudança ocorreu no relacionamento do idoso com os filhos, pois antes do alcoolismo a família era unida. Havia os encontros familiares, que atualmente já não podem mais ser realizados, porque os filhos não gostam de ir para o sítio da família, pois o pai bebe, incomoda e repete várias vezes o mesmo assunto. Essa situação gerou um distanciamento do idoso com os próprios filhos. Quando relatou a mudança na organização familiar Sra. Vitória chegou a dizer: *“eu creio que se o pai não fosse assim, eles participariam mais, principalmente o mais velho”*.

Já na família da Sra. Eva a mudança na organização familiar foi em relação à administração da casa que passou a ser realizada pela sua mãe, porque Sra. Eva redobrou seu trabalho para não ficar em casa, assistindo seu esposo alcoolizado num dia e no outro sentindo culpa pela ingestão do álcool. No caso dessa família se fosse necessário consertar alguma coisa na residência como, por exemplo, trocar uma lâmpada, pedia-se para o vizinho, porque ficavam com medo que Sr. João se machucasse.

No caso da família da Sra. Gilda a mudança na organização familiar também foi em relação às tarefas do lar e extras-lar, pois Sra. Gilda, que segundo diagnóstico médico tem Síndrome do Pânico, quando saía para alguma reunião e a Síndrome tornava-se mais forte precisava sair correndo e se o esposo estivesse embriagado não podia contar com ele para buscá-la. Além dessa situação, se tivesse que levar os filhos na escola ou em festas ele também não levava. Nesta fase a Síndrome do Pânico de Sra. Gilda estava bem forte, por isso, não tinha vontade de sair de casa. Então, pouquíssimas vezes saía de casa com os filhos. Quando os filhos queriam ir ao cinema,

por exemplo, quem levava era a vizinha. Uma das atitudes de Sr. José era dirigir alcoolizado, inclusive em um dos dias que dirigiu embriagado os amigos de seus filhos o pegaram com o carro atravessado na Avenida João Pessoa e o levaram para casa. Quando chegou em casa caiu ao entrar no portão.

A forma de organização das famílias mudou com o alcoolismo, pois na primeira família constata-se a mudança no relacionamento de pais e filhos, porque ocorreu distanciamento entre ambos. No caso da segunda família, além do problema de saúde do pai, a mãe afastou-se do lar redobrando seu trabalho. Na terceira família não era possível contar com o pai na realização das atividades.

Entretanto, analisando as informações coletadas quanto ao relacionamento familiar hoje, constata-se que mudou, pois todos os idosos, assim como as três esposas consideram o relacionamento familiar hoje muito bom e ótimo. Isto devido ao programa de recuperação que os idosos realizam nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre. O porquê da atribuição muito bom e ótimo pode ser constatado através das expressões dos idosos e das esposas.

Eu não tenho mais vergonha, eu olho para minha esposa nos olhos. Isso eu não fazia antes, não tinha coragem. Lembro que antes, cada um ficava tomando o seu café separado e, ela não me dizia o que eu tinha feito. Então, isso me deixava desesperado (Sr. Rui, 61 anos).

Eu era muito egoísta e esses grupos ajudaram a reconhecer meu egoísmo. Meu egoísmo foi um egoísmo egocêntrico, eu queria as coisas só para mim. Então, eu perdi a minha mulher e aí, eu dividi toda a minha casa e fiz um prédio e dei um apartamento para o meu filho (Sr. Álvaro, 67 anos).

A minha família mudou, é outra vida, é outra qualidade de vida, porque agora não está havendo mais desavenças causadas pela bebida (Sr. Luiz, 73 anos).

Eu deixei de ser o ponto de interrogação da família. Todos se preocupavam, ligavam para saber onde eu estava (Sr. José, 62 anos).

Ele ajuda o filho nos afazeres da casa. Antes ele não fazia isso (Sra. Gilda, 59 anos).

A gente passou a se descobrir. Depois da sobriedade a gente passou a se conhecer (Sra. Eva, 58 anos).

Os depoimentos demonstram que com o processo de recuperação que os idosos realizam nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre, os pais aproximaram-se dos filhos e das esposas, assim como, também contribuiu para superar as desavenças que existia em uma família e para superar a vergonha que um dos idosos ficava no

outro dia, após o estado de alcoolização. Devido a estas mudanças os familiares e os idosos consideram que hoje o relacionamento familiar é bom e ótimo.

5.4 A REPERCUSSÃO DO ALCOOLISMO NAS DEMAIS RELAÇÕES ESTABELECIDAS PELOS IDOSOS

Para tratar sobre a repercussão do alcoolismo nas demais relações dos idosos, também se dará visibilidade ao movimento de como eram estabelecidos os relacionamentos antes da dependência, como passaram a ser com a dependência e como são estabelecidos hoje. Com base nas entrevistas realizadas com os idosos, constatou-se que antes da dependência os relacionamentos estabelecidos no trabalho, com os amigos, vizinhos e comunidade se desenvolviam sem problemas. Isto porque, os idosos consideraram que os relacionamentos eram bons, pois, cumpriam com as obrigações no trabalho, participavam de festas promovidas pelos amigos e alguns dos idosos participavam de atividades da comunidade. Os relatos de alguns dos idosos evidenciam o significado dos relacionamentos para eles.

Eu tinha uma grande turma de amigos [...] e a minha relação era nota 10, eu sempre fui uma pessoa muito alegre, sempre gostei muito de conversar, eu sempre gostei muito de cantar, de me divertir. Então, tinha festa, tinha baile, tinha... Qualquer tipo de evento, eu sempre estava na lista das pessoas, eu era uma pessoa muito bem recebida (Sra. Dora, 61 anos).

No trabalho era normal eu cumpria com todas as minhas obrigações (Sr. José, 62 anos).

Sempre cumpri com as minhas obrigações no trabalho, antes da doença atingir o pico. Eu não gostava de chegar atrasado [...] sempre procurei não ser chamado atenção (Sr. Joel, 64 anos).

Eu sempre me dei bem com os vizinhos (Sra. Laura, 72 anos).

Além do bom relacionamento no trabalho, com os amigos e vizinhos, alguns dos idosos envolviam-se em atividades da comunidade, como Sra. Dora que freqüentava a igreja e inclusive participava das novenas de natal. No caso do Sr. Nelson, chegou a

ser coroinha na igreja. O Sr. Álvaro também participou de atividades da comunidade, chegando a colaborar com a fundação de uma Associação de Bairro.

Entretanto, com a dependência do álcool as dificuldades começaram a ocorrer no trabalho, com os amigos, vizinhos e comunidade transformando os relacionamentos estabelecidos. No trabalho, por exemplo, além da perda de empregos, alguns idosos afastaram-se de suas atividades produtivas em decorrência do alcoolismo. A Sra. Dora que lecionava em uma escola, passou a não trabalhar mais em sala de aula com criança, pois de acordo com seu depoimento não se sentia aquela professora capaz de manter 35 crianças de 9 e 10 anos e fazer um bom trabalho com eles.

Alguns dos idosos bebiam no trabalho como Sr. Rui, Sr. Joel e Sr. Luiz. Os empregadores sabiam que eles bebiam e, devido a isso Sr. Rui perdeu várias promoções. Isto fica bem evidente através de seu relato *“ele é bêbado, vamos deixar, vamos dar a promoção para outro e não para ele”*. O Sr. Luiz devido ao fato de beber no emprego foi chamado à atenção pelo superior, que afirmou que a bebida poderia causar a sua expulsão. Por isso, a relação de trabalho dos idosos sofreu grande repercussão devido a todos esses fenômenos.

Quanto ao relacionamento com os amigos, constatou-se que com a dependência do álcool os idosos passaram a não ter mais amigos. Isto porque, o afastamento foi recíproco, ou seja, os amigos se afastaram dos idosos e estes se distanciaram dos amigos. O Sr. Luiz chegou a se envolver em discussões com os amigos devido ao alcoolismo. Por isso, não ter mais amigos foi à dificuldade mais mencionada pelos idosos.

Na relação estabelecida com os vizinhos, alguns idosos consideram que não tiveram dificuldades, como Sra. Dora e Sr. José que referiram que sempre se relacionaram bem com os vizinhos, assim como, Sr. Nelson e Sr. Joel que não mantinham relacionamento com os vizinhos. No entanto, Sr. Rui quando questionado sobre as dificuldades, mencionou que chegou a discutir com alguns vizinhos, porque o olhavam diferente, conforme ele com olhar *“torto”*.

No que diz respeito ao relacionamento estabelecido na comunidade, quando questionados sobre as dificuldades, obteve-se algumas respostas que mostram as transformações ocorridas. Uma primeira situação foi a de Sra. Dora que antes

freqüentava a igreja e participava das novenas de natal e com o alcoolismo passou a não freqüentar mais, porque de acordo com a Sra. Dora “a gente larga tudo”.

O Sr. Ciro quando questionado sobre as dificuldades mencionou uma situação que foi: ser abordado pela polícia algumas vezes e, quando respondia era espancado e preso. Por isso, constata-se que mesmo sendo o alcoolismo considerado uma doença, ainda sim é comum existir formas repressoras no trato com o dependente do álcool.

Ao serem questionados sobre como enfrentaram as dificuldades surgidas em decorrência do alcoolismo, os idosos mencionaram que enfrentaram as dificuldades através da inserção nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre. Constatou-se, ainda, outras duas formas de enfrentamento as dificuldades, que são: através da espiritualidade e pedindo desculpas para as pessoas por algum transtorno causado.

Hoje, quando falam sobre os relacionamentos estabelecidos com os amigos, vizinhos e comunidade expressam que são bons, excelentes e normais. Algumas expressões evidenciam isto.

Os amigos verdadeiros que eu tenho hoje, a maioria são de Alcoólicos Anônimos e as pessoas que eu me relaciono dentro do meu centro espírita. E, também, as pessoas que me aceitam como alcoólica e que sabem que eu não bebo, porque eu sou uma doente e resolvi estacionar o meu alcoolismo (Sra. Dora, 61 anos).

Hoje, se eu morrer tenho certeza que vai ter mais de 200 pessoas. Não só pessoas sãs, mas pessoas doentes, como cegos, porque de vez em quando eu vou aos hospitais e ajudo aquelas pessoas que perderam os braços e as pernas (Sr. Álvaro, 67 anos).

O meu relacionamento com os vizinhos é maravilhoso, me dou bem com todas as minhas vizinhas. Tem uma vizinha minha que fazia até festa na rua e, agora não quer mais fazer. A gente achou falta. Mas, a gente toma chimarrão juntas (Sra, Laura, 73 anos).

Meu relacionamento com os vizinhos é nota dez. Às vezes, me chamam para dar uma mão com os alcoólatras (Sr. José, 62 anos).

Com os vizinhos é um relacionamento normal, nos cumprimentamos, bom dia/boa tarde. No tempo do alcoolismo a pessoa me olhava com cara feia, devido ao meu comportamento em estado de alcoolização (Sr. Luiz, 74 anos).

Analisando as respostas dos entrevistados, percebe-se uma grande mudança nos relacionamentos dos idosos, uma vez que, antes da realização do programa de recuperação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos não tinham amizades. Outro fato observado, é que antes não costumavam colaborar com as outras pessoas, porque não

lhes cediam espaço para isso, ou, porque se afastavam dos amigos. Algo que, ainda, suscitou a atenção da pesquisadora, é que para alguns dos idosos entrevistados o relacionamento com a comunidade está muito atrelado à participação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos, mas alguns dos idosos freqüentam clubes e centros espíritas.

5.5 REDE SOCIAL ESPONTÂNEA DE APOIO E DE SERVIÇOS AOS IDOSOS DEPENDENTES DO ALCOÓL

Antes de iniciar a apresentação dos dados sobre a rede social espontânea de apoio aos idosos, é preciso frisar que essa denominação de rede foi adotada com base em Baptista (2002), que conforme apontado no primeiro capítulo tem como embasamento às relações primárias, que são estabelecidas com a família, amigos e vizinhos. Por isso, como forma de dar visibilidade à rede social espontânea dos idosos, serão apresentados os resultados e a análise sobre a estrutura da rede, bem como do tipo de apoio fornecido pela família, amigos e vizinhos aos idosos.

No processo de análise, constatou-se que na realidade dos idosos o apoio recebido na família vai um pouco além do que foi indicado no terceiro capítulo, em que se apontou que quando o idoso possui debilidades que o impossibilitam de procurar recursos de saúde, a pessoa-chave da família que assume essa responsabilidade é, normalmente, a filha ou a nora do idoso. No entanto, na análise dos depoimentos dos idosos e familiares as pessoas mais citadas da família dos idosos que eles podem e podiam contar antes de realizarem o programa de recuperação nos Grupos de AA são: as esposas/esposos, filhos/filhas, irmãos/irmãs, mãe, genro e sogra.

Os familiares apoiavam os idosos de várias maneiras, levando o familiar dependente do álcool para o hospital quando era necessário; acolhendo os idosos em suas residências, no caso de irmãos; apoiando financeiramente e compreendendo o alcoolismo do familiar. Este é o caso de uma mãe, que mesmo sendo muito criticada pelos vizinhos que diziam: *“deixa ele morrer, ele não presta”* (Sr. Ciro, 62 anos), não deixou de apoiar o filho. A mãe de Sr. Ciro não deu atenção a pressão dos vizinhos e

apoiou o filho, vendo mais tarde sua recuperação, conforme demonstra sua fala “*a minha mãe faleceu com essa vitória. Fazia 17 anos que eu não usava droga nem álcool*” (Sr. *Ciro*, 62 anos). Novamente constata-se através do relato de Sr. *Ciro* que as pessoas costumam discriminar, isolar o dependente do álcool e, que a família fica muito solitária nesse período.

Em outras famílias além dos familiares terem permanecido ao lado dos idosos no período que bebiam todos os dias, buscaram a compreensão da doença nos Grupos de Alcoólicos Anônimos - AA e nos Grupos Familiares Al-Anon. Inclusive alguns familiares chegaram a acompanhar os idosos nos Grupos de AA.

Neste momento, analisando o apoio oferecido pelos membros das famílias aos idosos que estão realizando o programa de recuperação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre, constata-se que a família exerce um importante papel na vida dos idosos, apoiando-os, suprimindo suas necessidades que conforme Moragas (1997) são três: físicas, psíquicas e sociais. As necessidades físicas dizem respeito à alimentação, a habitação e aos cuidados em decorrência da doença. A satisfação das necessidades psíquicas refere-se ao amor, ao afeto e ao equilíbrio psíquico. A satisfação das necessidades sociais, ao sentimento de pertencimento a um grupo, neste caso ao grupo familiar.

Mesmo levando em consideração que com o alcoolismo o relacionamento familiar sofreu um grande impacto, pois começaram a surgir discussões e brigas intensas, não se pode deixar de considerar que as famílias cumprem um papel protetivo, oferecendo apoio aos idosos.

Quanto ao apoio fora da família, alguns idosos mencionaram que não podiam contar com ninguém, porque o apoio era oferecido somente pelos familiares. Mas, outros idosos afirmaram que podiam e podem contar com amigos e vizinhos. Para dois (2) idosos os amigos, hoje, são aqueles dos Grupos de AA. Esses amigos de acordo com um dos entrevistados “*ficam tristes quando alguém volta a beber e ficam alegres quando alguém ingressa*” (Sr. *Rui*, 62 anos). Para os idosos entrevistados, a contribuição dos familiares, amigos e vizinhos foi muito importante, porque, eles os acompanharam nos Grupos de AA. Mas, também porque alguns dos irmãos dos

entrevistados mantinham contato com as clínicas e hospitais onde os idosos foram internados e, ainda, porque foram acolhidos por alguns familiares em suas residências.

Quanto à rede de serviços existentes em Porto Alegre, foram mencionadas pelos profissionais hospitalares e postos de saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Os hospitais são: Hospital Vila Nova, Hospital Parque Belém, Hospital Psiquiátrico São Pedro e o Hospital Espírita. Além do Hospital Mãe de Deus que é particular, mas também reserva vagas para atendimento pelo SUS. Quanto aos Postos de Saúde foram apontados o PAM3, também conhecido como Postão da Vila Cruzeiro do Sul e o Posto de Saúde Modelo. Mas, existem também as Clínicas Pinel e a São José. Além da Cruz Vermelha e dos Grupos de Alcoólicos Anônimos. Algo importante a salientar, ainda, é que essas instituições não atendem somente idosos, mais outras faixas-etárias também.

Quando os profissionais foram questionados sobre o tipo de serviços prestados pelas instituições, grande parte respondeu que não poderia falar sobre os demais serviços, porque não se sentiam no direito de fazer comentários sobre as outras instituições. Assim, a grande maioria referiu-se aos serviços prestados pelas instituições em que trabalham. Com base nas respostas teve-se a possibilidade de averiguar quais são os atendimentos oferecidos por algumas das instituições que pertencem à rede de serviços.

No Hospital Parque Belém o atendimento é oferecido sob a forma de internação e também através de trabalho com grupos, como: grupo de início e de orientação à família. O grupo de início tem como objetivo informar os efeitos do uso de substância psicoativa e da abstinência. O objetivo do grupo de orientação é o de amparar e informar familiares e acompanhantes em tratamento ambulatorial. Os grupos são coordenados por estagiários da psicologia e por um assistente social.

No PAM3, o atendimento é de emergência, portanto, é feita uma avaliação do paciente e se constatada a necessidade de internação a Central de Leitos solicita a vaga nos hospitais e faz o encaminhamento dos pacientes. Como o serviço é de emergência não são realizadas visitas domiciliares, nem trabalho com grupos. Na Cruz Vermelha são realizados cursos de prevenção, cujo objetivo é conscientizar a população sobre os efeitos físicos e psíquicos no organismo decorrentes do uso

indevido de drogas. Além disso, também oferece atendimento através do trabalho terapêutico e médico que é desenvolvido por uma equipe de profissionais (psicólogos, psicanalistas, médicos da área de psiquiatria, toxicologia e clínica geral).

No hospital Psiquiátrico São Pedro o dependente químico é internado, passa pelo processo de desintoxicação e, depois, entra em tratamento, além de participar de grupos de prevenção. O atendimento é prestado por uma equipe de profissionais (médico clínico, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, psicóloga e uma enfermeira auxiliar), que se reúnem semanalmente para discutir os atendimentos, visando, portanto, um trabalho interdisciplinar.

Devido a essa pesquisa ter sido realizada com idosos participantes dos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre, considera-se necessário contextualizar como foi à criação destes grupos, para depois continuar a tratar sobre o atendimento prestado pelos outros serviços. O Grupo de Alcoólicos Anônimos - AA foi criado em 1935 por um corretor da Bolsa de valores de Nova York e por um médico cirurgião de Ohio, hoje já falecidos, que enfrentaram o problema do alcoolismo. A intenção dos dois ao fundar o Grupo de Alcoólicos Anônimos foi ajudar na recuperação de outras pessoas que sofriam da doença do alcoolismo. Desde então, o AA estendeu sua ideologia pelo mundo. De acordo com estimativas existem aproximadamente 97.000 grupos e mais de 2 milhões de membros em 150 países (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2004; EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999). No Brasil, a organização teve seu início no Rio de Janeiro, em 1948, quando o primeiro grupo foi fundado. Em 2004 já existiam cerca de 6 mil Grupos de Alcoólicos Anônimos - AA espalhados pelo Brasil. Em Porto Alegre existem vários Grupos de Alcoólicos Anônimos que são realizados em dependências de igrejas, hospitais e centros de saúde (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS 2004).

Os Grupos de Alcoólicos Anônimos - AA caracterizam-se por reuniões com o propósito da troca de experiências entre seus membros. O número de participantes varia entre 10 e 20 pessoas. A reunião tem início com a Oração da Serenidade que é “concedei-me senhor a serenidade para aceitar as coisas que não posso mudar – coragem para mudar aquelas que posso e a sabedoria para perceber a diferença” (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999, p. 241). A seguir, o coordenador apresenta-se e salienta que é um alcoólatra em recuperação. Após apresentar-se, o coordenador

explica o que é o Grupo de Alcoólicos Anônimos e depois chama o primeiro orador que se apresenta e fala sobre o desenvolvimento do alcoolismo em sua vida, sobre o processo de recuperação, bem como sobre seus sofrimentos (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2004).

O programa de recuperação dos Grupos de Alcoólicos Anônimos – AA têm como base doze passos, que de acordo com a concepção do AA não tem vinculação com nenhum tipo de religião, pois o A.A se considera um movimento a-religioso e a-político. Por isso, a essência do Deus que consta em alguns dos passos baseia-se na espiritualidade. Os doze passos que fazem parte do programa de recuperação dos Grupos de AA são:

1) Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que nossas vidas tinham fugido ao nosso controle. 2) Passamos a acreditar que um Poder maior do que nós mesmos podia nos devolver a sanidade. 3) Tomamos a decisão de entregar nossa vontade e nossas vidas ao cuidado de Deus, na forma em que o concebíamos. 4) Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos. 5) Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante um outro ser humano a natureza exata de nossas falhas. 6) Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter. 7) Humildemente pedimos a ele que nos livrasse de nossas imperfeições. 8) Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos pusemos a reparar os danos a elas causados. 9) Fizemos reparações diretas a estas pessoas sempre que possível, exceto quando isso significaria prejudicá-las ou a outros. 10) Continuamos fazendo o inventário pessoal, e, quando estávamos errados, prontamente o admitíamos. 11) Procuramos, por meio de preces e meditação, melhorar nosso contato com Deus conforme o que concebíamos, rogando apenas o conhecimento de sua vontade em relação a nós e o poder de realizar essa vontade. 12) Tendo experienciado um despertar espiritual em resultado desses passos, tentamos levar esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (EDWARDS, MARSHALL; COOK, 1999, p. 240-241).

Mas, mesmo reconhecendo que este é um rico espaço para recuperação do dependente do álcool, constata-se que em um dos doze passos existe um tom de culpabilização do dependente do álcool. Isto no que se refere ao passo número 6, que acentua o “defeito de caráter”. Por isso, a crítica é em função de que o alcoolismo deve ser tratado como uma doença e não como um “defeito de caráter”.

Das instituições mencionadas pelos profissionais todas prestaram ou prestam atendimento aos idosos. Alguns dos idosos passaram por todas as instituições, outros por uma ou duas. O Sr. José e o Sr. Luiz realizam somente o programa de recuperação

dos Grupos de Alcoólicos Anônimos. A esposa de Sr. José ao referir o serviço utilizado em decorrência do alcoolismo, afirmou que: *“o AA foi à salvação do meu esposo”* (Sra. Gilda, 59 anos). A fala da esposa de Sr. José demonstra que o Grupo de Alcoólicos Anônimos teve uma importante contribuição no processo de recuperação de seu esposo.

Este não foi o único depoimento que demonstrou a contribuição dos Grupos de AA, pois os idosos que realizam o programa de recuperação também relataram a importância para o conhecimento da doença, para a convivência e troca de experiências com outros dependentes do álcool, valorizando sempre seu contexto cultural, crenças e costumes.

No caso do Sr. Rui, além de realizar o programa de recuperação do AA, também foi atendido na Cruz Vermelha, onde fez tratamento a base de medicamentos. O Sr. Carlos recebeu atendimento no Hospital Vila Nova quando precisou fazer uma cirurgia em decorrência de uma úlcera. Ele também participa dos Grupos de AA. Os demais além de realizarem o programa de recuperação de Alcoólicos Anônimos, foram internados em hospitais e clínicas. O Sr. Ciro, o Sr. Joel e o Sr. Álvaro foram internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Hospital Espírita e na Clínica Pinel. A Sra. Laura foi atendida em diferentes instituições que não foram apontadas pelos profissionais, pois foi internada na Clínica Pacto e na Clínica Gelineck. A Sra. Dora fez terapia com um psicólogo do Hospital São Lucas da PUCRS.

O acesso a esses serviços ocorreu de diversas formas. A Sra. Dora fez terapia com o psicólogo do Hospital São Lucas, porque uma ex-namorada de seu filho conseguiu o tratamento para ela. A Sra. Laura afirmou que foi internada nas clínicas pelos familiares. Seu depoimento demonstra o que pensou e sentiu ao acordar no meio da noite e ver onde estava: *“Meu Deus, me botaram no meio do mato! Aí eu descí e queria ir para a casa, e, então, eu fui para casa e, claro, voltei a beber de novo”* (Sra. Laura, 72 anos). Em realidade, esta situação vivida por Sra. Laura mostra o que foi apontado na revisão bibliográfica, que sua internação foi realizada sem o seu consentimento. Os demais idosos acessaram os serviços hospitalares e os Grupos de Alcoólicos Anônimos por intermédio de familiares, amigos e vizinhos. No caso do Sr.

Nelson, o acesso ao Grupo de Alcoólicos Anônimos foi por intermédio de pessoas que fizeram uma abordagem com ele quando estava na rua.

Em relação à qualidade dos serviços alguns idosos consideram bons. A Sra. Dora porque o psicólogo no final das sessões de terapia dizia uma frase que a fazia pensar. O Sr. Joel porque a Clínica Pinel trabalha na prevenção da recaída, esclarece os males que o álcool causa no organismo e na mente. No entanto, na avaliação de alguns profissionais foram apontadas algumas dificuldades no atendimento prestado a população, como no caso de Fernanda e Fabiana que afirmaram:

os hospitais não têm muitos recursos, não estão bem organizados. Então, eles estão quase decadentes, faltam recursos materiais e humanos (Fernanda, assistente social, 51 anos).

A rede de apoio não é muito boa, porque a rede básica de saúde é muito precária no atendimento a dependentes químicos, pois faltam profissionais (Fabiana, psicóloga, 36 anos).

Em realidade a precarização no atendimento ocorre porque o campo da saúde não está ileso as armadilhas da política neoliberal adotada pelo Estado, que tem como característica a redução dos gastos públicos e, também, do controle e manutenção das políticas sociais. E, por isso, não só exclui a maioria do acesso aos benefícios, como afeta duramente o que está garantido na Constituição de 1988 que é o direito à saúde, a assistência social e a previdência. A precarização do atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde - SUS atinge a toda população que utilizam estes serviços. E, no caso do idoso de forma bastante alarmante, pois,

além dos velhos que dependem do SUS terem que enfrentar as intermináveis filas para conseguir uma consulta médica e não terem medicamentos gratuitos suficientes, os hospitais não mantêm uma reserva de leitos para pacientes idosos (ZIMERMANN, 2000, p. 45).

Esta realidade foi constatada na entrevista com uma das profissionais, que chegou a afirmar que se tiver dois leitos no hospital um deve ser para o jovem e o outro para o idoso. Entretanto, não é isso que acontece, pois o idoso é descartado. O seu relato complementa a situação vivida pelo idoso *“há uma exclusão, há uma seleção. O jovem tem mais tempo de vida, o idoso não” (Fernanda, assistente social, 51 anos).*

A realidade apontada pela profissional expressa a contradição existente quanto ao atendimento oferecido ao idoso, pois de um lado, a Política Nacional do Idoso prevê que os órgãos e entidades públicas devem garantir ao idoso a assistência à saúde em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS. No entanto, por outro lado, constata-se que este direito não é garantido de forma efetiva. Sendo assim, este tipo de atendimento que faz uma seleção entre o idoso e o jovem, além de ser uma discriminação contra o idoso, devido à idade avançada, coloca em risco sua vida. Por isso, esta situação precisa ser acompanhada e fiscalizada pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público e Vigilância Sanitária, pois, estes são os órgãos competentes apontados no Art. 52 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), para fiscalizar entidades governamentais e não governamentais que prestam atendimento ao idoso.

Esta situação de discriminação vivida pelo idoso, além de requerer fiscalização, sugere, também, a continuação de investigações por parte dos assistentes sociais que trabalham para que os direitos garantidos em leis sejam efetivados na prática. Neste caso, a luta é pelo direito a saúde, a inclusão e a vida, pois, não se pode tratar o fenômeno do alcoolismo de forma isolada, mas na sua totalidade, associando a questão da saúde à qualidade de vida das pessoas dependentes do álcool que precisam ser atendidas em suas múltiplas necessidades.

As sugestões dos profissionais entrevistados para melhorar o atendimento prestado aos dependentes do álcool foram as mais variadas, entre elas a integração entre os segmentos da rede de apoio; criação de programas e projetos, com o objetivo de prevenir o uso do álcool abusivo e maior número de profissionais capacitados para trabalhar com a demanda.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegado o momento de retomar os achados sobre as relações sociais e o uso da rede de apoio pelo idoso dependente do álcool. O início da caminhada foi iluminado pelos conhecimentos adquiridos através da revisão da literatura e dos estudos anteriores que possibilitaram o aprofundamento teórico sobre a temática escolhida, a definição do problema, a elaboração dos objetivos, das questões norteadoras e a construção do arcabouço metodológico do projeto. Além das categorias do método dialético-crítico, foi dado um destaque a algumas categorias explicativas da realidade como o alcoolismo, a família, o envelhecimento e a rede de apoio.

Em relação ao alcoolismo algumas das ponderações referem-se aos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da dependência do álcool que são o biológico, o psicológico, o econômico e o sócio-cultural. Como foram debatidos nesta Dissertação, estudos demonstram que filhos de pais alcoolistas têm maiores chances de tornarem-se alcoolistas, desenvolvendo maior resistência ao álcool, o que indica a influência dos fatores biológicos. Por outro lado, como foi visto o fator psicológico, também, pode contribuir para a dependência. Assim, a perda de um familiar que provoca tristeza, angústia e até desinteresse pela vida, pode levar determinados indivíduos ao uso abusivo e a dependência do álcool. O fator econômico refere-se às dificuldades materiais e financeiras vividas pelos indivíduos que decorrem, por exemplo, da perda do emprego que também aparece associado ao alcoolismo. O fator sócio-cultural pode influenciar o uso abusivo do álcool na medida em que determinadas culturas aceitam e encorajam a ingestão de bebidas alcoólicas, especialmente, pelos homens.

A partir da análise das diferentes histórias dos entrevistados, constatou-se que o início da dependência do álcool dos idosos está muito atrelado ao fator sócio-cultural, visto que teve a influência do meio em que viviam. Muitos idosos em sua infância presenciaram os familiares ingerindo cotidianamente bebidas alcoólicas, sendo que, em algumas famílias, o consumo do álcool era incentivado pelos familiares que ofereciam bebida alcoólica às crianças. Mas o meio não se restringe somente à família, pois

alguns dos idosos começaram o consumo do álcool em eventos festivos na localidade em que viviam ou fora dela. Dessa forma, também, não se pode deixar de considerar que, aqui no Brasil, o consumo do álcool é freqüentemente associado aos eventos esportivos e às festividades, como a Oktoberfest, em zonas de colonização alemã, em que há competições entre participantes para ver quem ingere mais chope. Mas esse consumo também é reforçado pela sociedade capitalista que incentiva e instiga, diariamente, o uso do álcool. A mídia é um dos meios de incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas, a partir do momento em que instiga os sujeitos a ingerir álcool, através de suas propagandas, de forma explícita ou subliminar.

Mas, outras descobertas foram feitas na revisão da produção bibliográfica, da literatura e de filmes, entre elas a de que a dependência do álcool repercute nas relações sociais dos sujeitos. Além de repercutir no relacionamento familiar, provocando desentendimentos, violência verbal e, em casos mais extremos, violência física. Incide, também, nas desavenças com vizinhos, na perda dos amigos e em problemas no emprego, chegando à exclusão.

Os resultados do estudo confirmaram os estudos anteriores, demonstrando a grande repercussão da dependência de álcool nas relações sociais estabelecidas pelos idosos. Antes, os relacionamentos estabelecidos por esses sujeitos com a família, amigos, vizinhos, comunidade e no trabalho desenvolviam-se sem grandes problemas. No entanto, com a dependência alcoólica, as dificuldades surgiram nas relações sociais dos idosos. Na família começaram a acontecer brigas, além de separações e do isolamento social da família e do próprio idoso em decorrência do alcoolismo. Os amigos se afastaram, assim como, os idosos também se distanciaram dos amigos. Na relação com os vizinhos, alguns não enfrentaram dificuldades, mas houve casos em que os idosos envolveram-se em sérias desavenças. Quanto ao trabalho, além da perda de emprego, alguns idosos afastaram-se totalmente de atividades produtivas, ao envolverem-se de forma abusiva com o álcool. O relacionamento com a comunidade também se transformou, pois os idosos que antes se engajavam em atividades da comunidade, passaram a não se dedicar mais, afastando-se do convívio coletivo.

Depois de enfrentarem grandes dificuldades ocasionadas pela dependência alcoólica, os idosos entrevistados iniciaram um processo de recuperação, com a

importante contribuição de familiares, amigos e vizinhos. Alguns foram internados em clínicas ou hospitais até serem encaminhados aos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre. Esta instituição compõe a rede de serviços existentes no município para tratamento e recuperação da dependência do álcool. Ao longo dos anos os grupos foram espalhando sua ideologia pelo mundo. No Brasil, em 2004 existiam cerca de 6 mil Grupos de Alcoólicos Anônimos.

Estes grupos contribuem para o processo de recuperação, ao possibilitar o conhecimento real da doença e ao oferecer espaços para a troca de experiência entre os dependentes do álcool. Nos momentos de participação, proporcionados pelos grupos, são esquecidas as diferenças sociais ou de gênero, e os sujeitos dirigem-se uns aos outros como iguais. Assim, considera-se que os grupos de Alcoólicos Anônimos são ricos espaços para a recuperação, embora exista um tom de culpabilização em relação ao dependente do álcool, pois de certa forma o alcoolismo é visto como um “defeito de caráter” e não como uma doença.

Nos depoimentos dos idosos e de seus familiares, constatou-se a grande importância atribuída por eles aos Grupos de Alcoólicos Anônimos, além do comprometimento dos idosos com o programa de recuperação. A grande importância atribuída aos Grupos de Alcoólicos Anônimos deve-se à transformação que ocorreu na vida dos idosos e de seus familiares. Isto porque, hoje, o relacionamento familiar é considerado muito bom ou ótimo, pois não existem mais desavenças causadas pela bebida alcoólica e os idosos e idosas aproximaram-se mais de seus familiares. Os relacionamentos atuais estabelecidos com amigos, vizinhos e comunidade também são considerados bons ou excelentes, visto que voltaram ao convívio social, pois hoje consideram que possuem vários amigos, principalmente os companheiros dos Grupos de Alcoólicos Anônimos. O relacionamento estabelecido com os vizinhos também é outro, pois, hoje são convidados para festas promovidas na vizinhança, além de serem solicitados para falar sobre a experiência, como participantes do programa de recuperação dos Alcoólicos Anônimos, para outras pessoas dependentes do álcool. Hoje, o envolvimento com a comunidade está muito atrelado à participação nos Grupos de Alcoólicos Anônimos.

No entanto, a rede dos idosos não é composta somente pelos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre, visto que quando necessitavam ou necessitam de ajuda podem contar também com componentes da família e de fora da mesma. Na família as pessoas que ofereceram e oferecem apoio são esposas/esposos, filhos/filhas, irmãos/irmãs, mãe, genro e sogra. Fora da família os idosos podiam contar com amigos e vizinhos. Para os idosos os familiares, amigos e vizinhos contribuíram no processo de recuperação e tratamento da dependência do álcool ao acompanhá-los nas reuniões dos Grupos de Alcoólicos Anônimos de Porto Alegre e, também ao manterem contato com as clínicas e hospitais onde os idosos foram internados.

As clínicas e hospitais também compõem a rede de serviços existentes em Porto Alegre que atendem a demanda da dependência química, além dos Postos de Saúde e da Cruz Vermelha. Os atendimentos aos dependentes químicos são em sua maioria realizados pelos hospitais e postos da rede pública de saúde. No entanto, concluiu-se no decorrer do estudo que o atendimento ao dependente químico na rede pública de saúde ainda é muito precário, pois faltam recursos materiais e humanos.

Em estudos atuais constata-se que o atendimento à saúde a toda a população, também, é considerado insatisfatório e insuficiente. Mas no caso do idoso, além de toda a precarização no atendimento devido à falta de recursos materiais e humanos, o mesmo também é desconsiderado no atendimento, por discriminação, considerando-se prioritária a prestação de serviços às faixas etárias de população com menos idade, principalmente crianças e adolescentes. Por isso, deixa-se aqui registrado que essa situação precisa ser acompanhada e fiscalizada pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público e Vigilância Sanitária. Essa situação de discriminação sugere, ainda, a continuação de investigações por parte dos assistentes sociais e outros profissionais da área da gerontologia social, pois é preciso dar maior visibilidade às situações de discriminação e exclusão vividas pelos idosos.

Para finalizar, conclui-se que a pesquisa foi de suma relevância, uma vez que, demonstrou que o alcoolismo interfere de forma negativa nas relações estabelecidas pelos idosos tornando-as fragilizadas. Além da exclusão devido à condição de alcoolistas, os idosos sofrem também exclusão no atendimento de saúde pública em decorrência da discriminação por idade. Assim, os resultados desta pesquisa devem ser

divulgados nos espaços possíveis, onde atuam especialmente assistentes sociais e outros profissionais da gerontologia, visando à efetivação de políticas sociais e a articulação das redes de apoio para a inclusão de idosos e dependentes do álcool na vida social.

REFERÊNCIAS

ALCÓOLICOS ANÔNIMOS DO BRASIL. **A.A. num relance**. Informativo Alcoólicos Anônimos. São Paulo, 2004.

ANDI – Agência de Notícias dos Direitos da Família. **Equilíbrio distante**: tabaco, álcool e adolescência no jornalismo brasileiro. São Paulo: Cortez, 2003. (Série mídia e mobilização social; v.3).

ANGELOS, Irene Silva dos. **O significado do cinema na trajetória e história de vida dos idosos**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2004.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social**: intencionalidade e instrumentalização. São Paulo: Veras Editora, 2000.

BARÁIBAR, Ximena. Articulación de lo diverso: leituras sobre la exclusión e sus desafios para el Trabajo Social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 59, ano XX, São Paulo: Cortez, p. 80 - 101, mar. 1999.

BASTIÃO, Glauco; CONSTANTINO, André. **Álcool**. Disponível em: <<http://barra-dolls.letras.terra.com.br/letras/508515/>>. Acesso em: 20 ago. 2006.

BELLINI, Maria Isabel Barros. **Arqueologia da Violência Familiar**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2002.

BOTH, Agostinho. **Práticas Sociais na Terceira Idade**. Passo Fundo: Gráfica Editora UPF, 1993.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente, e dá outras providências.** Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

_____. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.** Brasília: CFESS, 1993_b.

_____. Lei nº 8.742 de 7 de janeiro de 1993. **Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social e dá outras providências.** Brasília, DF: Senado Federal, 1993_a.

_____. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho e dá outras providências.** Brasília, DF: Senado Federal, 1994.

_____. **Código de Trânsito Brasileiro.** Brasília, DF: Senado Federal, 1997.

_____. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Brasília, DF: Senado Federal, 2003.

_____. Lei nº. 10216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://adroga.casadia.org/leis/LEI_10216.htm>. Acesso em: 02 out. 2006.

BULLA, Leonia Capaverde. **Os Idosos do Rio Grande do Sul – estudo multidimensional de suas condições de vida.** 1997^a. Relatório de Pesquisa – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 1997^a.

BULLA, Leonia Capaverde; KIST, Rosane. **Grupo Trocando Idéias.** 2006. Projeto de Intervenção – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2006.

BULLA, Leonia Capaverde. Relações Sociais e questão social na trajetória histórica do Serviço Social brasileiro. **Textos e Contextos.** Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/relaçõessociais>>. Acesso em: 06 ago. 2005.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CEBRID. **Centro Brasileiro sobre Drogas Psicotrópicas**. Disponível em: <<http://cebrid.epm.br/folhetos/alcool-htm>>. Acesso em 06 dez. 2005.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e Contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Christopher C. H. **O Tratamento do Alcoolismo**: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: **Módulo 3 do Programa de capacitação para Assistentes Sociais**. CEFESS/ABEPSS – CEAD/NED-UNB, Brasília, 1999.

_____, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FILHO, Eurico Tomaz de Carvalho. Fisiologia do envelhecimento. In: NETTO, M.P. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 60 -76.

GAGNETEN, Maria Mercedes. **Hacia una metodologia de sistematizacion de la practica**. Buenos Aires, Argentina: Humanitas, 1987.

GAMBOA, Silvio A.S. A dialética na pesquisa em educação: elementos de contexto. In: FAZENDA, Ivani. **Metodologia de Pesquisa Educacional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1994. p. 91 - 116.

GIGLIOTTI, Analice et al. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, maio. 2004. Disponível em: <<http://scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 fev. 2007.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In. MINAYO, Maria. C.de Souza. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 67 - 80.

GUIMARÃES, Gleny Terezinha Duro. **Historiografia da cotidianidade**: nos labirintos do discurso. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

GUIMARÃES, Rosamélia Ferreira; ALMEIDA, Silvana Cavichioli Gomes. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller (Orgs.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2005. p. 127 - 136.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **O direito a velhice**: os aposentados e a previdência social. São Paulo: Cortez, 1993. (Coleção questões da nossa época; v.10).

_____. Políticas Sociais Setoriais e por Segmento: Idoso. In: **Módulo 3 do Programa de Capacitação para Assistentes Sociais**. CFESS/ABEPSS – CEAD/NED-UNB, Brasília, 2000.

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. Tradução: L. Konder. 4. ed. Artibus: Paz e Terra – Filosofia, 1970.

HYGINO, Ângela; GARCIA, Joana. Drogas: a permanente reencarnação do mal. **Serviço Social e Sociedade**, n. 74, ano XXIV, São Paulo: Cortez, p. 31 - 41, jul. 2003.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: Trabalho e Formação Profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

JOFFILY, Bernardo. **O proletariado do século XXI**. Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/principios/anteriores.asp?ed=64&cod_cnot=64>. Acesso em: 23 ago. 2005.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LAVILLE, Christian; DIONE, Jean. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências sociais humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. **Alcoolismo**. Disponível em: <<http://mentalalth.med.br/alcoolismo.html>>. Acesso em: 05 jul. 2005.

MACHADO, Maria Ieda Vieira. **A incorporação de gênero nas políticas sociais públicas**: perspectivas e desafios. São Paulo: Anna Blume, 1999.

MARIANO, Nilson. Álcool Novo Inimigo nº 1. **Zero Hora**, Porto Alegre, 03 ago. 2006. Geral, p. 34.

MARCONI, M. Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1999.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: **Uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social**: um instigante desafio. Programa de estudos Pós-graduados em Serviço Social. 2. ed. São Paulo: PUCSP, maio, 1999. p. 12 - 18.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O Serviço Social em transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade**, n. 57, ano XIX, São Paulo: Cortez, p. 133 - 148, jul.1998.

MENDES, Jussara Maria Rosa et al. A exclusão social como uma das manifestações da questão social no contexto brasileiro. In: BULLA, Leonia Capaverde, MENDES, Jussara Maria Rosa; PRATES, Jane Cruz (Orgs.). **As Múltiplas Formas de Exclusão Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 31 - 54.

MENDIONDO, Marisa Zazzetta de; BULLA, Leonia Capaverde. Idoso, vida cotidiana e participação social. In: TERRA, Newton Luiz; DORNELLES, Beatriz (Orgs.). **Envelhecimento Bem-Sucedido**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 271 - 282.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MICHEL, Oswaldo da Rocha. **Alcoolismo e Drogas de Abuso**: Problemas Ocupacionais e Sociais – A Realidade do Trabalhador Brasileiro. Rio de Janeiro: REVINTER Ltda, 2000.

MINAYO, Maria C. de Souza (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5. ed. São Paulo - Rio de Janeiro, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MORAGAS, Moragas Ricardo. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida.** São Paulo: Paulinas, 1997.

MORAES, Roque. Uma experiência de pesquisa coletiva: introdução à análise de conteúdo. In: GRILLO, M.C.; MEDEIROS, M,F. (Orgs.). **A construção do conhecimento e sua mediação metodológica.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998. p. 111 - 130.

MORETTO, A et al. A Garantia de Direitos em Saúde. In: **Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre/PROMED.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 25 - 54.

MOTA, Leonardo Araújo. **A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de Alcoólicos Anônimos.** São Paulo: Paulus, 2004.

MUSUMECI, Bárbara. O consumo do álcool no país. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Drogas e cidadania: repressão ou redução de danos.** São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 83 - 96.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** São Paulo: Papirus, 2001.

NEUSTÄDTER, Welodimer. Compartilhando uma experiência: cuidar de dependentes químicos e de seus familiares, numa perspectiva ambulatorial. In: **O mundo dá saúde,** São Paulo, v. 25 n. 3, p. 272 - 276. jul/set. 2001.

NUNES, Carina Rosine Martins; MACHADO; Graziela Scheffer Machado; BELLINI, Maria Isabel Barros. A qualificação e a contribuição do processo de trabalho dos Assistentes Sociais no campo de saúde mental. In: MENDES, Jussara Maria Rosa; BELLINI, Maria Isabel Barros. **Textos e Contextos.** Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 225 - 239, 2004.

O'HARE, Pat. Redução de Danos: alguns princípios e ação prática. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio. **Drogas e aids**: estratégias de redução de danos. São Paulo: Cortez, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID 10**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cd10/webhelp/f10_f19.htm>. Acesso em: 27 dez. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Norte Americana de Psiquiatria**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/dsm/subst.html>>. Acesso em: 04 jan. 2007.

PAUGAM, Serge. Fragilização e ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 60, ano XX, São Paulo: Cortez, p. 41 - 59, jul. 1999.

PEDEBOS, Geneviève Lopes. **Redes de Apoio Social no Contexto do Câncer de Mama**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2005.

PEREIRA, Potyara P. A. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

PEREIRA JUNIOR, Álvaro. A Dose Certa. **Superinteressante**, São Paulo, v.14, n. 2, p.30 - 36, fev. 2000.

PIRES, Susana et al. Retratos da vida das famílias multiproblemáticas. **Serviço Social & Sociedade**, nº. 80, ano XXV, São Paulo: Cortez, p. 05 - 32, nov. 2004.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Ir. José Otão. **Modelo de Referências Elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão**. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/biblioteca/modelo.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2007.

PRATES, Jane Cruz. O planejamento da pesquisa. **Temporalis**, n 7. Porto Alegre: ABEPSS, p. 123 - 143, jan./jun. 2003.

Quando Um Homem Ama Uma Mulher. Direção e Produção: Luis Mandoki. Interpretes: Andy Garcia; Meg Ryan; Ellen Burstyn; e outros. Música: Zbigniew Preisner. EUA: Buena Vista Pictures, 1994.

RAMOS, Sérgio de Paula; PIRES, Maria Emília Ferreira Pires. A família alcoólica e seu tratamento. In: RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLOTE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLOTE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 207 - 216.

RAUTER, Michele Ruschel. **O amor não tem idade: pessoas idosas e seus novos relacionamentos afetivos**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2004.

REIS, Carlos Nelson. **Exclusão social: a multidimensionalidade de uma definição**. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano1/politicasocial01.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2005.

REY, B. F.; SILVA, J. R. da; PEZZI, M. P. et al. Preparação para a aposentadoria e os programas nesta área. **Serviço Social e Sociedade**, n. 52, ano XV, São Paulo: Cortez, p. 146 – 160, dez. 1996.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo da Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ZIMERMANN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

_____. Grupos com idosos. In: ZIMERMAN, E. David; OSORIO, Luiz Carlos.
Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Formulário de Pesquisa Aplicado com os Idosos

Pesquisa:
“As relações sociais e o uso da rede de apoio no cotidiano do idoso dependente do álcool”

Dados de Identificação:

1. Nome: _____
2. Sexo: () masculino () feminino
5. Idade: _____
6. Endereço: _____
7. Bairro: _____ 8. Telefone: _____
9. Estado civil: _____ 10. Escolaridade: _____
11. Atualmente, com quem o sr(a) mora: _____
12. O Sr (a) exerce algum tipo de atividade? Qual? _____
13. É aposentado? Há quanto tempo? Qual o motivo? _____
- 14) É pensionista? Há quanto tempo? _____
13. Qual a sua renda mensal aproximada? R\$ _____
14. A renda é suficiente para atender as suas necessidades? _____

Roteiro de entrevista:

Desenvolvimento do Alcoolismo

- 15) Quando e como começou a dependência do álcool?
- 16) O sr (a) enfrentou alguma dificuldade no cotidiano devido ao alcoolismo?
- 17) O sr (a) enfrentou alguma dificuldade em suas relações estabelecidas na família, na vizinhança, na comunidade e em outras, devido ao alcoolismo?
- 18) Como o (a) sr (a) enfrenta as dificuldades que surgem devido ao alcoolismo?
- 19) Como era seu relacionamento familiar antes da dependência do álcool?
- 20) Como se relacionava no trabalho antes da dependência?
- 21) E com os amigos, vizinhos e comunidade como era o seu relacionamento antes da dependência do álcool?
- 22) Atualmente como o sr (a) se relaciona com a família, amigos, vizinhos e comunidade?

Contribuição da rede de apoio no enfrentamento da problemática

Rede Social Espontânea de Apoio

23) Com quem pode contar quando precisa de ajuda? (Na família e fora dela)

24) Qual a contribuição deste (a) para o enfrentamento/recuperação da dependência do álcool?

Rede de Serviços

25) Quais as instituições que lhe prestam ou lhe prestaram serviço quando necessita (va) em decorrência do alcoolismo ou tratamento da dependência do álcool?

26) Com foi o acesso? Qual a qualidade do serviço prestado?

27) Qual a contribuição dessas instituições/organizações para o enfrentamento de dependência do álcool?

APÊNDICE B: Formulário de Pesquisa Aplicado com Familiares dos Idosos

Pesquisa:
“As relações sociais e o uso da rede de apoio no cotidiano do idoso dependente do álcool”

Dados de Identificação:

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Naturalidade:
- 4) Procedência:
- 5) Telefone:
- 6) Qual o seu grau de parentesco com o idoso dependente do álcool?
- 7) Com quem o idoso reside?
- 9) Qual a renda mensal de sua família? R\$

Roteiro de entrevista:

Repercussão do alcoolismo no relacionamento familiar

- 10) Qual foi a reação inicial da família diante da situação de dependência alcoólica do idoso?
- 11) E como passou a ser a reação com o passar do tempo?
- 12) Houve mudanças na organização familiar devido ao alcoolismo do familiar idoso?
- 13) Como costuma ser as atitudes do idoso com os familiares quando ingere substâncias alcoólicas?
- 14) E como os familiares reagem a tais atitudes?
- 15) Como era o relacionamento familiar antes da situação de dependência do álcool do idoso?
- 16) Como é hoje o relacionamento familiar?
- 17) Existem outras pessoas na família com o mesmo problema de dependência do álcool? Se sim, quem?

Rede Social Espontânea de Apoio

- 18) Com quem o idoso pode contar na família ou fora dela quando precisa de ajuda?

19) Qual a contribuição deste (a) para o enfrentamento/recuperação da dependência do álcool?

Rede de Serviços

20) Quais os serviços utilizados pelo idoso em decorrência do alcoolismo?

21) Como foi o acesso? Qual a qualidade do serviço prestado?

22) Qual a contribuição desses serviços para o enfrentamento da situação de dependência do álcool do idoso?

APÊNDICE C: Formulário de Pesquisa Aplicado com os Profissionais da Área da Saúde

Pesquisa:
“As relações sociais e o uso da rede de apoio no cotidiano do idoso dependente do álcool”

Dados de Identificação:

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Instituição em que trabalha:
- 4) Profissão:
- 5) Telefone:

Roteiro de Entrevista:

- 6) Há quanto tempo o (a) sr (a) trabalha com idosos alcoolistas?
- 7) Conhece instituições/organizações de Porto Alegre que atendam a demanda do idoso alcoolista? Sabe quantas são e onde se localizam?
- 8) Que tipo de serviços são prestados? Como o (a) sr (a) avalia esses atendimentos?
- 9) Qual a contribuição dessas instituições/organizações para o enfrentamento da situação dependência de álcool do idoso?
- 10) O que o(a) sr(a) sugere para melhorar o atendimento prestado ao idoso dependente do álcool?

APÊNDICE D: Lista de Grupos Entregue a Central de Alcoólicos Anônimos

LISTA DE GRUPOS

- 1) A.A Auxiliadora**
Dep. Igreja Auxiliadora

- 2) A.A Ipiranga**
Dep. Igreja N^a. S^a do Trabalho

- 3) A.A São Geraldo**
Dep. Igreja São João

- 4) A.A Novo Caminho**
Dep. Igreja Santana – Morro Santana

- 5) A.A Belém Novo**
Ao lado do Posto de Saúde

- 6) A.A São Vicente**
Dep. Igreja São Vicente Mártir

- 7) A.A Vila Nova**
Dep. Salão São José da Vila Nova

- 8) A.A Vinte e Três de Abril**
Dep. Centro de Saúde São José Murialdo

APÊNDICE E: Convite para Participação de Idosos na Pesquisa

CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

Solicita-se candidatos para participar de pesquisa referente ao *alcoolismo em idoso*, concedendo entrevista, na qual sua identidade será mantida em sigilo (segredo). O participante deverá ter idade a partir dos 60 anos. Esta pesquisa dará origem a Dissertação de Mestrado em Serviço Social, da pesquisadora Rosemara Rodrigues Martins, mestranda pela PUCRS.

O principal objetivo do estudo é analisar as relações sociais estabelecidas pelo idoso dependente do álcool na família, com os amigos, no trabalho, na vizinhança e na comunidade, bem como as estratégias utilizadas para lidar com a dependência e a contribuição da rede de apoio para o enfrentamento da situação de dependência do álcool, com vistas a produzir conhecimentos sobre a temática que possam fornecer subsídios para a elaboração de políticas sociais.

Se você deseja colaborar, concedendo entrevista em que sua identidade será mantida em absoluto sigilo (segredo), favor entrar em contato pelos fones 51. 92473678 ou 51. 33203500 - ramal 4114 (com Rosemara).

APÊNDICE F: Convite para Participação de Familiares na Pesquisa

CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

Solicita-se candidatos para participar de pesquisa referente ao *alcoolismo em idoso*, que sejam familiares de pessoas com idade a partir dos 60 anos. A participação do familiar será através de uma entrevista, na qual sua identidade será mantida em sigilo (segredo). Esta pesquisa dará origem a Dissertação de Mestrado em Serviço Social, da pesquisadora Rosemara Rodrigues Martins, mestranda pela PUCRS.

O principal objetivo do estudo é analisar as relações sociais estabelecidas pelo idoso dependente do álcool na família, com os amigos, no trabalho, na vizinhança e na comunidade, bem como as estratégias utilizadas para lidar com a dependência e a contribuição da rede de apoio para o enfrentamento da situação de dependência do álcool, com vistas a produzir conhecimentos sobre a temática que possam fornecer subsídios para a elaboração de políticas sociais.

Se você deseja colaborar, concedendo entrevista em que sua identidade será mantida em absoluto sigilo (segredo), favor entrar em contato pelos fones 51. 91619030 ou 51. 3320350 - ramal 4114 (com Rosemara).

APÊNDICE G: Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido para Participação na Pesquisa

Título da Pesquisa:
As relações sociais e o uso da rede de apoio no cotidiano do idoso dependente do álcool

O alcoolismo é uma doença que acomete o mundo todo, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública. Um dos segmentos populacionais acometidos por essa problemática é o dos idosos. Por isso, essa pesquisa pretende desvendar a realidade de idosos que são dependentes do álcool, com o objetivo analisar as relações sociais estabelecidas pelo idoso dependente do álcool na família, com os amigos, no trabalho, na vizinhança e na comunidade, as estratégias utilizadas para lidar com a dependência, bem como a contribuição da rede de apoio para o enfrentamento da situação de dependência do álcool, com vistas a produzir conhecimentos sobre a temática que possam fornecer subsídios para a elaboração de políticas sociais.

Para isso será realizada uma entrevista individual com duração aproximada de 30 ou 40 minutos, composta por questões que devem ser respondidas oralmente pelo participante. Serão utilizados três instrumentos com questões semi-estruturadas, o primeiro instrumento será aplicado com os idosos, o segundo com os profissionais da área da saúde e o terceiro com os familiares dos idosos. As respostas dos entrevistados serão gravadas, com a autorização dos mesmos, para depois passarem pelo processo de análise de conteúdo. As informações coletadas estarão sujeitas a publicação, entretanto, será assegurada a privacidade e preservado o anonimato dos participantes. Os entrevistados (as) que responderão as entrevistas, não sofrerão nenhum risco ou dano, sendo que os custos da pesquisa correrão por conta do

pesquisador. Se durante a pesquisa o entrevistado(a) decidir não continuar mais a responder, terá toda a liberdade para o fazer, sem que isto lhe acarrete nenhum prejuízo.

Dentro dessas condições eu, _____ declaro que desejo participar da pesquisa intitulada “As relações sociais e o uso da rede de apoio no cotidiano do idosos dependentes do álcool” e que fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. A Assistente Social Rosemara Rodrigues Martins, Mestranda da PUCRS, certificou-me de que todos os dados da pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a pesquisadora Rosemara Rodrigues Martins no telefone 33203500 ramal 4114. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo ou, se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar a Dr^a. Leonia Capaverde Bulla – Orientadora pelo fone 33203500 ramal 4114 ou entrar em contato com o Comitê de Ética da PUCRS, pelo fone 33203324.

Declaro que recebi cópia o presente Termo de Consentimento Informado.

Assinatura do Participante

Nome

Assinatura do Pesquisador

Nome

Porto Alegre, ____ de _____ de 2006.

ANEXO

ANEXO A: Álcool Novo Inimigo nº 1

Saúde Médicos e ARI promovem hoje e amanhã um fórum que proporá aos municípios assumir o combate ao consumo

Álcool

Novo inimigo nº 1

NILSON MARIANO

Depois do cigarro, chegou a vez do álcool virar o inimigo número 1 dos médicos gaúchos. Eles prometem combater até o bebericar social, como a cerveja do churrasco dominical e o vinho ao jantar. Nem o brinde do final de ano será tolerado.

A cruzada deverá ganhar aliados hoje e amanhã, em Porto Alegre, durante o 2º Fórum Internacional Qualidade de Vida e Saúde, que abordará o tema As marcas do álcool. Promovido pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers), com a Associação Riograndense de Imprensa (ARI), o encontro incentivar a formação de uma rede entre municípios, para frear o consumo de bebidas alcoólicas. A ideia é que cada cidade fiscalize seus bares.

Presidente do Simers, Paulo de Argollo Mendes anuncia que o álcool enfrentará a mesma campanha deflagrada contra o cigarro, 30 anos atrás. Lembra que o médico Mário Rigatto (morto em 2000, aos 72 anos) foi chamado de louco quando

Lya Luft

Escritora e tradutora, conferencista do seminário



“Drogas, incluindo álcool, são o caminho da ilusão, da anestesia e da fuga de uma realidade difícil demais. Nossa cultura estimula isso. Somos todos vulneráveis, uns mais, outros menos.”

investiu contra os males do tabaco. – Naquela época, fumar era elegante. Havia toda uma cultura com o cigarro, como existe hoje em relação ao vinho, à cerveja. Tudo isso é o marketing da droga – alerta Argollo. Assim como na campanha anti-fumo, médicos agora se declaram em defesa da saúde pública. Garantem que o álcool provoca doenças, acidentes, aciona o gatilho da violência, instala a desgraça entre as famílias.

A principal estratégia do Simers será estimular as ações de municípios. Em São Paulo, cidades como Diadema conseguiram baixar os ho-

micídios ao proibir a venda de álcool em determinados horários. No Estado, comunidades já se mobilizam.

Para Argollo, é covardia culpar só as famílias pelos dramas do alcoolismo. Diz que a reação deve começar pelos municípios, porque a redução do consumo irá prevenir doenças e acidentes, diminuindo gastos com hospitalizações e medicamentos.

– Estamos lidando com um marketing pesado dos fabricantes. A Seleção Brasileira não venceu a Copa, mas fez propaganda para cerveja – destaca o presidente do Simers.

► nilson.mariano@zerohora.com.br

EFEITOS DA RESSACA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o dano social provocado pelo consumo de álcool no Brasil seja da ordem de **7,3%** do PIB

78% das mortes em acidentes de trânsito no Brasil têm influência do uso do álcool

O alcoolismo é responsável por **60** doenças diferentes que matam, segundo a OMS

A dependência ao álcool responde por **40%** das consultas psiquiátricas no Brasil

Estudo coloca os efeitos alcoolismo para a saúde no mesmo nível do tabagismo e da hipertensão, conforme a OMS

Fonte: Imprensa do Simers

Editoria de Arte

Exemplo gaúcho

Municípios tentam restringir o consumo de álcool entre jovens



▼ NOVO HAMBURGO

Policiais da Guarda Municipal farão abordagens em bares, a partir de quinta-feira, para inibir o consumo de bebidas alcoólicas. Ocorrerão ações integradas com a Brigada Militar para fiscalizar o porte de armas e drogas. Uma lei determina que as lojas de conveniência dos postos de gasolina fechem à meia-noite.

▼ ALVORADA

O programa Mais Alvorada, Menos Alcool realiza audiências públicas, especialmente em colégios, para conscientizar sobre os males da bebida. A prefeitura decidiu proibir a venda de álcool em festas promovidas pelo município. Médicos fazem palestras nas escolas.

▼ RIO GRANDE

Está em execução o Programa Aliança, reunindo entidades civis e órgãos públicos, para tratar da qualidade de vida e combater o alcoolismo de forma sistemática. O

objetivo é promover a inclusão de famílias e conscientizar a sociedade.

▼ PORTO ALEGRE

Está em vigor a lei que proíbe o consumo de álcool, inclusive para adultos, nas áreas de postos de gasolina. A Secretaria Municipal da Produção, Indústria e Comércio (Smic) faz inspeções periódicas.

▼ VERANÓPOLIS

O Programa Multiplicando Ações pela Vida funciona desde 2001. Professores de escolas públicas e particulares orientam os alunos sobre sexualidade e os malefícios do álcool. Líderes comunitários também recebem treinamento, para ampliar a rede de atuação. No futuro, poderão ser adotadas medidas para coibir a venda de bebidas.

| Entrevista | Ronaldo Laranjeira |

PSIQUIATRA

“A indústria do álcool é que deve pagar”

Um dos palestrantes do fórum internacional sobre As Marcas do Alcool, o psiquiatra paulista Ronaldo Laranjeira, 50 anos, elogia a estratégia de delegar aos municípios a fiscalização do consumo de álcool:

Zero Hora – O que o senhor acha da estratégia de os municípios exercerem a fiscalização sobre o consumo do álcool?

Ronaldo Laranjeira – A experiência que temos, em São Paulo, é de que os municípios fazem a grande diferença.

ZH – Cite um exemplo de São Paulo.

Laranjeira – Temos vários. Um foi o fechamento dos bares, há quatro anos, em Diadema, entre 23h e 6h. A minha equipe estudou a evolução dos homicídios e da violência doméstica em Diadema, antes e depois de implantada a lei. Notamos uma diminuição de mais de 80% nos homicídios. Isso é consistente.

ZH – A estratégia vale para cidades grandes e pequenas?

Laranjeira – Nas grandes cidades, a tendência é fazer o controle por regiões. Haveria uma lei geral,

que mande fechar às 23h, e licenças especiais para os donos de bares que desejassem funcionar até mais tarde. Só que eles teriam de pagar por isso, compensar o município pelas despesas com a segurança e o atendimento a acidentes. Não é a sociedade que deve pagar esse custo, mas a indústria do álcool e os donos de bares que querem funcionar depois das 23h.

ZH – É possível enfrentar a batalha contra o álcool?

Laranjeira – A indústria do álcool se preparou melhor que a indústria do tabaco, mas temos o argumento moral a nosso favor.

Serviço

As marcas do Álcool - Propostas e alternativas

> Onde: Teatro Dante Barone, Assembléia Legislativa, Porto Alegre
> Quando: hoje e amanhã

PROGRAMAÇÃO

Hoje

14h30min – Cerimônia de Abertura
15h30min – Conferência com a escritora Lya Luft

16h30min – Paineis com Ildo Mário Szinvelski (Detran/RS), Helena Maria Tannhauser Barros (Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre – FFCMPA) e Ana Cecília Petta Roselli Marques (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e de Outras Drogas – Abead)

Amanhã

8h30min – Paineis: Álcool – De quem é esta conta?, com o economista Sabino Porto (UFRGS), Ricardo Oliveira (procurador do Ministério Público Estadual) e Leda Coelho Ribeiro Pereira (Sesi/RS)
11h – Conferência Políticas Públicas do Álcool, com o psiquiatra Sérgio de Paula Ramos, presidente da Abead

13h30min – Mesa-redonda com Luciana da Silva Teixeira (consultora da Câmara dos Deputados), Flávio Pechansky (UFRGS e Hospital de Clínicas) e Ronaldo Laranjeira (Unifesp)

16h – Workshop: As experiências gaúchas
18h – Carta de Porto Alegre