



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA

**ALCOOLISMO E ENVELHECIMENTO: PERCEPÇÃO DE IDOSOS**  
**USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Cajazeiras – PB

2013

---

FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA

**ALCOOLISMO E ENVELHECIMENTO: PERCEPÇÃO DE IDOSOS  
USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da prof<sup>a</sup>. Esp. Iluska Pinto da Costa.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Esp. Iluska Pinto da Costa**

**Co-orientadora: Psicóloga Ms. Mônica Rafaela de Almeida**

Cajazeiras – PB

2013



0482a Oliveira, Fernanda Kamila Souza de.  
Alcoolismo e envelhecimento: percepção de idosos  
usuários de um centro de atenção psicossocial / Fernanda  
Kamila Souza de Oliveira. - Cajazeiras, 2013.  
68f.

Não disponível em CD.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) Universidade  
Federal de Campina Grande, Centro de Formação de  
Professores, 2013.  
Contem Bibliografia e Anexos.  
ISBN (broch.)

1. Envelhecimento. 2. Alcoolismo. 3. Idoso-abuso e  
dependência do álcool. I. Costa, Iluska Pinto da. II.  
Almeida, Mônica Rafaela de. III. Universidade Federal de  
Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V.  
Título

CDU 612.67

FERNANDA KAMILA SOUZA DE OLIVEIRA

**ALCOOLISMO E ENVELHECIMENTO: PERCEPÇÃO DE IDOSOS  
USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Iluska Pinto da Costa

Orientadora (Escola Técnica de Saúde - CFP/UFCG)

---

Psicóloga Ms. Mônica Rafaela de Almeida

Co-orientadora (Escola Técnica de Saúde - CFP/UFCG)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Bezerra de Oliveira

Membro (UAENF/UFCG)

---

A Deus, por ter me concedido o dom da vida, força para caminhar, e possibilitar-me encerrar mais um ciclo de minha vida, e a minha mãe, que é estímulo, vigor e motivação constante durante a trajetória da minha vida.

**Dedico**

---

## AGRADECIMENTOS

A Deus por te me proporcionado a conclusão de mais um trabalho na minha vida, e pela coragem, ânimo e perseverança que me oferece em todas as horas. Quantas vezes Ele me fez crer que é preciso determinação para conseguir aquilo que se almeja. Demorou mas chegou, e a minha formação hoje se concretiza. Obrigada por me fazer compreender que as coisas acontecem no Seu tempo ao Seu modo e só é preciso confiar e se derramar em seu imenso amor. Amor esse que é princípio e fim de todas as coisas.

A minha mãe Lúcia, que com seu imenso amor se doou para contribuição da minha realização acadêmica. Obrigada por não desistir dos meus propósitos, valeu a pena as dificuldades, o choro de saudade, a sua compreensão, os telefonemas, enfim tudo foi válido para meu crescimento pessoal. Você para mim sempre será sinônimo de humildade, honestidade, determinação e verdade, obrigada por me ensinar valores tão ricos na vida de um ser humano. A você que deixou o melhor de si, a minha eterna e doce gratidão, por tornar possível minha formação profissional.

Ao meu pai Fernando, que mesmo distante contribuiu para finalização desta etapa, agradeço desde já pela confiança depositada em mim, pelas conversas ao telefone e por contribuir para esse fim.

Aos meus irmãos Anderson, Alisson e Angélica, por me passarem mensagens e exemplo a ser seguido. Agradeço pelas orações da minha irmã, pelo apoio, confiança e auto-estima do meu irmão Anderson. Agradeço pela contribuição, e troca de experiências no decorrer de nossas vidas.

Aos meus avós Lindonar e Inaldo, pelo carinho e amor que me dedicaram.

A minha sobrinha Andresa Eduarda por me proporcionar alegria e felicidade pela simplicidade de ser criança.

Ao professor Deodato pelas caronas à Caicó, dirimindo a distância e a saudade da minha mãe e minha cachorra Lana.

A minha orientadora Iluska Costa, por ter me acolhido no momento em que mais precisava, sem se importar com os obstáculos, obrigada por auxiliar na concretização do meu trabalho.

A minha co-orientadora Psicóloga Mônica Almeida, pelo empenho, compromisso, dedicação e paciência. Obrigada pela troca de experiência, pelas dicas, por me incentivar e pelas palavras de afeto e carinho. A você, exemplo de simplicidade e modelo a ser seguido, minha enorme gratidão.

As minhas amigas e companheiras de apartamento Denise, Danielly Ruth, Simony e Ayrila, pelas trocas de informação, estudos em conjunto, incentivos, compartilhamentos.

Ao meu grande amigo Danilo Fernandes, pela inenarrável amizade e coração enorme. Obrigada pelas palavras de conforto, pelo apoio, amizade, pelos estudos Bíblicos, pelos sorrisos arrancados, pelas brincadeiras, pelos choros, pela sinceridade, enfim guardo boas lembranças da nossa convivência, que só foi possível porque Deus nos permitiu estreitos laços de amizade.

A Denise Campos em especial, pelo companherismo, pelos desabafos, e por me fazer bem.

As professoras Alba Rejane, Mércia França, por dividir espaço conosco e permitir a troca de experiência pessoal.

Aos professores da Universidade Rosimery Cruz, pela troca de experiência com projeto de pesquisa, Victor Hugo, Kennia Sibelly, Mônica Paulino, Edneide, Maria Berenice por nos proporcionar o conhecimento.

Aos idosos que aceitaram participar dessa pesquisa

Muito Obrigado!

*"Mas os que confiam no Senhor recebem sempre novas forças. Voam nas alturas como águias, correm e não perdem as forças, andam e não se cansam".*

**(Isaias 40: 31)**

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

MS – Ministério da Saúde

GM – Gabinete do Ministro

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial diário para usuários de álcool e drogas

TFT – Taxa de Fecundidade Total

LOAS – Lei Orgânica da Assistência social

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSI – Política Nacional de Saúde ao Idoso

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

SUS – Sistema Único de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

PE – Processo de enfermagem

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CNS – Conselho Nacional de Saúde

OLIVEIRA, F. K. S. **Alcoolismo e Envelhecimento: percepção de idosos usuários de um centro de atenção psicossocial**. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

## RESUMO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, caracterizado como um processo inerente ao ser humano acompanhado de alterações anatômicas e funcionais. Associadas às alterações naturais decorrentes do envelhecimento, outros fatores de ordem familiar e social deixam os idosos vulneráveis e mais propensos a intensificação de hábitos menos saudáveis, como o consumo abusivo de álcool e outras substâncias. Assim, o alcoolismo em idosos tem se tornado um problema de saúde pública, refletindo seu impacto financeiro sobre recursos públicos assim com também no orçamento e estrutura familiar. Desse modo, há a necessidade de elaborar políticas públicas preventivas direcionadas à essa população, de modo a diminuir o uso de álcool entre idosos. Assim, a presente pesquisa objetivou analisar a percepção dos idosos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial ad acerca do consumo de álcool. Participaram do estudo 03 idosos. Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturado com questões objetivas que buscaram traçar o perfil sócio-demográfico dos participantes, e questões subjetivas que visaram apreender a percepção dos idosos pesquisados acerca do uso do álcool e as dificuldades em relação ao tratamento. A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (2008). Os dados mostram que os idosos usuários de álcool são na sua maioria homens, de nível social e escolaridade baixa, corroborando o que os estudos vêm apontando, que os homens consomem bebidas alcoólicas mais do que as mulheres. Observou-se também que o consumo de bebida alcoólica mais utilizado pelos participantes foi a cachaça, que é uma bebida de alto teor alcoólico, de baixo custo, sendo acessível a população de forma geral, inclusive as famílias de níveis socioeconômicos mais baixos. Verificou-se ainda que estes idosos faziam uso frequente de bebidas alcoólicas, chegando a tomar em média cinco copos por dia. Os participantes afirmaram ter começado o uso do álcool durante a juventude, mostrando que com o passar do tempo foram desenvolvendo a dependência ao alcoolismo. Quanto aos prejuízos que o álcool tem gerado na vida dos idosos, observou-se que há problemas no trabalho, nas finanças, na família e na saúde, além das dificuldades psicológicas e sociais. Os idosos relataram que não houve nenhuma dificuldade de adesão ao tratamento, pontuando em alguns momentos que este foi importante para a diminuição do uso do álcool, o que melhorou a qualidade de vida. Mas observou-se que os serviços de saúde ainda apresentam algumas dificuldades quanto à estrutura física e a falta de profissionais para fazer um atendimento de qualidade aos usuários, de modo a manter sua adesão ao tratamento. Diante disto, percebe-se a necessidade de estabelecer ações de saúde e políticas de prevenção e intervenção planejadas, utilizando uma abordagem integrada com o social, o psicológico e o biológico, visando diminuir o consumo abusivo do álcool entre os idosos, bem como prevenir seus malefícios à saúde.

**Palavras-Chave:** Idosos. Alcoolismo. Abuso e dependência.

**OLIVEIRA, F. K. S. Aging and Alcoholism: elderly Psychosocial Care Center users' perceptions.** (Undergraduate Nursing Course) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

#### **ABSTRACT**

The population's aging process is a worldwide phenomenon, characterized as an inherent process to the human being happening along with anatomical and functional changes. Associated with natural changes due to aging, other social and familial factors make seniors vulnerable and more likely to increasing unhealthy habits such as excessive consumption of alcohol and other substances. Thus, alcoholism among the elderly has become a public health problem, causing financial impact on public resources as well as on familial budget and structure. Thus, there is a need to develop preventive policies directed to this population in order to reduce alcohol consumption among the elderly. Thus, the present study aimed to analyze the perception of elderly users of a Psychosocial Care Center regarding alcohol consumption. Three elderly had participation on this study. A semi-structured interview plan was used as a data collecting tool, having objective questions that sought to outline the socio-demographic profile of the participants, and subjective questions that aimed to capture the perception of the elderly surveyed concerning the use of alcohol and the difficulties regarding treatment. Data analysis was performed using the qualitative analysis technique proposed by Minayo (2008). The data obtained show that elderly users of alcohol are mostly men with low education and social level, corroborating what studies have been pointing out, that men consume more alcohol than women. It was also noticed that the most recurrent alcoholic beverage among participants was “cachaça”, which is a highly alcoholic, low cost drink, accessible to the population in general, including the families of lower socioeconomic status. It was also found that these people made frequent use of alcoholic beverages, having an average of five glasses per day. Participants said they had started using alcohol during youth, showing that with the passage of time addiction to alcoholism has been developed. Now pertaining to the damage that alcohol has caused in the lives of the elderly, it was observed that there are problems at work, finances, family and health, in addition to the psychological and social difficulties. Seniors reported that there was no difficulty in adhering to the treatment, pointing out at times that it had been important in the reduction of alcohol use, which improved the quality of life. But it was observed that health services still have some difficulties regarding the physical structure and the lack of professionals to offer a quality service to users, in order to maintain their adherence to treatment. Having this in mind, it is clear the need for health actions and prevention policies and planned intervention, using an approach integrated to social, psychological and biological factors, in order to decrease alcohol misuse among the elderly, as well as to prevent harms to health.

**Keywords:** Elderly. Alcoholism. Misuse and addiction.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO.....	14
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS E LEGISLAÇÃO PARA O IDOSO.....	18
2.3 O CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS.....	19
2.4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	23
2.5 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	25
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	28
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	29
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	30
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	32
4.2 O HISTÓRICO DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL NOS IDOSOS.....	32
4.3 A REPERCUSSÃO DO ALCOOLISMO NO COTIDIANO DOS IDOSOS.....	35
4.4 A REDE DE APOIO E DE SERVIÇOS AOS IDOSOS DEPENDENTES DO ÁLCOOL.....	37
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>52</b>
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	53
<b>ANEXOS.....</b>	<b>56</b>
ANEXO A- DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA.....	57
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	59
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61
ANEXO D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	65
ANEXO E - COMPROVANTE DE ENVIO DE PROJETO.....	67

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, que cresce gradativamente nos países desenvolvidos, acompanhado pelo crescimento econômico e pela elevação do nível de bem estar, assim como nos países em desenvolvimento a exemplo do Brasil, onde esse processo tem ocorrido de modo mais repentino (CARDOSO; COSTA, 2010).

Segundo o último censo realizado, a população de 60 anos ou mais no Brasil aumentou de 8,7 % em 2000, para 12% em 2010. No estado da Paraíba o aumento dessa população foi significativo nesse intervalo de dez anos, pois ocorreu um crescimento de 10,4% para 11,9%. Isso mostra que o índice de envelhecimento está crescendo a cada ano (IBGE, 2010a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) faz uso do critério cronológico para estabelecer a fase da velhice, indicando que nos países desenvolvidos, idoso é aquele que possui idade igual ou superior a 65 anos; já, para os que residem nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a idade limite é de sessenta anos ou mais (MOURA; LEITE; HILDEBRANDT, 2008).

É possível verificar o aumento da expectativa de vida das pessoas idosas, o qual pode ser explicado pela gradativa queda dos coeficientes de mortalidade. As modificações sociais vivenciadas no século XX, como melhorias nas condições de urbanização, alimentação, higiene, moradia e trabalho, refletiram-se no aumento da expectativa de vida das pessoas, contribuindo para o envelhecimento da população. É perceptível que o aumento da expectativa de vida sucedeu em grande parte devido às inovações científicas e tecnológicas que ocorreram nos últimos anos, assim como também em decorrência da melhoria nas condições de vida da população (OLIVEIRA et al., 2012).

O envelhecimento é um processo inerente ao ser humano acompanhado de alterações anatômicas e funcionais, podendo ser seguidas ou não de inúmeras complicações, envolvendo um somatório de fatores, sociais, psíquicos, ambientais e biológicos, que estão intrinsecamente relacionados, e podem acelerar ou retardar esse processo, ocasionando repercussões nas condições de saúde do idoso (SILVA, 2008).

Associadas às alterações decorrentes do envelhecimento, mudanças como aposentadoria, perda de amigos, solidão e isolamento social, deixam os idosos vulneráveis e mais propensos a intensificação de hábitos menos saudáveis, como o consumo abusivo de álcool e outras substâncias (SENGER et al., 2011; COSTA et al., 2004).

O uso de álcool na sociedade atual por exibir caráter lícito, de baixo custo e de fácil acesso, confere aceitação social o que dificulta seu enfrentamento. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (2000), o consumo global de álcool tem aumentado nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento.

O consumo álcool/drogas possui ampla complexidade e magnitude, visto que seus efeitos afetam, significativamente, a saúde e a qualidade de vida dos usuários, familiares e de toda a sociedade, devendo ser compreendido como um problema multidimensional e global não se restringindo à relação entre o indivíduo e o consumo de substâncias psicoativas (MIRANDA et al., 2007).

Os dados levantados por Laranjeira (2003; 2007) confirmam que o alcoolismo entre os idosos é responsável por problemas sociais graves, apresentando-se como uma questão de saúde pública. Considerando seu impacto financeiro sobre os recursos públicos e mesmo sobre o orçamento familiar, estrutura familiar e qualidade de vida dos indivíduos envolvidos, percebe-se a necessidade urgente de se elaborar políticas públicas específicas direcionadas à população idosa, pois os modelos vigentes mostram-se ineficazes e de alto custo. Recentemente o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS n. 2.528/2006), que tem como um dos objetivos garantir a atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional abordada de maneira multidimensional (BRASIL, 2006a).

Desse modo o interesse pela temática se deu pela afinidade com a geriatria e a partir de um período de vivências com idosos no decorrer de um projeto de extensão. Mediante essa experiência observou-se que há um número reduzido de estudos que forneçam dados importantes sobre o consumo de álcool nessa população.

Diante disso, percebeu-se o quanto os idosos usuários de álcool apresentam dificuldades no meio sócio-familiar. Há necessidade de ampliar o número de estudos relacionados ao tema proposto, visto que a dependência química causa consequências bastante preocupantes principalmente quando se trata de idosos, que acabam por comprometer sua qualidade de vida.

Logo, questionar a respeito do alcoolismo na terceira idade e refletir sobre as dificuldades encontradas com a dependência, considerando também a exclusão envolvida nesse processo são fontes que permitem fundamentar propostas para melhorar a assistência dada aos idosos em situação de consumo abusivo do álcool, reduzindo o impacto social provocado pela dependência.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar a percepção dos idosos usuários do Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS ad) sobre o consumo de álcool, e dentro desse enfoque, conhecer os fatores que levam os idosos ao alcoolismo, compreender o cotidiano do idoso com dependência, identificar a frequência do uso do álcool pelos idosos, e verificar se existe alguma dificuldade relacionada ao tratamento.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo inevitável ao ser humano, em que há a diminuição da funcionalidade orgânica, fisiológica e cognitiva, porém estes decréscimos não iniciam na fase idosa, estando presente em toda trajetória de vida do ser humano. Conforme Smeltzer e Bare (2006), o envelhecimento é nada mais que um processo natural em que as alterações orgânicas que procedem mantêm uma relação com o tempo e isso inicia desde o nascimento prosseguindo por toda a vida do indivíduo.

Portanto, o processo de envelhecer é comum a todos os seres vivos, sendo influenciado por fatores biológicos, psicológicos, econômicos, sociais e culturais. Este processo se constitui dinâmico e progressivo, ocasionando alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, podendo interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que está inserido, tornando-o mais propenso a doenças e afetando sua qualidade de vida (STHALL; BERTI; PALHARES, 2011).

É importante perceber que a velhice tem que ser abordada de forma mais ampla possível. Procurar compreendê-la simplesmente pelo prisma biofisiológico é desconsiderar os aspectos psicológicos, ambientais, sociais, culturais e econômicos que influenciam o processo de envelhecimento. Por isso a necessidade de buscar uma visão global desse processo em si, compreendendo os idosos enquanto indivíduos multifacetados. Acreditar como afirmam os biogerontologistas, que o envelhecimento é marcado pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, caracterizado pela fragilidade e maior incidência de processos patológicos, que acabam por conduzir o idoso à morte, é contentar-se em crer apenas em uma meia verdade (PAPALÉO NETO, 2007).

O envelhecimento delimita mudanças que estão expressas em todos os aspectos, sejam eles de ordem individual, familiar e social, cada um com seus significados e relevâncias, proporcionando ao idoso e seus familiares determinados direitos legais e conseqüentemente perdendo outros devido aos obstáculos impostos diante das dificuldades orgânicas e mentais (FIGUEIREDO; TONINI, 2006).

Sabe-se também que o envelhecimento traz consigo perdas sociais importantes. Além das situações de vulnerabilidade, do aparecimento de novos papéis sociais e do agravamento das doenças crônicas e degenerativas, é comum que ocorram na vida do idoso perdas de entes queridos. Um outro aspecto que pode afetar a qualidade de vida do idoso está relacionado à

solidão e viuvez geralmente vista de modo negativo sobre a vida do idoso (CAMARANO, 2004).

Entretanto, preparar-se para um envelhecimento ativo e saudável significa conhecer o processo natural da velhice, seus limites reais, rompendo os preconceitos no sentido de reduzir o processo de perda da autoestima, que insiste em acometer todos aqueles que percebem o envelhecimento como um tempo compulsório de dores e improdutividade, e que entendem a velhice apenas como última fase da vida (NUNES, 2012).

Antigamente tinha-se a imagem da pessoa idosa como aquela que tendia ao inativismo e ao obsoleto tendo que viver à margem da sociedade. Porém, atualmente este conceito vem mudando lentamente, pois é possível perceber que, na verdade, essa fase da vida pode sim ser ativa e o idoso ainda tem muito a oferecer em termos sociais, profissionais dentre outros, faltando para isso apenas um maior incentivo e investimento adequado para superar uma cultura que, ainda de certa forma, busca desvalorizá-lo e limitá-lo.

Em tempos remotos, o envelhecimento populacional era relacionado a países desenvolvidos devido às condições favoráveis que estes propiciavam ao aumento da expectativa de vida. Porém, hoje, é um fator presente também nos países em desenvolvimento. Como enfatiza Papaléo Neto (2007), o aumento da população idosa foi constantemente associado a países desenvolvidos como Japão, Europa e América do Norte. No entanto, trata-se de um fenômeno mundial que vem atingindo do mesmo modo os países do terceiro mundo, já que desde a década de 1960 os adultos maduros vivem nessas nações e segundo as projeções estatísticas indicam que a tendência é aumentar cada vez mais.

Devido o processo de envelhecimento populacional e o fenômeno da transição demográfica ocorrer de forma rápida nos países em desenvolvimento, causa grandes impactos nos campos social, econômico e político das nações. Os idosos têm necessidades e anseios próprios de sua faixa etária, havendo a necessidade de mudanças na organização social e dos serviços para receber essa população, o que nem sempre ocorre com a rapidez adequada (DUARTE, 2001). Ressalta-se que esse perfil populacional faz com que aumente a prevalência das doenças crônico-degenerativas, principalmente as geradoras de incapacidades e dependência, levando assim a um aumento na demanda de recursos da saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo Nunes (2012), o Brasil é um país que envelhece rapidamente, com alterações claras em suas dinâmicas populacionais, seguido pelo fenômeno da transição demográfica que significa o processo de mudança da população de um estágio inicial, caracterizado por alta

fecundidade, alta mortalidade e preponderância de jovens, para um estágio diferente, caracterizado por baixa fecundidade, baixa mortalidade e prevalência de idosos.

Este fato baseia-se no declínio das taxas de fecundidade que, ativo, acelera a inversão da pirâmide populacional. Além do fenômeno de envelhecimento, a população está se tornando longeva e, segundo pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no país, que alcançava 41,5 anos sete décadas atrás, atualmente ultrapassa os 73 anos. O Brasil tem 7,4% de idosos com mais de 65 anos no total do seu contingente populacional (IBGE, 2010b).

A diminuição das taxas de mortalidade induz a elevação da expectativa de vida, mas não o envelhecimento da população. Isso só começa a ocorrer quando a taxa de fecundidade começa a reduzir expressivamente. Em grande parte dos países em desenvolvimento as taxas de fecundidade e mortalidade permanecem elevadas até a metade do século XX, e começaram a reduzir no final da década de 1940 com atuação da medicina introduzindo medicamentos como antibióticos, vacinas, passando a prevenir e curar doenças que foram fatais em tempos remotos principalmente as parasitárias e infecciosas (PAPALÉO NETO, 2007).

O envelhecimento humano se constitui em uma das maiores conquistas do presente século, pois os indivíduos vivem mais e não morrem de doenças que, no passado, matavam em grande escala. Verifica-se o crescente e expressivo contingente de longevos, em decorrência dos avanços nos conhecimentos da engenharia genética, da biotecnologia, da descoberta de novos medicamentos para combater diversos tipos de patologia e, sobretudo, das políticas de vacinação em massa (NUNES, 2012).

Em torno de 1960 e 1970 houve também uma redução da fecundidade em virtude do mecanismo da anticoncepção, inserção da mulher no mercado de trabalho e conseqüentemente redução de número de filhos. Com o progresso cada vez maior dessas reduções pode-se chegar a um tempo em que os números de natalidade sejam bem menores que os de mortalidade, havendo assim, o crescimento negativo da população, o que já ocorre na Dinamarca, Hungria e Canadá (PAPALÉO NETO, 2007).

Um estudo retrospectivo de 1940 a 1970 demonstrou uma tendência decrescente da mortalidade infantil no Brasil, cuja tendência não foi constante no período em questão, e muito menos homogênea entre as várias regiões brasileiras, sofrendo influência da situação socioeconômica. Foi observado que no período de 1965 a 1982, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) apresentou diminuições consideráveis para um grupo de países em desenvolvimento inclusive o Brasil, com ressalva apenas para os países da África. O Brasil experimentou um declínio de 30,4% na sua TFT. Na China, onde existe uma política explícita de controle

familiar induzindo os casais a não terem mais do que um filho, o declínio na TFT chegou a 61,3% (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

Carvalho e Garcia (2003) sustentam que com a queda da mortalidade, mencionada anteriormente, não houve impacto relevante na estrutura etária proporcional, somente sobre ritmo de crescimento populacional, acontecimento este conhecido, na época, como explosão demográfica e é o declínio sustentado de fecundidade que propicia o envelhecimento de uma população. Como se pode observar, no caso do Brasil em que entre as décadas de 40 e 60, era caracterizado por uma população extremamente jovem, em torno de 52% abaixo de 20 anos, e menos de 3% acima dos 65 anos. Isso se deve pelo fato de que na década de 30, no Brasil o número de filhos por mulher era em torno 6,1 passando de 5,8, em 1970 e no ano 2000, caiu para 2,3, reduzindo a taxa de fecundidade de forma significativa no país.

De acordo com Litvoc e Brito (2004), como efeito dessa transição demográfica houve um decréscimo das doenças infecto-contagiosas responsáveis por muitas mortes precoces no passado, existindo atualmente prevalência das doenças crônicas degenerativas caracterizando uma população cada vez mais senil. Essa transição não ocorreu no Brasil de maneira uniforme, uma vez que regiões como norte e nordeste, são marcadas por uma enorme desigualdade socioeconômica e ainda são responsáveis por uma elevada taxa de mortalidade infantil e doenças infecto-parasitárias demonstrando destaque maior nessas regiões.

De acordo com os autores supracitados as doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbito em todas as regiões do país, seguidas de morte por causa externas e neoplasias, caracterizando o envelhecimento populacional.

Contudo, sabe-se que a população idosa do Brasil cresce muito mais rapidamente que a qualidade e a disponibilidade dos ultrapassados serviços médicos-assistenciais, em que não se prioriza uma abordagem preventiva sabidamente menos dispendiosa e mais eficiente. Dessa forma, tornam-se necessárias profundas e imediatas reformulações nas políticas sociais e de saúde para que se possa absorver, ao menos em parte, o impacto da galopante transição demográfica e, só assim, evitar que os anos de vida a mais conquistados sejam sinônimos de acúmulo de incapacidades e dependências, comprometendo, sobremaneira, a qualidade de vida da maioria dos idosos brasileiros (PAPALÉO NETO, 2007).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS E LEGISLAÇÃO PARA O IDOSO

Apenas recentemente ocorreu no Brasil a preocupação com os idosos no campo das políticas públicas. Após a Constituição Federal de 1988, os idosos tiveram algumas conquistas sociais importantes, destacando-se a aprovação da Lei Orgânica da Assistência

Social (LOAS, Lei 8742, de dezembro de 1993), que trouxe o benefício de um salário mínimo para o idoso (BRASIL, 1993).

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei Federal nº 1948, define o idoso como aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. Esta objetiva assegurar direitos sociais ao idoso, buscando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, além de promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1994).

A PNI incorpora os postulados da promoção à saúde para a orientação das ações de atenção, ajustando-as às peculiaridades nacionais. Cabe ao setor de saúde prover os acessos dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia para realização de estudos e pesquisas nessa área (BRASIL, 1994).

Tendo como base a PNI, foi promulgada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde ao Idoso (PNSI), pela Portaria 1395 de 09 de dezembro de 1999 (BRASIL, 1999). O objetivo dessa política é favorecer o envelhecimento saudável, o que significa manter a capacidade funcional, a autonomia e o nível de qualidade de vida o melhor possível.

A partir dessa filosofia, a PNSI traçou algumas diretrizes que merecem destaque: promoção ao envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento dos cuidados informais e apoio à estudos e pesquisas. Neste último item, recomenda-se a centralização em quatro grandes linhas: estudos sobre o perfil dos idosos, em diferentes regiões do país; avaliação da capacidade funcional, prevenção de agravos, vacinações e instrumento de rastreamento; modelos de cuidado; hospitalização e alternativas de assistência hospitalar.

Em um contexto mais abrangente, o Plano Internacional sobre o envelhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) trouxe à discussão temas como assistência a saúde, apoio e proteção social dos idosos, cuidados com a saúde preventiva e reabilitação, utilização de pesquisas e conhecimentos, aproveitamento do potencial da tecnologia no manejo das consequências individuais, sociais e sanitárias do envelhecimento, particularmente nos países em desenvolvimento.

Percebe-se nos tópicos que foram apresentados que as ações de saúde têm como tema principal a capacidade funcional do idoso, também representado pelo Estatuto Nacional do Idoso (Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, regulamentada pelo decreto nº 5130 de 07 de julho de 2004). Esse Estatuto visou ampliar os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos, já assegurados pela PNI. No setor saúde, incentiva o atendimento do idoso dependente, em seu domicílio, em detrimento de atendimentos asilares (BRASIL, 2003a).

O estatuto deixou mais claro e prático a compreensão e aplicação de medidas e respeito aos idosos, contemplando as leis já existentes, organizou-as por tópicos, discorreu sobre cada um dos direitos e especificou as punições para infratores. Com o Estatuto do Idoso houve uma ampliação dos direitos dos idosos se comparados com outras leis relativas a essa população, sendo o idoso considerado pelo Estatuto prioridade e não um usuário comum do Código Nacional de Direitos dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde (MARTINS; MASSAROLLO, 2008).

Dessa forma, ainda de acordo com os autores supracitados, os artigos do estatuto do idoso apresentam como tema central o amparo, a assistência e a proteção ao indivíduo em todo o processo de envelhecimento. Esclarece ainda o papel da família desse idoso, além dos papéis das instituições, do governo e do cidadão comum em relação aos cuidados e apoio ao idoso.

### 2.3 O CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS

De acordo com Oliveira e Luiz (1996), o consumo de álcool parece ser o hábito social mais antigo e disseminado entre as populações, pois ele está associado a ritos religiosos e lhe é atribuída uma variedade de efeitos, tais como calmante, afrodisíaco, estimulante do apetite, desinibidor e outros. Seu uso vem desde a Pré-História. Porém, somente a partir do século XX, foram realizados estudos mais sistematizados, voltando-se para os problemas que o consumo de álcool vem ocasionando às populações. Estes estudos têm mostrado também que o consumo de álcool vem crescendo na população idosa. Assim, o alcoolismo vem sendo considerado como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, principalmente porque não apresenta um padrão homogêneo no seu quadro clínico, evolução e fatores etiológicos.

No Brasil, as bebidas alcoólicas são um dos principais fatores de doença e mortalidade, sendo consideradas presentes em 8% a 14,9% do total de problemas de saúde da nação (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

apresentam dependência alcoólica; é claro que são menos os casos de alcoolismo em relação a pacientes jovens. O alcoolismo produz déficits semelhantes no funcionamento intelectual e comportamental, sendo que o uso do álcool pode acelerar o envelhecimento normal ou levar ao envelhecimento prematuro do cérebro. O lobo frontal do cérebro é uma estrutura especialmente vulnerável ao uso crônico e intenso do álcool, levando o indivíduo a um prejuízo intelectual intenso. Além disso, idosos dependentes do álcool se recuperam menos dos déficits cognitivos do que os adultos, sendo que o uso crônico, também, pode acelerar o desenvolvimento de instabilidade postural e quedas relacionadas à idade (COUTINHO, 1992).

No que tange a dependência do álcool pelos idosos, algumas particularidades são apontadas por Castro e Laranjeira (2010), tais como: problemas psicossociais; síndrome de abstinência mais grave com aumento de duração; aumento da sensibilidade aos efeitos do álcool; taxa elevada de complicações médicas e psiquiátricas.

Para Edwards (2005) há cada vez mais indícios de que a evolução da dependência do álcool possa ser explicada tanto em termos de processo psicológicos quanto de processos farmacológicos. Parece provável que a compulsão por beber, o aumento da tolerância, os sintomas de abstinências e as demais características da Síndrome de Dependência Alcoólica estejam envolvidas com mudanças relacionadas à neuroadaptação do cérebro. No entanto, nem todo mundo que bebe em excesso torna-se um dependente de álcool ou alcoolista. Algumas pessoas podem ser mais vulneráveis devido à sua constituição genética, à sua personalidade ou até mesmo devido às influências ambientais e sociais.

Alguns possíveis determinantes para o surgimento da dependência do álcool seriam a busca de um estimulante ou euforizante, a vontade de aliviar a ansiedade e o estresse do cotidiano ou simplesmente, o desejo ou a necessidade de sedação. Do ponto de vista médico, é relevante o fato de que as enzimas que metabolizam o álcool no organismo podem diferir de indivíduo para indivíduo, dificultando bastante a generalização de diagnósticos e tratamentos relacionados à dependência e ao alcoolismo (EDWARDS, 2005).

A característica principal dos transtornos de uso de álcool é o consumo de quantidades perigosas de bebida, apesar do conhecimento sobre os problemas que ocorrem durante sua ingestão. Os níveis excessivos de consumo levam ao desenvolvimento da dependência e da tolerância, que é necessidade de doses maiores de álcool para a manutenção do efeito de embriaguez obtido nas primeiras doses, fatores que estão associados às mudanças na estrutura, função e fisiologia do cérebro. Além de doenças crônicas que podem afetar os consumidores após muitos anos de uso abusivo, o álcool contribui para resultados traumáticos

em termos de conduta. A ocorrência de homicídios e ocorrências que podem incapacitar desde a juventude resulta na perda de muitos anos de vida devido à morte ou deficiência (JUNKER, 2010).

Para Silva (2000), existe uma diferença entre o uso da droga como lazer, e o abuso dela. Abuso e dependência passam a ser um obstáculo sério ao ajustamento social, um problema no ambiente de trabalho, um agente destruidor na família e nas relações, sem mencionar os danos causados à saúde. A dependência surgiu dentro da nomenclatura científica, quando a palavra vício direcionou-se para julgamentos morais e religiosos.

Ainda segundo Silva (2000), o abuso de uma substância é a repetição de forma patológica, a necessidade constante de usar droga sem a consciência de que ela é responsável pelo impedimento de funções sociais, danos morais e físicos. Relata, nesta esfera, que o fenômeno complexo da dependência química diz respeito às causas e consequências sérias nos aspectos psicológicos e sociais. O problema fundamental da dependência envolve um agente biológico (droga) no substrato biológico (cérebro), que, exposto ao agente químico por certo período, termina sendo afetado em vários níveis.

No entanto, uma das violências disparadas ao idoso é o preconceito, sendo a manifestação de ideias pré-concebidas e estigmatizadas como alguém “chato”, “vovô”, “vovó”, “de cabelo branco”, “sorriso bondoso”, etc. São vários os comentários tais como: velho, velho tem que dar lugar para os jovens, não escutar os velhos, velho não tem vida sexual entre outros. Esse tipo de pensamento favorece uma despersonalização do idoso, levando-o a uma condição de boneco sem vida própria.

Nessa sociedade consumista, o velho tornou-se descartável, os relacionamentos afetivos duram cada vez menos, assim como os casamentos e os velhos são considerados ultrapassados, já tiveram sua época e que agora já não serve mais, levando-o a um sentimento de perda de utilidade (ZIMERMAM, 2000). O resultado é a negação de oportunidades do velho ser útil a si mesmo e aos outros, de divertir-se, aproveitar a vida.

Ainda segundo Zimermam (2000) o envelhecimento traz uma série de mudanças psicológicas que podem levar a várias dificuldades como adaptação de novos papéis, falta de motivação para planejar o futuro, de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; adaptação às mudanças, alterações psíquicas que exigem tratamento, baixa auto-imagem e estima.

## 2.4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A política brasileira para questões relacionadas ao uso de drogas (lícitas e ilícitas), conforme estabelece a Lei 10.683/03, é de competência do Gabinete da Segurança Institucional, que coordena e integra as ações do governo nos aspectos relacionados à prevenção do uso indevido de substâncias entorpecentes que causem dependência física ou psíquica, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação e a reinserção social de dependentes. A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) é responsável pela gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). São competências do Ministério da Justiça as atividades de repressão ao uso indevido, do tráfico ilícito e da produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica. Ao Ministério da Saúde cabe a vigilância em saúde, especialmente quanto às drogas e medicamentos (FONSECA; BASTOS, 2005).

Neste sentido, entende-se que uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente sempre ser construída nas interfaces intra-setoriais possíveis aos programas do Ministério da Saúde (MS), o mesmo ocorrendo em relação a outros Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersetorial. Para tanto, decisão política, compromisso com a defesa da saúde e visão social são elementos indispensáveis (BRASIL, 2004b).

A Declaração de Caracas (OMS, 1990), foi um marco dos processos de reforma da assistência em saúde mental nas Américas, vinculando a atenção psiquiátrica à atenção primária de saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico relacionado às políticas públicas de enfrentamento dos problemas de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Seguindo as orientações desta declaração, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Atualmente este programa é o marco no campo das ações que garantem a oferta de serviços tanto aos portadores de sofrimento mental quanto aos indivíduos com problemas que envolvem o álcool e outras drogas. Nesse sentido, tem como um dos seus objetivos estimular a estruturação e o fortalecimento de uma rede de assistência e atenção psicossocial centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, que enfatize a reabilitação e reinserção social dos usuários, amparada em dispositivos comunitários,

integrados ao meio cultural, articulados à rede de saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003b).

A principal estratégia de atenção à saúde com relação ao consumo de álcool e outras drogas é o Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) que utiliza as estratégias de redução de danos enquanto ferramentas nas ações de prevenção e promoção da saúde, sobretudo por dar suporte à portaria ministerial nº 816/2002, na criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2007).

Mas é somente em 2002, e em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema de saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2004a).

Orientado pelo modelo psicossocial, os CAPS ad são propostos como espaço de criatividade, de construção da vida que, em lugar de excluir, medicalizar e disciplinar, devem acolher, cuidar e estabelecer pontes com a sociedade, considerando o usuário em suas implicações subjetivas e socioculturais, elegendo-o como protagonista de seu tratamento (ROCHA, 2005; KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA, 2008).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental destacou o compromisso de aprofundar e amadurecer articulação política entre o campo da saúde mental e instituições de controle social nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas suas recomendações foram apontados o fortalecimento da política de redução de danos na rede de atenção psicossocial, o reforçamento das práticas territoriais e a construção de redes de apoio, ao contrário do modelo com foco na abstinência, na penalização, moralização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas. Estas considerações procuram instituir mecanismos para fortalecer a integração da atenção básica com os CAPS, fortalecer as ações de promoção da saúde, prevenção e redução de danos. E promover ações junto à sociedade, com o objetivo de proporcionar conhecimento, reduzir o preconceito e o estigma associados ao álcool e outras drogas (BRASIL, 2010).

## 2.5 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A enfermagem lidou, em sua trajetória, com intensa dificuldade com um tema pouco concreto das práticas assistenciais: o sofrimento mental das pessoas. A assistência à saúde à pessoa com transtorno mental variou no decorrer dos tempos devido ao avanço do conhecimento sobre o comportamento humano. No Brasil, essa assistência tem como marco inicial o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro (MIRANDA, 1994).

A assistência de enfermagem a pessoas com sofrimento mental esteve durante muito tempo baseada nas práticas da psiquiatria clássica de controle, punição, exclusão, violência, estigma e segregação do louco, demonstrando uma ausência de atitude solidária e humanismo. Frente à proposta da Reforma Psiquiátrica houve a construção de novas modalidades de serviços de atenção em saúde mental, centrando a assistência em uma rede de atenção psicossocial (KIRSCHBAUM, 2000).

As transformações, no papel do enfermeiro psiquiátrico, ocorreram concomitantemente à evolução da assistência prestada no asilo, isto é, acompanharam as transformações ocorridas nas práticas médicas e, paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento do portador de sofrimento mental (CAMPOS; BARROS, 2000). Nesse sentido, as ações traduzem-se em práticas específicas que recolocam a discussão sobre o significado do cuidado em saúde mental. O novo modelo assistencial reconfigurou o objeto de intervenção - não mais a doença e sim o sujeito-social com sofrimento mental - e, conseqüentemente, a sua finalidade - não mais a remissão do sintoma, mas as necessidades de saúde propriamente humanas - e os instrumentos de intervenção, ou seja, os saberes e as práticas (JORGE et al., 2000).

Dessa forma, os conhecimentos advindos da graduação não são suficientes para a adequada atuação da enfermagem na área de saúde mental. Por isso, torna-se necessário que os enfermeiros, que trabalham nessa área, busquem novos conhecimentos a fim de complementarem a sua formação (TAYLOR, 1992).

Conforme Souza et al. (2000), os cursos de aperfeiçoamento e atualização na área de enfermagem psiquiátrica são destinados a complementar conteúdos da graduação, aprimorar conhecimentos, oferecer trocas de experiência entre os profissionais, que faz com que haja uma capacitação dos mesmos e a melhoria da assistência aos indivíduos. Os autores supracitados relatam que as exigências do mercado de trabalho, com a Reforma Psiquiátrica, deveriam mobilizar as instituições e enfermeiros para adquirir conhecimentos novos para assistir de modo inovador e humano o cliente com sofrimento mental.

O enfermeiro com sua assistência vêm sendo reconhecido como agente terapêutico (SILVEIRA; ALVES, 2003), por esse motivo é o profissional mais procurado nos serviços de saúde, por ter preparo e ser o primeiro a estabelecer contato com os usuários dos serviços transmitindo familiaridade e proporcionando um contato mais fácil, facilitando um relacionamento e comunicação eficazes (SILVA; FUREGATO; COSTA-JÚNIOR, 2003).

O enfermeiro deve ser capaz de compreender o problema da pessoa que sofre mentalmente, entender os efeitos de suas atitudes e habilidade para intervir neste contexto assistencial. Ressalta-se que a relação interpessoal constitui ferramenta importante para o mesmo, sendo capaz de identificar, descrever e avaliar o efeito dos cuidados que dispensa ao indivíduo, à família e à comunidade. Este cuidado tem a finalidade de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade (BRUSAMARELLO et al., 2009).

Diante disto, para que o enfermeiro realize suas funções, deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico (VILLELA; SCATENA, 2004).

As funções do enfermeiro estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda ao indivíduo a enfrentar as pressões da enfermidade mental e na capacidade de assistir o sujeito, sua família e a comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental (VILLELA, 2004).

Como atividade privativa do enfermeiro a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) representa um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que possibilitam reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz, que visa assistir o usuário na sua totalidade, por meios de ações específicas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (CARPENITO-MOYET, 2009).

Dessa forma, o Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problema de saúde do usuário, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação (CARPENITO-MOYET, 2009).

Logo é fundamental que os enfermeiros, considerem que a atitude em relação aos usuários fundamenta o projeto terapêutico, não importando a técnica que instrumentaliza uma intervenção. Assim, para que se estabeleça um projeto terapêutico eficaz é necessário ter:

atitude solidária, afetiva, psicoterapêutica e reabilitatória (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

Para George (2000), quando o processo de enfermagem é utilizado adequadamente na abordagem do sofrimento mental há um direcionamento ao cuidado prestado, constituindo-se na essência da prática da enfermagem, como instrumento e metodologia que auxilia o enfermeiro na tomada de decisões.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo teve como percurso metodológico a pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias segundo Gil (2002) têm como finalidade principal procurar desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, visando contudo, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Já o estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis (FIGUEIREDO, 2008).

De acordo com Minayo (2008), a pesquisa qualitativa tem uma metodologia própria, que visa à compreensão interpretativa das experiências dos indivíduos dentro do contexto em que foram vivenciados, respeitando as singularidades dos mesmos. Para Leopardi et al. (2001) a pesquisa qualitativa permite compreender um problema a partir da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, dentro do contexto de sua vida diária, suas conquistas, desapontamentos, surpresas e tantas outras emoções, sentimentos e desejos.

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no CAPS ad do município de Cajazeiras – PB, situado na rua: Tabelião Antônio Holanda nº 14 no centro da cidade. Optou-se pela referida instituição por ser a única do município que é destinada ao tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas. A cidade de Cajazeiras localiza-se no alto sertão paraibano, ocupando uma área de 567,5km<sup>2</sup>, distante 465 km da capital do estado, João Pessoa. Dados do último censo mostram que esse município tem um total de 58.437 habitantes (IBGE, 2010c).

O CAPS ad é um serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas em diferentes níveis de cuidado: intensivo (diariamente), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não-intensivo (até três vezes por mês).

É um serviço ambulatorial territorializado que integra uma rede de atenção em substituição à “internação psiquiátrica”, e que tem como princípio a reinserção social. Realiza ações de assistência (medicação, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar), de prevenção e capacitação de profissionais para lidar com os dependentes. Oferece atividades físicas, recreativas, educativas e profissionalizantes, como aulas de artesanato, dinâmicas de grupo, pintura em tela e tecido e confecção de produtos cuja renda é destinada para melhorias

do serviço. Tais atividades proporcionam mudanças de comportamento e melhoria na qualidade de vida dos usuários. Ainda, são realizadas palestras educativas pela equipe de enfermagem, psicoterapias de grupo e sessões de psicoterapia individual (BRASIL 2006b).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população representa o conjunto de todos os elementos sobre os quais se quer obter informações. E amostra seria um subconjunto de elementos retirados da população para obter a informação desejada (VIEIRA, 2001).

Assim sendo, a população da pesquisa foram os idosos que fizeram tratamento no CAPS ad, sendo uma amostra de natureza não probabilística de conveniência, na qual participaram 3 idosos que fizeram tratamento no CAPS ad do município de Cajazeiras – PB.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa, os usuários com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e que fizeram tratamento para dependência de álcool. Foram excluídos do estudo os idosos que possuíam alguma incapacidade cognitiva que os impossibilitasse de responder as questões no momento da entrevista.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por duas partes: na primeira parte constou de questões fechadas que abordaram os dados sócio-demográficos e econômicos dos indivíduos do estudo, como a idade, o gênero, a escolaridade, o estado civil, a renda familiar, a religião e o número de pessoas com os quais convive. Na segunda parte incluiu-se questões sobre o tema em estudo, no qual objetivou-se apreender a percepção dos sujeitos pesquisados acerca do uso do álcool e as dificuldades em relação ao tratamento. Foi anexado ao instrumento de coleta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C) do participante da pesquisa.

Para Triviños (1990) a entrevista semi-estruturada, não apenas valoriza a presença do investigador como também “oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (p.146). O autor supracitado afirma que a entrevista parte de certos questionamentos básicos, de acordo com teorias e hipóteses e que oferecem questionamentos, resultantes de novas hipóteses que surgem à medida que recebem as respostas do pesquisado.

### 3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram realizadas duas visitas ao CAPS ad, na qual a pesquisadora teve o primeiro contato com as fichas dos participantes do estudo, selecionaram-se os endereços de 06 idosos. Após isto, a pesquisadora dirigiu-se a estes domicílios para solicitar a participação na pesquisa, ao chegar nas residências dos idosos realizou-se uma breve exposição do projeto, enfocando seu objetivo geral e os específicos, com o intuito de conseguir aceitação por parte dos mesmos.

Assim, conseguiu-se a aceitação em participar da pesquisa de 03 idosos, com os quais foram agendadas as entrevistas, os demais idosos não foram encontrados em seu domicílio após duas tentativas de visita. Em um segundo momento, foi realizada a entrevista após a assinatura do TCLE. Para auxiliar a entrevista na apreensão das falas foi utilizado um dispositivo gravador MPEG *Audio Layer-3* (MP3) e um diário de registro de campo. A entrevista foi realizada de forma individual, assegurando ao entrevistado o sigilo de sua identidade e confidências.

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

O material empírico apreendido foi agrupado e analisado por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática proposto por Minayo (2008). A técnica citada é composta pelas seguintes fases: pré-análise, na qual o pesquisador realiza uma leitura flutuante dos dados obtidos; a fase de exploração do material, que corresponde à etapa em que o material é codificado, ou seja, submetido a um processo pelo qual os dados brutos são agregados em categorias temáticas e a fase de interpretação dos resultados, nesta os dados empíricos obtidos são analisados de acordo com as categorias temáticas que se revelaram, respaldados na literatura pertinente ao tema em estudo.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida observando-se os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Tendo por base essa Resolução, foi garantido o sigilo das informações obtidas, não as utilizando para fins que não sejam os da pesquisa.

Seguindo os requisitos acima referidos, foi garantida aos sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo, os que se disponibilizaram em assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste instrumento havia às informações referentes à

pesquisa e as definições de sua participação. No TCLE também estão assegurados os seguintes princípios éticos de pesquisas com seres humanos: sigilo e respeito das informações coletadas; conhecimento dos resultados e a possibilidade em abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 03 idosos, todos do sexo masculino, com idade variando de 60 a 66 anos. Destes idosos, 02 são casados e 01 solteiro, apresentando uma média de 03 filhos. Quanto à religião, 02 participantes declararam ser católicos e 01 evangélico. Em relação a ocupação, 02 são aposentados e 01 atua como motorista e operador de máquina. Todos os participantes apresentaram uma renda média de um salário mínimo. Quanto à escolaridade, apenas 01 idoso declarou ter o fundamental incompleto. Todos os idosos residem na zona urbana.

Os dados supracitados vêm corroborar com o que foi encontrado nos estudos de Faccio (2008), em que identifica que os usuários de álcool no Brasil são na sua maioria homens, de nível social e escolaridade baixa. A literatura evidencia que estes elementos são considerados fatores de risco potencial para o abuso e dependência de qualquer substância psicoativa (PILLON, 2010).

Segundo Castillo (2008), há diferença de proporção do consumo de álcool segundo o sexo, no qual homens consomem bebidas alcoólicas mais do que as mulheres. Portanto, deve ser considerado, 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.

De acordo com Kerr-Correa (2008) as questões de gênero no consumo de álcool são fundamentadas primeiramente pela cultura e isso reflete os aspectos mais amplos do comportamento e do papel dos gêneros masculino e feminino. O autor supracitado indica que as mulheres com problemas de álcool foram muitas vezes negligenciadas por serem vistas por uma população que, além de não precisar de ajuda não teriam merecimento desta. O consumo de álcool por homens já é visto de forma mais comum e “natural”.

### 4.2 O HISTÓRICO DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL NOS IDOSOS

De acordo com Saidel (2010), o consumo de bebidas alcoólicas de uma forma geral, tem significados próprios para cada sociedade e em cada época. Esses significados são permeados pelas práticas religiosas e místicas e também por sensações de prazer e bem-estar. Desse modo, quando questionados sobre o consumo de álcool e o tipo de bebida alcoólica que faziam uso, os entrevistados responderam da seguinte forma:

“Eu tomo Cachaça. Bebo todo dia e toda hora. Eu trabalho, ai eu tomo uma ‘agora’ e vou trabalhando, quando é lá pra umas duas ou três horas eu tomo outra, e trabalhando, e quando eu termino o serviço eu volto pra casa batendo papo com os amigos bebendo e tal.” (P1)

”Eu usava pinga, qualquer cachaça, hoje eu não uso mais, nem fumo (...) eu bebia direto, todo dia, toda hora, não tinha hora marcada, nem raiva nem alegria, era porque eu gostava, ia dormir bêbado e acordava bêbado”. (P2)

“Eu tomo cachaça. De oito em oito dias, dez em dez dias, quinze, um mês e até quatro meses já fiquei sem beber”. (P3)

De acordo com as falas supracitadas, o consumo de bebida alcoólica mais utilizado pelos participantes foi a cachaça, na qual é uma bebida de alto teor alcoólico, de baixo custo, sendo acessível a população de forma geral, inclusive as famílias de níveis socioeconômicos mais baixos.

Com relação ao consumo, percebeu-se que estes idosos faziam uso frequente de bebidas alcoólicas, chegando a tomar em média cinco copos por dia. Contudo, verificou-se que dois dos idosos diminuíram a freqüência de consumo após o acompanhamento no CAPS ad.

Quando questionados há quanto tempo faziam uso do álcool, e quais os fatores que os levaram a fazer uso da bebida alcoólica, os participantes responderam da seguinte forma:

“Eu comecei com meus quinze anos e hoje eu tenho sessenta (...) Bom, na época meu pai bebia também e mandava eu ir ou num jumento ou em uma bicicleta buscar no sítio, na bodega de seu gordo e quando eu vinha de lá para cá eu tomava uma coisinha da cachaça, era uma ‘meota’(...) ai teve uma vez que houve uma enchente e teve um arranco de macaxeira ai lá eu tomei um porre e me embebedei (...) na época eu bebia por beber (...) e quando eu era solteiro passou muitos anos que eu bebia controlado, ia para as festas e dançava, era muito dançador (...) mas depois que eu casei nos anos oitenta eu comecei a beber mais, ai foi quando eu me alcoolizei mesmo, porque depois que eu me casei e fiquei trabalhando aqui em Cajazeiras, onde fui convidado para trabalhar na cooperativa, ai a gente ia fazer um açude, chegando lá o povo colocava bebida, matava carneiro, matava porco e galinha, ai todo mundo bebia e comia e foi ali que eu comecei a beber muito”. (P1)

“Comecei a beber na base de uns doze anos, parava de beber e depois continuava (...) depois que fiquei mais velho um pouco fiquei mais agressivo na bebida, fiquei bebendo mais (...) É de família mesmo, e outra quando eu ia trabalhar eu levava pinga para a roça, nos sábados e domingos era bebendo direto, matava gado (...) e sempre a pinga no

pé (...) eu gostava para poder farrar, começou como uma brincadeira, e eu gostava (...) só tinha alegria quando ia para uma festa se tivesse bebido, se não tivesse eu não ia (...) não tinha tristeza para eu beber, de eu dizer que ia beber porque estava triste, isso não existia (...) eu bebia porque eu gostava mesmo (...) ia para a rua e me tornei um maior pinguço”. (P2)

“Desde os 16 anos, há 49 anos (...) Comecei a beber em jogo de broca, bata de arroz, bebia para dançar, pra namorar, bebia para se divertir (...) eu tinha vergonha de chamar as moças para dançar né, ai bebia”. (P3)

Os participantes afirmaram ter começado o uso durante a juventude, em idade precoce e que com o passar do tempo foram desenvolvendo a dependência ao alcoolismo. Barros (2008) afirma que as pessoas que tiveram o início do uso de álcool na juventude exibem maior incidência de alterações psicopatológicas, transtornos de personalidade, problemas psicossociais, sendo considerado o tratamento mais difícil, com maiores consequências negativas do que aquelas que iniciaram na maturidade. Outro aspecto relativo ao início do uso do álcool na juventude é que estes indivíduos apresentam baixo nível socioeconômico, má nutrição e história de múltiplos problemas físicos.

Segundo Filizola et al. (2008), o álcool em suas diversas variantes destiladas e fermentadas destaca-se, entre as drogas, por sua popularidade, exercendo importantes funções sociais, como promotor de relações interpessoais, agregando grupos humanos em momentos recreativos, em cerimônias religiosas e em rituais de iniciação.

Nesse contexto, os relatos mostram que o uso da bebida alcoólica é visto como um instrumento para sociabilização do indivíduo com o meio, servindo como facilitador de interação social, no qual atua superando o medo e a timidez, assim como também desinibidor e encorajador, facilitando o desenvolvimento de relacionamentos sociais.

O fator genético também é um importante ponto a ser discutido visto que um dos entrevistados diz ter uma predisposição genética para o desenvolvimento do alcoolismo, pontuando a família como fator de risco para o uso/ abuso de substâncias químicas. Para Edwards (2005) algumas pessoas podem ser mais vulneráveis devido a sua constituição genética, à sua personalidade ou até mesmo devido às influências ambientais e sociais. Alguns possíveis determinantes para o surgimento da dependência do álcool seriam a busca de um estimulante ou euforizante, a vontade de aliviar a ansiedade e o estresse do cotidiano ou simplesmente, o desejo ou a necessidade de sedação.

Os relatos dos idosos em relação ao processo de desenvolvimento do alcoolismo demonstram que o início da dependência do álcool está muito atrelado ao fator sócio-cultural. Isto porque, teve a influência do meio em que viviam, no qual houve presença de familiares ingerindo bebidas alcoólicas, que incentivavam o consumo do álcool.

#### 4.3 A REPERCUSSÃO DO ALCOOLISMO NO COTIDIANO DOS IDOSOS

O uso indevido de álcool produz efeitos psicológicos, sociais, culturais, jurídicos, políticos e econômicos que acarretam prejuízos incalculáveis, tais como: redução das condições e qualidade de vida para o usuário e familiares, incapacidades biopsicossociais que levam o sujeito a perder oportunidades no processo produtivo, afetivo e familiar, bem como o surgimento de práticas de ações anti-sociais (ALIANE, 2006; MIRANDA et al., 2006).

Quando questionados sobre os prejuízos que o álcool tem gerado em suas vidas, os idosos apontaram que há problemas no trabalho, nas finanças, na família e na saúde, além das dificuldades psicológicas e sociais, conforme pode ser visto nos discursos abaixo:

“Os prejuízos são muitos (...) hoje eu era para ser outra pessoa porque eu sou um profissional que trabalha com todo tipo de máquina e de caminhão, mas não duro em emprego, porque eu tomo uma coisinha lá (...) a cachaça me gerou também problemas de saúde, assim como muito problema familiar, porque a mulher agora não quer que eu beba e esta mandando eu sair de casa e meus filhos reclamam muito quando eu bebo”. (P1)

“Os prejuízos foram grandes, gastei muito dinheiro, minha própria família ia me abandonar, mas eu criei uma atitude muito legal, botei juízo na cabeça, fui me tratar... Deus me ajudou, eu sai logo (...) minha saúde é boa, já fiz uns tratamentos com uns médicos, exame de sangue e uns exames lá, e não tenho diabetes, não tenho nada (...) eu pensava que ia ficar com algum problema de saúde, mas não fiquei (...) o álcool me trouxe muitos problemas familiares, muitas brigas e confusões (...) mas graças a deus parei e não lembro mais de nada, só lembro do meu trabalho dentro de casa e vivo com minha família tranquilo (...) hoje estou no céu”. (P2)

“Perdi saúde (...) e o que eu ganhava na minha vida, porque eu era dono de crediário no Rio de Janeiro, acabei com tudo que eu tinha com farra (...) tenho insônia, uma chiadeira na cabeça (...) já dei um corte nesse braço aqui de gilete (...) os prejuízos são financeiro e a saúde, que eu me preocupo mais com a saúde, porque dinheiro a gente ganha né”. (P3)

Assim, percebeu-se que o alcoolismo acarreta dificuldades nas relações familiares e cotidianas, impedindo a realização profissional, além de acarretar problemas de saúde, perdas

financeiras e emocionais, implicando diretamente na qualidade de vida do idoso.

Segundo Faccio (2008) a dependência do álcool, como a outras drogas, está atrelada a um processo de adoecimento físico e psicológico do ser humano. Este adoecimento pode ocorrer em virtude do sofrimento gerado pela pressão e pela necessidade da luta pela sobrevivência, por hereditariedade ou pelo ambiente em que o indivíduo está inserido. E é neste momento que as pessoas encontram-se vulneráveis, e que para tentar amenizar o sofrimento do seu contexto diário, buscam no uso do álcool ou outras drogas o suporte para o enfrentamento da realidade do mundo pessoal, profissional, familiar ou social como uma forma de alívio.

Mas, as pesquisas mostram que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, além de prejudicar a saúde, pode ser responsável por acidentes no trabalho, alterações psicológicas e perturbações na relação com os outros trabalhadores. Trabalhar com álcool no sangue pode levar a falta de concentração, quedas, comportamentos violentos e conflitos laborais. Um indivíduo dependente do álcool na ativa cria constrangimentos, problemas e desentendimentos no ambiente de trabalho, pois o alcoolismo é responsável por alto índice de absenteísmo, já que a falta ao trabalho decorrente das bebedeiras é muito comum (LIMA, 2009). Faccio (2008) acrescenta que o dependente do álcool, no auge de sua doença, perde seu emprego, sua cidadania e seus direitos sociais ficando desamparado e excluído da sociedade.

O alcoolismo também exerce influências negativas sobre a família, principalmente sobre o cônjuge do indivíduo que faz uso do álcool, propiciando sentimentos de ódio, pena de si mesmo, evitação da vida social e fadiga, tornando-se psíquico ou mentalmente doente (BERGER, 1993). Muitas vezes, o cônjuge tem de desempenhar as funções de ambos os pais. As responsabilidades da família deslocam-se para apenas um deles. Ter dificuldades financeiras também é outro problema que essas famílias comumente enfrentam (CALDEIRA et al., 2008).

É importante destacar também que a família se apresenta como o mais importante instrumento de prevenção contra o uso do álcool. O vínculo familiar se destaca como fator de extrema relevância para o desenvolvimento global do indivíduo, principalmente quando se fala em comportamento, socialização e integração social.

Quando questionados sobre a influência do uso da bebida alcoólica no cumprimento da realização das atividades cotidianas, os idosos afirmaram o seguinte:

“Acho que a bebida influencia sim, porque minha mulher não gosta de sair comigo, diz que eu bebo e meus filhos também não querem sair

comigo (...) e a cachaça me atrapalhou de cuidar mais da minha saúde porque eu tenho hipertensão e diabetes e abandonei os remédios que não adiantava beber e tomar porque não servia... e impede meu sono de noite se eu parar de beber, eu passo a noite todinha acordado assistindo televisão”. (P1)

”Não fazia as coisa direito não, porque o álcool foi me combatendo com a fraqueza e foi destruindo toda minha vida, fui ficando fraco e no fim não fazia mais nada, não dormia, não comia ai comecei a ver coisa que não era para ver, sem acontecer (...) gente querendo me matar, via marmota que não era, isso era coisa da minha cabeça por causa da cachaça (...) tinha visões, gente quebrando ovo e caindo dentro da água, eu passava a mão e cheirava mas não era, estava com a cabeça doida (...) eu já deixei de trabalhar por causa da cachaça, agora eu estou com mais coragem, porque eu trabalho na rocinha ali, de vez enquanto vou ao sítio aonde nós tem lá as terras e as casas mas tem o rapaz que cuida de lá (...) e graças a Deus fiquei sarado mesmo, não lembro mais dessas coisa de jeito nenhum”. (P2)

“Quando eu bebo eu tenho inquietação, não como e só quero viver andando no mundo (...) mas eu não desacato ninguém não, eu gosto de cantar (...) quando eu não bebo eu passo dia todinho em casa, porque as vezes o cara chega num bar aí tem gente que oferece um bicada, ai eu digo que não quero, ainda ontem me ofereceram e eu não quis”. (P3)

De acordo com as falas o uso da bebida causa um processo de inquietação, descuido pessoal, fraqueza, desprezo e alucinações que interfere na realização das atividades diárias dos idosos. O fato de ser excluído pela família, origina um desconforto emocional no qual acarreta o sentimento de solidão e impotência. Foi observado também que o consumo de álcool favorece o desenvolvimento de uma má alimentação, promovendo um déficit nutricional, que afeta a qualidade de vida do idoso.

Segundo Moreira (2008) o consumo excessivo de álcool interfere de várias maneiras na nutrição adequada do idoso, pois compete com os nutrientes desde sua ingestão até sua absorção e utilização. Quanto maior a participação do álcool na dieta, menor a densidade e qualidade nutricional da alimentação.

#### 4.4 A REDE DE APOIO E DE SERVIÇOS AOS IDOSOS DEPENDENTES DO ÁLCOOL

O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial de caráter comunitário e territorial para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas sob a lógica de redução de danos.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde o CAPS ad oferece atendimento diário a indivíduos que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Dessa forma, quando os idosos foram questionados quanto ao acompanhamento pelos profissionais do CAPS ad e a frequência que iam ao serviço afirmaram que:

”Faz muito tempo, eu fui a primeira vez em 2008, passou uns tempos ai eu voltei a beber, e depois eu voltei para ser acompanhado lá de novo (...) eu ia pra lá todo dia bem cedo e voltava de tarde, quando era de três horas eu voltava para casa, isso todo dia (...) agora quando eu recebi alta do médico Dr. Pessoa ai era de dois em dois dias (...) eu passei na faixa de nove meses em tratamento indo direto todo dia, todo dia (...)”. (P2)

“Desde 2008. É difícil eu faltar, quando está ‘funcionando normal’ eu não falho nenhum dia não, eu vou todo dia” (P3)

De acordo com as falas observa-se que os participantes tiveram início do tratamento na mesma época, sendo que um ainda bebe, mas permanece em tratamento. Diante disso, é importante lembrar o quanto a disciplina, a vontade e determinação associados à terapêutica correta são essenciais para o combate contra o consumo de álcool. Quando indagados o que era realizado durante o acompanhamento pelo CAPS ad, eles relataram:

“O médico conversou comigo e passou um remédio pra mim muito bom, eu fui só passar pela consulta do médico, mas fui muito bem atendido” (P1)

“No acompanhamento eu fiz muitos amigos, a gente fazia caminhada todo dia, exercícios com o corpo, desenhos, pintura que a professora ensinava a gente, rezava e fazia de tudo ali dentro, a bondade que tinha lá era que tinha de tudo (...) chegava muita gente, as meninas estudantes que ensinavam muitas coisas agradáveis (...) tinha consulta médica dois dias na semana na quarta e sexta com Dr. Pessoa eu sempre passava pela avaliação dele, mas sempre o remédio que eu pegava era aquele para dormir, porque eu me alimentava bem, mas muitas vezes eu não dormia aí eu pegava os comprimidos (...) aí passaram para eu tomar só uma bandinha para dormir (...) as meninas só entregavam o remédio quando eu passava pelo médico”. (P2)

“Passo pela consulta médica e fico lá, aí faço física, faço artesanato, pinto, quando tem professor de física e artesanato (...) aprendi também a desenhar e fazer chaveiro”. (P3)

Diante do exposto verificou-se que as atividades desenvolvidas no serviço são atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), arteterapia, educação física, oficinas de geração de renda e incentivo à religiosidade. Visto que a arteterapia consegue aliar sutileza e sensibilidade, ao mesmo tempo que é profunda e transformadora. Conseguindo ressignificar experiências através do fazer artístico. E a atividade física é um meio de sociabilizar os usuários do programa, fazendo com que todos consigam viver harmoniosamente no contexto social. Em relação às dificuldades enfrentadas durante o tratamento, os idosos afirmaram que:

“Não tive dificuldade minha filha, elas me atenderam muito bem, fui muito bem recebido”. (P1)

”Quando eu cheguei lá eu estava muito fraco, eu achava e entrei com a maior fé que eu ia me tratar e me dar bem (...) com uma semana eu fui me recuperando, eu antes não comia e depois comecei a comer, tomava remédio para dormir, e fui firme (...) é força e coragem e a turma tem que saber lutar com esse povo (...) não encontrei dificuldade com o tratamento, nem a distância porque para mim era mesmo que ir de avião (...) era todo dia, mas eu queria era ficar bom (...) quando eu entrava lá eu fica alegre, mais bacana, só via gente boa, gente que sabia ensinar (...) as palestras das meninas tinha muito toda semana, elas ensinavam e rezavam, rezavam (...) o tratamento de lá não fica bom quem não quiser (...)”. (P2)

“Não tenho dificuldades, nada me impede de ir pra lá (...) vou caminhando e volto caminhando (...) eu faltei ultimamente porque não estava funcionando normal, mas quando está eu vou todo dia”. (P3)

Conforme as falas acima, os idosos referem que não houve nenhuma dificuldade de adesão ao tratamento, pontuando em alguns momentos que este foi importante para a diminuição do uso do álcool, o que melhorou a qualidade de vida. Mas observou-se que os serviços de saúde ainda apresentam algumas dificuldades quanto à estrutura física e a falta de profissionais para fazer um atendimento de qualidade aos usuários, de modo a manter sua adesão ao tratamento.

Quando questionados sobre como foi observada a assistência prestada pelo CAPS ad, os relatos foram:

“Foi uma assistência boa, eu tive grande satisfação e muita alegria, e me senti bem (...) todas as palavras boas que me colocavam no meu coração (...) e para mim eu já estava bom (...) assistência é cem por cento lá dentro, para começar ninguém passava fome, merenda boa, almoço bom e boas conversas, e tratamento bom era o que eu queria (...) e eu queria ficar bom, só lembrava do que eu passei, o sofrimento

por causa do álcool e queria largar”. (P2)

“Assistência nota dez, lá é bom (...) tudo lá é bom, alimento, funcionários, eu sou bem tratado lá (...) aprendo a ter uma maior perspectiva, eu me sinto melhor (...) quando eu chego lá eu me sinto feliz (...) é bom”. (P3)

Conforme os relatos acima a assistência prestada é satisfatória, evidenciado que esta traz um bem estar para os idosos, uma perspectiva de futuro. A satisfação do indivíduo com relação ao cuidado tem sido definida entre os pesquisadores do assunto como o grau de convergência entre as expectativas que a pessoa tem do cuidado ideal e a sua percepção do cuidado que ele realmente recebe (SITZIA, 1997).

Segundo Silva (1994) a qualidade da assistência de saúde se concretiza quando o profissional exerce suas funções com conhecimento, habilidade, humanidade e competência para atender as necessidades de saúde e expectativas do ser humano, sendo que avaliar a satisfação do paciente no que se refere ao cuidado pode demonstrar os resultados da assistência e avaliar se os objetivos estabelecidos por ela foram atingidos, ajudando a determinar suas necessidades e identificar formas melhores de prevê-las e atendê-las.

Quando questionados se eles poderiam ter uma qualidade de vida mais satisfatória sem o álcool e por qual motivo, afirmaram o seguinte:

“Sim. Porque se eu parar de beber (...) eu já passei cinco anos sem beber e nesse tempo eu fui chefe de equipe, fui caminhoneiro, comprei carro (...) ai comecei a beber de novo e de lá para cá nunca mais parei (...) o álcool na minha vida não trouxe benefício, mas é difícil de deixar (...)”. (P1)

“Demais. Porque eu vivo feliz com minha família. Tudo é bacana, o que eu preciso a minha família me dar (...) o que eu e minha mulher precisa os filhos da gente arruma, nenhum filho me deu trabalho, quem deu trabalho a eles foi eu, dei desgosto né, e nenhum deles foram de beber, e hoje em dia eu não bebo nada e só da pessoa falar perto de mim com o cheiro da bebida eu saio de perto, eu esqueci e não gosto mais.” (P2)

“Sim, deus me livre de usar o álcool todo dia, se eu usar me ofende (...) e num gosto não, não fumo (...) se deixar de beber a gente tem mais saúde, porque o álcool é prejudicial a saúde e agora que as cachaças só são manipuladas, quem me diz mesmo é quem trabalha em alambique (...) pois é, tem que ter cuidado quem é dependente químico, porque ontem acharam um rapaz bem novinho morto (...) Eu deixei de gostar de álcool por causa do tratamento do CAPS, quando eu fui para lá eu sai do hospital regional desenganado”. (P3)

De acordo com as falas, o alcoolismo implica em uma diminuição de expectativa de vida, o que sugere dizer que causa vários efeitos sob a saúde física, emocional e social dos indivíduos.

O termo qualidade de vida é definido como percepção individual que a pessoa tem quanto às suas posições na vida, com seus valores dentro de um contexto cultural no qual está inserida, e na interação com os próprios objetivos, expectativas, princípios e preocupações. Abrange, assim, uma totalidade sustentada por saúde física, estado psicológico, grau de independência, relacionamentos sociais, relações com o meio ambiente e crenças pessoais (GONÇALVES, 2004).

Devido o comprometimento da qualidade de vida foi afirmado pelos idosos o medo de morrer visto que a dependência acarreta consequências devastadoras e prejudicial para o indivíduo e seu meio. Dessa forma, o CAPS ad foi considerado como um apoio, que possibilitou a diminuição do uso do álcool e inserção na sociedade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se analisar a relação entre envelhecimento e alcoolismo, faz-se necessário a compreensão e sensibilização social a respeito desse problema, de modo a implementar recursos e estratégias que proporcionem uma melhoria da qualidade de vida de idosos usuários de álcool.

De acordo com os relatos, percebeu-se que os idosos apresentaram o início do uso do álcool na juventude, e com o decorrer do tempo desenvolveram a dependência química. Os idosos apontaram que o álcool exerce várias funções nas suas vidas, sendo a principal como instrumento de socialização, contribuindo com a interação e o desenvolvimento de relacionamentos sociais.

Foi observado que os participantes faziam uso frequente de bebidas alcoólicas, verificando uma média de cinco copos por dia. Entretanto, constatou-se que dois diminuíram a frequência de consumo após acompanhamento no CAPS ad.

Com relação às dificuldades enfrentadas com a dependência os idosos apontaram vários prejuízos que o álcool gerou em suas vidas, no que se refere a problemas no trabalho, na família, nas finanças e na saúde, além de dificuldades psicológicas e sociais, implicando diretamente na qualidade de vida dos mesmos.

Em relação ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, foi observado que além de prejudicar a saúde dos idosos, também pode ser responsável por acidentes de trabalho, visto que pode levar a vários constrangimentos e problemas no ambiente laboral.

O alcoolismo também exerce influências negativas na família, afetando diretamente o cônjuge comprometendo seu estado psicológico. No entanto, a família apresenta um importante instrumento para prevenção contra o uso do álcool, visto que a mesma é de extrema relevância para desenvolvimento integral do indivíduo, principalmente quando se trata de apoio e socialização.

Com relação às dificuldades enfrentadas durante o tratamento, os idosos relataram que não houve dificuldades de adesão, considerando em alguns momentos que a terapêutica foi importante para a diminuição do uso do álcool, o que melhorou a qualidade de vida. Mas observou-se que os serviços de saúde ainda apresentam algumas dificuldades quanto à estrutura física e a falta de profissionais para fazer um atendimento de qualidade aos usuários, de modo a manter sua adesão ao tratamento.

Em estudos atuais constata-se que o atendimento à saúde do idoso ainda é considerado precário devido à falta de recursos materiais e humanos, os quais são alvo de discriminação, considerando-se prioritária a prestação de serviços às faixas etárias de população com menor idade. Por isso é necessário a fiscalização pelos Conselhos do Idoso e Ministério Público, pois é preciso dar maior visibilidade às situações de discriminação e exclusão vividas pelos idosos.

Através desse estudo foi possível adquirir uma visão mais ampla sobre a saúde do idoso, bem como uma real possibilidade de prestar assistência adequada e humanizada a população longeva usuária de álcool, respeitando seus limites e permitindo o aumento da qualidade devida nessa população. Espera-se que essa pesquisa sirva de reflexão e incentivo para adoção dessas práticas, na busca de dirimir ou reduzir os efeitos nocivos do uso do álcool entre idosos.

Diante disso, fica ainda uma reflexão para os profissionais de saúde, dando uma ênfase maior aos da enfermagem, pois assim como em outras áreas da saúde, o enfermeiro deve ser capaz de se empenhar na melhoria da assistência prestada aos indivíduos com dependência química, tendo em vista uma assistência que corresponda as suas necessidades, respeitando suas alterações anatômicas, fisiológicas, biológicas, psíquicas e sociais, utilizando para isso a arte do cuidar.

Contudo, não se tem a pretensão de esgotar o assunto, mas que este trabalho seja um convite à abertura para novas reflexões, propostas e atitudes que envolva a rede de serviço em saúde mental e o usuário, para que atentem para a necessidade de se construir constantemente algo novo, ou quem sabe, tornar efetivo o que de bom e adequado já existe.

## 6 REFERÊNCIAS

ALIANE, P. P.; LOURENÇO, L. M.; RONZANI, T. M. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 83-88, 2006.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 41(Esp), p. 815-819, 2007.

BARROS, D. R. O uso de drogas por adolescente, idosos, mulheres e indígenas: fatores de risco e de proteção. In: BARROS, D. R.; ESPÍNOLA, L. L.; SERRANO, R. M. S. M. (Orgs). **Toxicomania: Prevenção e Intervenção**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008.

BEE, H. **O Ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

BERGER, G. **Alcoolismo e Família**. Franklin Watts: Nova York, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Brasília: Diário Oficial da União, 2003b. 60 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 2003a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2006a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Decreto nº 9.747 de 17 de Outubro de 2006**. Dispõe sobre a regulamentação do Conselho Municipal Antidrogas. Brasília: Diário Oficial da União, 2006b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o conselho do idoso e dá outras providências**, Brasília: Diário Oficial da União, 1994.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 09 de dezembro de 1999. **Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 1999.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos:** uma abordagem inovadora para países em transição. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. Brasília: Diário Oficial da União, 2004a. 144 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. 2.ed. Brasília: Diário Oficial da União, 2004b. 64 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Diário Oficial da União, 2010, 210 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Diário Oficial da União, 2007, 85 p.

BRASIL. Ministério da Previdência Social Lei nº 8742 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da União, 1993.

BRUSAMARELLO, T.; et al. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. **Cogitare Enfermagem;** v. 14, n. 1, p. 79-84, 2009.

CALDEIRA, M. S. A., et al. Alcoolismo inserido na cultura familiar. In: BARROS, D. R.; ESPÍNOLA, L. L.; SERRANO, R. M. S. M. (Orgs). **Toxicomania:** Prevenção e Intervenção. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org). **Os novos idosos brasileiros:** Muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, p. 253-292, 2004.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Revista Escola de Enfermagem USP,** São Paulo, v. 34, n. 3, p. 271-276, 2000.

CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 15, n. 6, p. 2871-2878, 2010.

CARPENITO-MOYET, L. J.; GARCEZ, R. M. **Diagnósticos de enfermagem aplicação o à prática clínica**. 11<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CARVALHO, J. A. M. GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2003.

CASTRO, L. A.; LARANJEIRA, R. Dependência química no idoso. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

CASTILLO, B. A. A.; et al. Situações Estressantes de Vida, Uso e Abuso de Álcool e Drogas em Idosos de Monterrey, México. **Revista Latino Americana de enfermagem**, v.16 n.spe, 2008.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas e alternativas. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COSTA, J. S. D.; et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.

COUTINHO, E. S. F. Alcoolismo e problemas relacionados: dificuldades na implementação de estudos de prevalência. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 8, n. 1, p. 22-29, 1992.

DUARTE, Y. A. O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Ministério da saúde. Instituto para desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de enfermagem**. Brasília, 2001.

EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais da saúde, 4<sup>a</sup> edição; Porto alegre: Artmed, 2005.

FACCIO, G. **Alcoolismo**: um caso de saúde publica: uma revisão bibliográfica sobre a dependência do álcool no Brasil. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto alegre, 2008.

FIGUEREDO, N. M. A.; TONINI, T. **Gerontologia Atuação da Enfermagem no Processo de Envelhecimento**. São Paulo: Yendis, 2006.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendes, 2008.

FILIZOLA, P. R. B. et al. Alcoolismo no Nordeste do Brasil – prevalência e perfil sociodemográfico dos afetados. **Jornal Brasileira de Psiquiatria**, v. 57, n. 4, p. 227-232, 2008.

FONSECA, E.; BASTOS F. I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: ACSELRAD, G. **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2002.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática**. Barueri: Manole, 2004.

HULSE, G. K. Álcool, drogas e muito mais entre idosos. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 24, n. 1, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística da População, censo 2010c**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/\\_2010\\_.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/_2010_.pdf). Acesso em: 06 fev. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da População por sexo, segundo os grupos de idade – 2010b**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo populacional da Paraíba 2010a**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_paraiba.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_paraiba.pdf). Acesso em: 03 fev. 2013.

JORGE, M. S. B; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

JUNKER, A. **Aspectos neuropsicológicos do Alcoolismo Crônico em idosos**: uma revisão de literatura. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Curso de Especialização em Neuropsicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2010.

KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.; TEIXEIRA, S. O trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 87-105, 2008.

KERR-CORRÊA, F. et al. Diferenças nos padrões de consumo de álcool entre homens e mulheres em duas comunidades brasileiras distintas. São Paulo: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 3, p. 235-242, 2008.

KIRSCHBAUM, D. J. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**, v. 6, n. 19, p. 15-36, 2000.

LARANJEIRA, R. (coord) et al. **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento, 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LARANJEIRA, R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, D. S. **Alcoolismo no trabalho: uma percepção sobre a condição do servidor alcoolista**. Monografia (Especialização em Gestão Universitária). Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

LITVOC, J.; BRITO, R. C. **Envelhecimento**: Prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

MARTINS, M. S.; MASSAROLO, M. C. K. Mudanças na Assistência ao idoso após a promulgação do Estatuto do idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. Ribeirão Preto: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 26-33, 2008.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. São Paulo: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26 (supl.1), p. 07-10, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 13 de março 2013.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 11<sup>a</sup> ed. 2008.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez; 1994.

MIRANDA, F. A. N., et al. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 222 a 232, 2006.

MIRANDA, F. A. N.; et al. Predisposição ao uso e abuso de álcool entre estudantes de graduação em enfermagem da UFRN. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 663-669, 2007.

MOREIRA P. F. P.; MARTINIANO. F. F. Aspectos nutricionais e o abuso do álcool em idosos. **Envelhecimento e Saúde**, v. 14, n. 1, p 23-26, 2008.

MOURA, I.; LEITE, M. T.; HILDEBRANT, L. M.; Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. Passo Fundo: **RBCEH – Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 5, n. 2, p. 132-140, 2008.

NUNES, M. Desafios e perspectivas na velhice: a interpretação da Terceira Idade. **REVISTA PORTAL de Divulgação**, n. 22, p. 6-17, 2012.

OLIVEIRA, E. R.; LUIS, M. A. V. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto: **Caderno de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 171-179, 1996.

OLIVEIRA, A. G.; et al. Direitos dos idosos relacionados à sua mobilidade. **Revista dos Transportes Públicos – ANTP**, p. 85-100, 2012.

ORGANIZATION, World Health (WHO). **Guide to drug abuse epidemiology**. WHO, 2000. Disponível em:

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/epidemiology/en/index/html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/epidemiology/en/index/html). Acessado em 20 fevereiro 2013.

ORGANIZATION, World Health (WHO). **Active ageing – a policy framework**. Madri, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/hrp/ageing>> Acesso em 05 março 2013.

PAPALÉO NETO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo . Atheneu, 2007.

PILLON, S. C.; et al. E. Perfil dos Idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 742-748, 2010.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, 1987.

ROCHA, R.M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto & Contexto Enfermagem** v. 14 n. 3 p. 350-357, 2005.

SAIDEL, M. G. B. **Representações sociais de membros de equipes de saúde da família sobre o uso problemático de álcool por idosos**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: UFSCar, 2010.

SITZIA, J.; WOOD, N. A satisfação do paciente: uma revisão de questões e conceitos. **Ciência Social & Medicina**, v. 45, n. 12, p. 1829-1843, 1997.

SAÚDE, Organização Panamericana de (OPAS). **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, 1990.

SENGER, A. E. V.; ELY, L. S.; GANDOLFI, T.; SCHNEIDER, R. H.; GOMES, I.; CARLI, G. A. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SILVA, S. H. **Controle da Qualidade Assistencial**: implementação de um modelo. Tese de Doutorado em Enfermagem. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1994.

SILVA, I. R. **Alcoolismo e abuso de substâncias psicoativas**: tratamento, prevenção e educação. São Paulo: Vetor, 2000.

SILVA, A. A. Alcoolismo em Idosos. São Paulo: **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, ano VI, n. 10, 2008.

SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA-JÚNIOR, M. L. Depressão: Pontos de Vista e Conhecimento de Enfermeiros da Rede Básica de Saúde. **Revista Latino americana de Enfermagem**. v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental- o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p.645-651, 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner/ Suddarth. Cuidado de Saúde do Idoso. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, p. 199-227, 2006.

SOUZA, M. C. B. M.; ALENCASTRE, M.B.; SAEKI, T. Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. **Revista Latino americanade Enfermagem**, v.8 n.5 p. 71-80, 2000.

STHAL, H. C.; BERTI, H. W.; PALHARES, V. C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto Contexto – enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2011. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=cri\\_home&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=cri_home&Ing=pt&nrm=iso).

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem psiquiátrica de mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 738-741, 2004.

ZIMERMAM, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

# APÊNDICE

## **APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****I- Caracterização do perfil sócio-demográfico**

1. Sexo: M ( ) F ( )
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Estado civil: \_\_\_\_\_
4. Religião: \_\_\_\_\_
5. Moradia: ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural
6. Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_
7. Escolaridade:  
( ) Nenhuma ( ) Fundamental completo ( ) Fundamental incompleto  
( ) Médio completo ( ) Médio incompleto ( ) Superior completo  
( ) Superior incompleto
8. Renda:  
( ) aposentado com 1 salário mínimo.  
( ) aposentado com mais de 1 salário mínimo.  
( ) não aposentado, com emprego de menos de 1 salário mínimo.  
( ) não aposentado, com emprego de 1 salário mínimo.  
( ) não aposentado, com emprego de mais de salário mínimo.  
( ) não aposentado e desempregado.
9. Você tem filhos? ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_ ( ) Não
10. Mora sozinho? ( ) Sim ( ) Não. Com quantas pessoas? \_\_\_\_\_

**II – Percepções sobre o consumo de álcool e às dificuldades enfrentadas com a dependência e o tratamento**

- 1- Que tipo de bebida alcoólica o (a) senhor (a) faz uso? Com que frequência?
- 2- Há quanto tempo faz uso de álcool?
- 3- Por que começou a fazer uso do álcool?

- 4- Quais os prejuízos que o uso do álcool tem gerado para o (a) senhor (a)?
- 5- O uso da bebida alcoólica tem influenciado no cumprimento de suas atividades cotidianas? Como?
- 6- Há quanto tempo o (a) senhor (a) é acompanhado pelos profissionais do CAPS ad? Com que frequência vem ao serviço?
- 7- O que é realizado durante este acompanhamento?
- 8- Quais as dificuldades que o (a) senhor (a) enfrenta com o tratamento no CAPS ad?
- 9- Como o (a) senhor (a) avalia a assistência que lhe é prestada no CAPS ad?
- 10- Acha que pode ter uma qualidade de vida mais satisfatória sem usar o álcool? Por quê?

# ANEXOS

**ANEXO A: DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE  
PESQUISA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

PESQUISA:ALCOOLISMO E ENVELHECIMENTO: PERCEPÇÃO DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Eu, ILUSKA PINTO DA COSTA, Docente da UFCG, portadora do RG 2448108 SSPPB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Iluska Pinto da Costa

**Orientador**

Fernanda Kamila S de Oliveira

**Orientando**

Cajazeiras, 02 de maio de 2013

**ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR  
RESPONSÁVEL**

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

PESQUISA:ALCOOLISMO E ENVELHECIMENTO: PERCEPÇÃO DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Eu, Iluska Pinto da Costa, docente da UFCG, portadora do RG 2448108 SSPPB e CPF 038.248.254-90 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Iluska Pinto da Costa.

**PESQUISADOR (A)**

Cajazeiras, 02 de maio de 2013

**ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAÍBA



**Universidade Federal de Campina Grande**  
**Centro de Formação de Professores**  
**Unidade Acadêmica de Enfermagem**

Universidade Federal de Campina Grande  
 HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro  
 Rua. Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**ESTUDO: “Alcoolismo e envelhecimento: percepção de idosos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial”**

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. Que tem como objetivo geral: Avaliar a percepção dos idosos usuários do Centro de Atenção Psicossocial sobre o consumo de álcool; e como objetivos específicos: Conhecer os fatores que levam os idosos ao alcoolismo; Verificar às dificuldades enfrentadas com a dependência, Identificar a frequência do uso do álcool pelos idosos e Compreender as dificuldades encontradas durante o tratamento. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

---

Eu, (inserir o nome, profissão, residente e domiciliado na .....), portador da Cédula de identidade, RG ..... , e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /\_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **“Alcoolismo e envelhecimento: percepção de idosos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial”**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa analisar a percepção dos idosos sobre o consumo de álcool;

- II) A coleta dos dados será realizada através de um roteiro de entrevista semi- estruturada, utilizando um gravador para apreensão das falas;
- III) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI) Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- VIII) Estou ciente quanto aos riscos e benefícios do estudo. Riscos: este estudo apresenta risco de identificação do participante, nesse sentido na elaboração do estudo serão utilizadas codificações, para preservar o anonimato do participante. Benefícios: essa pesquisa pode contribuir com profissionais e estudantes da área da saúde, no sentido de proporcionar uma reflexão acerca da importância de qualificar a assistência prestada aos idosos que fazem uso de álcool, no sentido de prestar um atendimento humanizado e holístico.
- IX) Observações Complementares.
- X) No caso de alguma dúvida entrar em contato com a pesquisadora Prof. Iluska Pinto da Costa, residente na Rua Emídio Assis, 46. Bairro Jardim Oásis. Cajazeiras – PB ou com a colaboradora Fernanda Kamila Souza de Oliveira, residente na Rua João Coleta, apto 06, Casas Populares, Cajazeiras – PB, telefone: (83) 9613-2061.
- X) Caso se sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Campina Grande.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

---

**Assinatura do Participante**

**Assinatura Dactiloscópica**

**Testemunha 1 :** \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone

**Testemunha 2 :** \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone

---

**Responsável pelo Projeto**

**Prof.<sup>a</sup> Iluska Pinto da Costa**

**Telefone para contato: (83) 88153950**

---

**Colaborador**

**Fernanda Kamila Souza de Oliveira**

**Telefone para contato: (83) 9613-2061**

**ANEXO D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**



ESTADO DA PARAÍBA  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 COORDENAÇÃO DA REDE ESCOLA MUNICIPAL  
 CNES: 6403700  
 RUA: ARSENIO ROLIM ARARUNA

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado "ALCOOLISMO E ENVELHECIMENTO: PERCEPÇÃO DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL" desenvolvida pela aluna Fernanda Kamila Souza de Oliveira do Curso Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora ILUSKA PINTO DA COSTA.

Cajazeiras, 07 de março, 2013.

Livia Viviane L. P. Pinheiro  
 ENFERMEIRA  
 CRMPE 105.172D

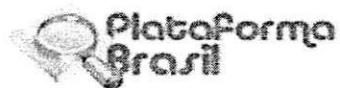
Recebido  
 07/03/13  
 Livia Viviane L. P. Pinheiro  
 ENFERMEIRA  
 CRMPE 105.172D

Assinatura e carimbo do responsável institucional

UNIVERSIDADE FEDERAL  
 DE CAMPINA GRANDE  
 CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
 BIBLIOTECA SETORIAL  
 CAJAZEIRAS - PARAÍBA

**ANEXO E - COMPROVANTE DE ENVIO DE PROJETO PARA O  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ALCOOLISMO E ENVELHECIMENTO: PERCEPÇÃO DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Pesquisador:** Iluska Pinto da Costa

**Versão:** 1

**CAAE:** 14235513.0.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (Centro de Formação de Professores)

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 026445/2013

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br