

RELATO DE EXPERIÊNCIA

EXPERIENCE REPORT

Idosos etilistas crônicos: indicações para uma mudança de chave em seu atendimento

*The elderly chronic elitism: indications for a change
of clef on your care*

Bernadete de Oliveira
Cibele Maria da Silva Gonçalves
Flamínia Manzano Moreira Lodovici

RESUMO: Este estudo tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre os avanços obtidos e os limites no atendimento de emergência ao idoso, chamado de *etilista crônico*, em um serviço público de saúde situado em comunidade de vulnerabilidade social extrema na capital paulistana, correspondendo a um recorte dos resultados dos estudos e práticas envolvidas na dinâmica de tal atendimento, consubstanciado na apresentação de um Estudo de Caso característico.

Palavras-chave: Idoso; Dependência química; Atendimento; Idoso etilista crônico.

ABSTRACT: *This study aims at presenting some reflections on the progress achieved and the limits in emergency care for the elderly, called chronic alcoholic, in a public health service located in extreme social vulnerability in São Paulo city community, representing a cut of results studies and practices involved in the dynamics of such service, as reflected in the presentation of a typical case study.*

Keywords: *Elderly; Chemical dependency; Care; Chronical etilist elderly.*

Introdução

Nossa personalidade se desenvolve no curso da nossa vida a partir dos germes difíceis ou impossíveis de discernir, e só revelamos quem somos através de nossos atos. Somos como o sol, que nutre a vida da Terra e produz todos os tipos de coisas estranhas, maravilhosas e maléficas... No início não sabemos que ações ou iniquidades, que destino, qual o bem ou mal que temos dentro de nós, e somente o outono pode mostrar o que a primavera gerou (Jung).

O sentimento de imprevisibilidade do destino humano e a precariedade maior de uma situação de *outono* em nossas vidas, evidenciados na epígrafe acima, evocam-nos as reflexões que se seguem, ligadas a práticas cotidianas traduzíveis na experiência vivenciada em uma comunidade de vulnerabilidade social extrema, e cada vez mais estendida em seu escopo, situada em uma das metrópoles paulistanas mais avançadas. Em função dessa experiência é que vêm se voltando nossas pesquisas focadas na problemática do *etilismo crônico no idoso*, à qual está exposta uma determinada parcela da população de mais idade, que exige receber uma perspectiva interdisciplinar, bem como uma forma diferenciada de tratamento a esse complexo estado de pessoas praticamente invisíveis dentro da camada empobrecida de nosso país. Resultou este estudo a partir de um recorte da dinâmica do atendimento emergencial a esses *idosos etilistas crônicos*, acolhidos em um dos serviços públicos de saúde desta cidade — um dos lócus de nossas práticas e discussões.

A vulnerabilidade, problemática apresentada como de complexas facetas (Maia, 2011), caracteriza-se, no local da presente investigação, manifesta principalmente por idosos moradores de rua, com a explicitação maior da dependência química (Rodrigues, & Lopes, 2013; Silva, Schmitt, Almeida & Oliani, 2013), associada ainda a outros fatores que lhes são complicadores: o envolvimento com violência doméstica, ou tráfico de drogas, assaltos, homicídios, revelando uma violação de direitos a pessoas de todas as idades, independentemente de gênero, grupo familiar ou social.

No sentido de contribuir com a reflexão em torno desse tema, o presente estudo, que toca o fenômeno do *etilismo crônico*¹ do idoso, interfacia, respeitadas as diferenças

¹ *Etilismo* (< fr. *éthylisme*) ou alcoolismo: termo que indica a ação de consumir álcool/etanol, de modo excessivo, abusivo, periódico e/ou permanente, associando-se a problemas psicológicos, emocionais e sociais, podendo acarretar dependência psíquico-física. Do ponto de vista médico, o *etilismo crônico* é uma doença crônica, com aspectos comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool etílico, na qual o usuário após a ingestão em doses fracas, mas repetidas, torna-se progressivamente tolerante à intoxicação produzida pela droga (a dita tolerância crônica do bebedor contumaz) e desenvolve sinais e sintomas de abstinência, quando a

de perspectiva teórica das pesquisadoras aqui envolvidas, alguns estudos e subsídios teórico-metodológicos do campo da Psicogerontologia e de uma Linguística preocupada com as práticas, que reforçam nossa tentativa de contribuir para esse cenário. Assim se abriu a possibilidade de nos capacitarmos interdisciplinarmente, em diálogo teórico com profissionais de áreas afins, visando a um arcabouço teórico-metodológico adequado a lidar com as diferentes manifestações de destituição de poder e vontade², encontradas no atendimento a um idoso etilista crônico, especialmente aquele em situação de rua.³

É quando parece se evidenciar que uma mudança em nós mesmos também se processa – mudanças em nosso entendimento, discursos, atitudes e ações em favor da inclusão social do idoso etilista crônico que, inevitavelmente, têm efeitos em nossa vida subjetiva e profissional.

Quando atuamos na área da saúde pública, dificilmente deixamos de lidar com o público idoso dependente. Mas independentemente da área de atuação do profissional, a demanda deste segmento, na maioria das vezes, relaciona-se com negligências, maus-tratos, abandono, violência familiar; enfim, as violações aos direitos da pessoa idosa, além do enfrentamento às dificuldades próprias do processo de envelhecer e da velhice especificamente. Essas demandas, cada vez mais fazem com que profissionais de diferentes áreas busquem meios para conhecer melhor a heterogeneidade do universo do idoso, pensando em seu próprio envelhecimento e de como decorrerá sua velhice, e em função disso tudo, de como seu trabalho tem compromisso com a população longeva atual e futura.

É nessa perspectiva que importa reler Concone (2007, p.29) em sua asserção de que é preciso, antes de tudo, “desnaturalizar a velhice”, ou seja, pensá-la de forma diversa, pois não deixa de ser “(...) uma construção sociocultural e histórica. Cultural e

mesma é retirada (a dita síndrome de hiperexcitabilidade característica da abstinência). Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/alcoolismo/alcoolismo>.

² Minayo (2006), ao se referir à violência institucional contra idosos, refere que, hoje, os mais de 2% da população idosa, internada em asilos e clínicas, em muitas dessas instituições, sofre maltratos, despersonalização, sendo destituídas de qualquer poder e vontade. Recuperado em 22/02/2014, de: portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/eixos_tematicos.doc. (relativa a I Conferência Nacional de Direitos do Idoso construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI. Brasília, 23 a 26 de maio de 2006).

³ “Entende-se por situação de rua o processo de rualização no qual o indivíduo que, por não possuir uma moradia fixa, habita transitoriamente diversos logradouros públicos, albergues ou pensões. Portanto, essa expressão é utilizada para enfatizar o aspecto processual da passagem pela rua como um momento da biografia individual e não como um estado permanente (Mattos, 2003). O decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009, instituiu a política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento. No Art 1º (parágrafo único) deste ficou instituído o seguinte: ‘Para fins deste decreto, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.’” (Gusmão *et al.* (2012, p.315).

socialmente variável no tempo e no espaço. Velhice e envelhecimento não foram e de fato não são vistos sempre da mesma maneira”.

A despeito dos esforços dos estudiosos à luz de uma perspectiva gerontológica, a construção do sentido da velhice continua permeada, neste século marcado pela longevidade, pelo idadismo (*ageism*), que se expressa na sociedade por meio de representações depreciativas do fenômeno do envelhecimento e do sujeito que envelhece (Palmore, 1999; Zimmerman, 2000). Não é suficiente, pois, embora necessário, que a pessoa idosa aceite o processo de envelhecimento como mais uma das etapas a ser vivida integralmente, em dimensões como a biológica, a psicológica e a afetiva, se a sociedade em que essa pessoa está inserida não a respeita e não lhe garante efetivamente seus direitos de uma existência plena, digna de ser vivida.

Tem contribuído para o aprendizado sobre o envelhecimento e a velhice, a vida enfim, a área da Psicogerontologia na linha de Carl Gustav Jung. Segundo esse teórico, “A vida é um curto espaço de tempo entre dois mistérios: o nascimento e a morte” (como citado em Magalhães, Gonçalves, Sawaguchi, Taba & Faria, 2012, p.135). Mas na segunda metade da vida, segundo Jung, é justamente quando o ser humano confronta-se mais de perto com os problemas do avançar da idade, inevitavelmente, com o declínio físico e de outras ordens. Assim é que as mudanças psicológicas podem levar a algumas dificuldades, tais como: adaptação a novos papéis, caracterizada pela falta de motivação para planejar o futuro e de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; adaptação a mudanças e alterações psíquicas, que exigem tratamento voltado ao fortalecimento da autoimagem e da autoestima do idoso, via de regra diminuídas.

Ratificam Brêtas *et al.* (2010, p.3) que “o ato de envelhecer implica em mudanças constantes, sendo que saber lidar com as perdas, buscando novas aquisições durante todo o processo de envelhecimento é o que o torna saudável”.

Diante de um contexto insatisfatório em que vivem muitos idosos, é que vem aumentando expressivamente o número daqueles que se tornam dependentes químicos,⁴ ressaltando-se que a dependência (Rodrigues & Lopes, 2013; Silva *et al.*, 2013) é a todos os tipos de drogas, muito embora atinja um número mais elevado de jovens.

Aproximadamente, dentre dez dependentes químicos acolhidos pelo serviço de atendimento de emergência aqui referenciado, pelo menos um é idoso, agudizado o

⁴ Pesquisa realizada com idosos no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, entre 1996 e 2009, em Ribeirão Preto, 86% deles são aposentados e usam respectivamente o crack, a cocaína e a maconha. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/dependencia-quimica-na-terceira-idade/> Acesso em 02 fev., 2014.

problema por viver em situação de rua. Dos casos que acompanhamos mais de perto provenientes da comunidade aqui em foco, pudemos destacar dois grupos de usuários: - os de início precoce, identificados como os que relatam dependência química desde a juventude ou até mesmo desde a infância; - e os de início tardio, que, em geral, incluem aqueles que alegam ter iniciado o uso de drogas ilícitas, ou não, na velhice, por vezes logo após a aposentadoria, agravada pela viuvez e a falta de respaldo familiar ou social.

Pesquisadores⁵ analisaram algumas variáveis que vêm sendo associadas a fatores de risco à dependência química, como: pobreza, exclusão social, baixo nível de escolaridade, aposentadoria, violência física e psicológica, rupturas familiares, morte de entes queridos ou outras perdas significativas, sentimento de abandono, dificuldades nos relacionamentos sociais e afetivos, debilidades físicas e psicológicas, doenças, abuso de medicamentos, atitudes preconceituosas e discriminatórias. Destaque-se que a aposentadoria é descrita como um fator de risco, por ser um período no qual o idoso vivencia mais intensamente a perda de papéis sociais, o isolamento social, as restrições financeiras, a perda de amigos e parentes, a saúde em declínio. O trabalho, de fato, ocupa um importante espaço na vida humana. Assim, ao se aposentar, grande número de pessoas perde seu ponto de referência no mundo; não será mais o fulano da empresa X. As consequências, muitas vezes, tornam-se desastrosas: depressão, doenças físicas e emocionais (Chrisostomo & Macedo, 2011), para não dizer a drogadicção.

No Brasil, estudos sobre a abrangência da problemática⁶ indicam que, dos 21 milhões de idosos (IBGE, 2010), “20% tem envolvimento com o uso de substâncias entorpecentes” e “que em 2020 teremos duas vezes mais o número atual de idosos com comportamento abusivo de consumo de drogas”.⁷ (Zanotti (2013). Conforme a pesquisa realizada com idosos (em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, entre 1996 e 2009), em uma cidade no interior do Estado de São Paulo, dentre os participantes, 86% relatou ser aposentado e usar, respectivamente, o álcool, o *crack*, a cocaína e a maconha sendo que, do total, 8,2% afirmou que o uso de bebida alcoólica faz parte de sua rotina diária. Hábito que vai se intensificando e tornando um problema

⁵ In: “Fatores de Risco e Proteção para Dependência Química em Idosos: desafios para a Psicologia da Saúde”. Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: <http://psicologado.com/atuacao/psicologia-da-saude/fatores-de-risco-e-protecao-para-dependencia-quimica-em-idosos-desafios-para-a-psicologia-da-saude>.

⁶ In: “Álcool e crack são as drogas mais utilizadas por pessoas acima dos 60 anos, indica estudo”. Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: http://www2.uol.com.br/vyaestelar/dependencia_quimica_terceira_idade.htm.

⁷ In: “Fatores de risco e proteção para dependência química em idosos: desafios para a psicologia da saúde”. Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: <http://www.webartigos.com/artigos/fatores-de-risco-e-protecao-para-dependencia-quimica-em-idosos-desafios-para-a-psicologia-da-saude/98719/>.

de saúde pública, com implicações diretas na qualidade de vida do indivíduo, família e sociedade⁸

Outra pesquisa do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, da cidade de São Paulo, identificou que 9,1% dos idosos da capital são “*bebedores pesados*”, o equivalente a 88 mil idosos.

Diante de tais números, é que a questão do etilismo crônico em idosos vem preocupando pesquisadores, além dos profissionais das unidades de saúde, a respeito dos modos de um procedimento mais eficiente pra resultados mais eficazes nestes casos. Verificou-se que, atualmente, o atendimento em uma unidade de saúde é multiprofissional, envolvendo atendentes administrativos e demais profissionais (assistente social, enfermeiro, médico plantonista, cirurgiões de diversas especialidades). Ao chegar a esse serviço de atendimento à população, o usuário é acolhido primeiramente pelo serviço de registro (sendo feita a abertura da ficha de atendimento), depois, a classificação de risco com o profissional de enfermagem, que identifica a demanda e a prioridade quanto ao atendimento médico. Com vistas às demandas sociais, os usuários são encaminhados para o Serviço Social, algumas vezes para localização de familiares, outras vezes para notificação de Acidente de Trabalho se for o caso, via sistemas de informação de agravos de notificação (SINAN); a partir daí, orientações para outros serviços específicos a cada caso.

A maior demanda existente para o Serviço Social provém, contudo, de pessoas em situação de rua. Em um primeiro momento, se possível, busca-se identificá-los: por nome, endereço, referência familiar, telefone para contato, demanda e histórico (por exemplo: o que levou a pessoa àquela situação ou serviço). Em grande parte dos casos, esse fluxo de informações não é obtido de imediato, por alguns usuários chegarem, ao serviço, confusos ou desacordados. Apenas após a melhora de seu quadro clínico, realiza-se a identificação; em seguida, acompanha-se sua evolução clínica e, com a alta médica, essa pessoa é encaminhada para o Serviço de Acolhimento, conforme o perfil demandado. Em alguns casos tenta-se localizar a família ou qualquer vínculo afetivo ao acolhido, tentando-se sensibilizar algum parente para que ele possa retornar ao convívio familiar, embora raramente seja esta uma operação bem-sucedida. Grande parcela da

⁸ Resultados de pesquisa recuperados em 02 dezembro, 2013, de: <http://www.cuidardeidosos.com.br/dependencia-quimica-na-terceira-idade/>

população em situação de rua encontra-se há anos longe da família, e insistindo em permanecer dessa forma, recusando-se, muitas vezes, até a fornecer dados para tal localização.

Em 2003, a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), por meio da Secretaria de Assistência Social (SAS), realizou uma análise dos dados do Censo da cidade de São Paulo referente aos moradores em situação de rua. Esses dados evidenciaram que, dos 10.394 moradores de rua, 6.186 situavam-se em região próxima à família e 4.208 em albergues e centros de acolhimento da mesma cidade (Fernandes, Raizer & Brêtas, 2007). Verificou-se, então, que a Coordenadoria de Proteção Especial dispõe de uma rede de atendimento socioassistencial voltado à população adulta em situação de rua, o que inclui Centros de Acolhimento especializados, inclusive voltado ao público idoso, cujas premissas parecem vir ao encontro com as ideias a seguir:

O processo de envelhecimento inclui a fase da velhice, mas não se esgota nela. As qualidades de vida e de envelhecimento relacionam-se com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido. Assim, a velhice passa a ser não apenas um fenômeno biológico, mas, sobretudo, a confluência de fatores socialmente construídos, que conferem *status* diferenciado às pessoas que envelhecem. Tal colocação é de fundamental importância no processo de trabalho com o idoso de rua (Fernandes, Raizer & Brêtas, 2007, p.2).

Quando falamos de acolhimento institucional, ou seja, encaminhar o idoso para um Centro de Acolhida, significa oferecer-lhe, de pronto, banho, alimentação e uma cama para dormir. Em geral, entre os indivíduos em situação de rua, o idoso é o mais receptivo quando lhe é ofertado o serviço de acolhimento. Mas sua aceitação nem sempre garante sua proteção contínua ou sucesso em um posterior encaminhamento, tendo em vista que alguns idosos ainda apresentam boas condições de saúde e preferem ficar na rua, nos logradouros públicos, onde não existem regras a serem seguidas.

A justificativa principal dos que recusam o encaminhamento para o Centro de Acolhida deve-se às violências vivenciadas ou presenciadas nesses espaços. Relatam os acolhidos que outras pessoas, em situação similar à sua, subtraem seus pertences, além da ocorrência de brigas constantes e da dificuldade de convívio, no mesmo espaço, com tantas pessoas desconhecidas. No entanto, quando se investigam os motivos da recusa,

encontram-se alguns casos de acolhidos que foram desligados do serviço, por não cumprirem regras e orientações institucionais.

Vale relatar, aqui, o caso de uma adolescente de 15 anos, com diagnóstico de DST (Doença Sexualmente Transmissível), que perdeu o contato com os familiares, estava vivendo em situação de rua há quase um ano, e teve um encaminhamento bem-sucedido: depois de submetida a uma avaliação ginecológica, foi-lhe agendado tratamento ambulatorial e, em parceria com o Conselho tutelar da região onde a família da jovem residia, conseguiu-se localizar uma irmã. O reencontro de ambas foi bastante emocionante e, após algum tempo, refeito o contato, soube-se que a adolescente continuava junto à família e em tratamento.

Paralelamente ao atendimento da população em situação de rua, encontra-se o enfrentamento da problemática da dependência química, especialmente do segmento idoso. Os idosos em situação de rua são conduzidos a atendimento de emergência principalmente no inverno, por motivos variados, sendo a hipotermia - quando a temperatura do corpo é inferior a 35°C - a causa mais frequente, geralmente associada à embriaguez. Observa-se que a exposição à friagem impõe aos chamados *idosos etilistas crônicos* a ingestão excessiva de álcool, pelo seu relato de ingestão de bebida alcoólica constante e há muitos anos. Destaque-se, ainda, que (ocasionalmente) pessoas idosas que residem com seus familiares também são atendidas por embriaguez, embora em menor frequência que as de rua.

Os motivos geradores de um rompimento de vínculos entre o idoso e seu núcleo familiar são diversos, geralmente descritos como: atritos ou brigas por herança, problemas financeiros, privações, brigas banais, não aceitação da dependência química, desgastes emocionais, abandono e negligência, maus-tratos dentre outros. Alguns usuários relatam que esse acontecimento ocorreu-lhes ainda na juventude precoce. Quando se busca os prontuários dessas pessoas que expõem seu histórico de vida, percebe-se que há dez, vinte ou trinta anos estão sem contato familiar.

No dia a dia do trabalho, constata-se que o fator que mais leva os idosos a se entregarem à dependência química é a perda da companheira por morte ou término de uma relação. Lembrem, ainda esses idosos que, por se entregarem à bebida, no decorrer do tempo perdem suas casas, seus empregos, a dignidade e passam a viver na rua. Estes históricos evidenciam também a ausência de uma estrutura familiar solidificada e de

equipamentos na própria comunidade, de internação ou tratamento ambulatorial, para respaldar o idoso e seus familiares nesse momento.

O atendimento de emergência visa à eficácia e à resolução imediata dos sinais e sintomas identificados nos usuários e, por vezes, encaminhá-los para os recursos que o sistema de saúde oferece, seja o CAPS AD (Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas), AME Psiquiatria (Ambulatório médico de Especialidades). Quando a situação extrapola o convencional, ou seja, a pessoa reconhece que precisa de uma internação, aciona-se a rede, tencionando-se conseguir uma internação voluntária (quando a pessoa reconhecendo sua dependência química, não apresenta condições de realizar um tratamento ambulatorial).

Mostra-se limitada, e pouco eficaz, a intervenção de um Serviço de Pronto Atendimento de média complexidade, quando o foco é a dependência de *idosos etilistas crônicos*, pois poucos destes se reconhecem nessa situação de necessitar de tratamento⁹; além do que a maioria não admite que a bebida alcoólica seja uma substância química prejudicial à saúde; nesse caso, não se torna possível o acompanhamento da evolução dos agravos a tais usuários. Mas são acompanhados por longos períodos alguns idosos que por não seguirem as orientações e os tratamentos necessários, retornam com quadro recorrente de embriaguez, agravos de problemas de saúde anteriores e recentes, adquiridos entre um e outro atendimento, o que se justifica, pois,

O alcoolismo em pessoas acima de 60 anos amplia em até oito vezes o desenvolvimento de doenças cognitivas como demência e Alzheimer. Além disso, pode trazer outras consequências como o aparecimento de doenças cardíacas (insuficiência, arritmias), gastrointestinais e hepáticas; e também de alguns tipos de câncer, quedas e aumento de pressão arterial.¹⁰

O risco de uma pessoa vir a se tornar um *etilista crônico* pode relacionar-se, também, com o entendimento culturalmente construído a respeito do hábito de beber socialmente, dada ser a ingestão de álcool prática comum e aceitável em sociedade, ora em comemorações, ora em momentos de tristeza. Lembre-se ainda que o uso de alguns tipos de bebida articula-se na mídia ao símbolo de poder e *status*.

⁹ In: Varella, D. Alcoolismo - Causas e Consequências. Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/alcoolismo/alcoolismo/>

¹⁰ In: “Álcool e crack são as drogas mais utilizadas por pessoas acima dos 60 anos, indica estudo”. Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: http://www2.uol.com.br/vyaestelar/dependencia_quimica_terceira_idade.htm.

É decisiva a argumentação com a qual alguns estudos sobre o tema fundamentam a condição crônica da dependência química (perda do controle de uso da substância) como geradora de transtornos na vida psíquica, emocional, espiritual, física de uma pessoa, levando, decorrentemente, à completa deterioração do indivíduo e da família, conforme o fragmento a seguir:

Nessa situação, a maioria das pessoas precisa de tratamento e de ajuda competente e adequada. É uma doença química, pelo fato de que a dependência é provocada por uma reação química no metabolismo do corpo. O álcool, embora a maioria das pessoas o separe das drogas ilegais, é uma droga tão ou mais poderosa em causar dependência em pessoas predispostas, quanto qualquer outra droga, ilegal ou não.¹¹

Nesse sentido, a dependência química compromete, portanto, tanto a existência do usuário quanto daqueles que com ele convivem, repercutindo na vida de forma extremamente negativa, em termos de impacto e efeitos imediatos. Cabe ressaltar que, devido à vulnerabilidade a que um idoso em situação de rua está exposto, quando é transferido para um centro de acolhida é preciso que lhe seja oferecido a um só tempo encaminhamento para os serviços de saúde mental, visando a um especializado tratamento de sua dependência química, procedimento reforçado pelas equipes técnicas dos Albergues.

Em geral, defronta-se com a problemática do idoso com dependência química, quando as próprias famílias buscam no serviço de emergência informações e orientações numa tentativa de socorrer (manter) a relação familiar.

Um relato pode iluminar mais esta situação: foi atendido, há pouco, um senhor de 79 anos aposentado, viúvo, que se apresentara acompanhado pela filha alegando esta que, em razão de ele ter ingerido um excesso de bebida alcoólica, acabara “convulsionando”. A filha buscava, no serviço social, orientação para o caso desse pai que, embora costumeiramente ingerisse bebidas alcoólicas, agora após a perda da esposa, tornara-se contumaz consumidor, alegando não ter mais gosto pela vida, e que a bebedeira não o prejudicaria. Situação essa que foi gerando um grande desconforto familiar, pois o idoso, ao se entregar à bebida alcoólica, afastava-se da família e de sua neta com quem sempre tivera grande vínculo afetivo. Em consequência, a família

¹¹ *In*: “O que é Dependência Química?”. Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: <http://www.clinicamaia.com.br/o-que-e-dependencia-quimica.php>.

passou a retirar a menina da residência comum ao avô, para não presenciar o estado a que este se reduzia, e também para evitar a perda do rendimento escolar dessa menina, conforme fora alertado pela sua professora; a netinha desorientava-se em seus afazeres escolares, angustiada, perguntando pela razão de o avô embriagar-se “daquele jeito”.

Se de um lado, esse idoso não reconhecia sua dependência, de outro, tampouco aceitava ajuda, quando então a família foi encaminhada para o CAPS, no intuito de participar das “reuniões de família co-dependente”. Reuniões em que é oferecida toda a orientação sobre como lidar com situações desse tipo, quando estão se enfatiza a importância de o idoso receber acompanhamento profissional, assim como de a criança ser encaminhada para a unidade de psicologia infantil, evitando que tal situação de convívio familiar prejudicasse seu desenvolvimento psicossocial.

A bebida alcoólica, presente em grande parte dos lares, evidencia seus efeitos mais perversos quando a família se vê às voltas com a dependência química de algum de seus membros, especialmente o idoso, despertando uma sensação geral de impotência. Por não saber lidar com a problemática, tal falta de conhecimento imputa a esse idoso a ideia de ser um indivíduo insensato, não preocupado com as pessoas a seu redor.

Após o insucesso nas tentativas de fazer com que, no caso aqui em foco, o idoso parasse sua ingestão de bebidas alcoólicas, o desgaste da relação familiar chegou a ponto de se perderem o respeito mútuo, a paciência e a confiança, alterando-se o relacionamento e a estrutura daquele lar.

O idoso geralmente visto por muitas famílias como uma pessoa velha necessitada de atenção redobrada, se ainda for dependente químico, implica uma maior demanda de cuidados, o que torna ainda mais complicada a situação e a relação familiar. Passa esse idoso a tornar-se um peso, que faz romper os vínculos familiares e, isolado socialmente e com o aumento do consumo de bebida, pode evadir-se e passar a viver em situação de rua. Como dar conta desses desconcertos?

O que não se pode deixar de registrar é que o segmento idoso ainda permanece desamparado na atualidade, especialmente se pensarmos na compreensão que seria preciso ganhar das particularidades existentes dentro de cada família e das singularidades de cada pessoa idosa.

Idosos e famílias respectivas têm, de fato, suas demandas imediatas atendidas em serviços de emergência; contudo, estes são insuficientes relativamente à oferta de equipamentos de atendimento contínuo e de longo prazo, especializados, portanto.

Considerações finais

A velhice constitui, sem sombra de dúvidas, desafio a toda a sociedade; entretanto, não existe um modo certo ou mais adequado de viver desta ou daquela forma a velhice ou de vivenciá-la de uma forma bem-sucedida; isso depende da visão de mundo de cada indivíduo, de suas escolhas e das circunstâncias de seu percurso de vida e também da visão da sociedade em que ele está inserido.

Desafio permanente especialmente aos profissionais da rede pública é ter de lidar com idosos em situação de rua, suscetíveis que estes ficam ao alcoolismo, à dependência química. É preciso levar em conta que, além da doença física, esses indivíduos muito provavelmente apresentam patologias sociais e psicológicas, adquiridas ao longo da trajetória de vida.

Para o enfrentamento dessa problemática, os profissionais da rede pública precisam, a nosso ver, participar da construção do processo ampliado de atenção à saúde e, para tal, apropriar-se especialmente de uma visão gerontológica.

Nesse sentido, é preciso que o idoso dependente químico tenha acesso a serviços públicos que garantam ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Estes serviços devem atender a demanda de integralidade da população que os procura, muito embora até agora nem sempre sejam seus direitos respeitados.

A nosso ver, a condição particular desses idosos etilistas crônicos implica, de fato, uma mudança de chave em muitos dos procedimentos: de início, é preciso que se desloquem os discursos para além daqueles de uma virada gerontológica, discursos esses voltados agora ao envelhecimento ativo ou a idosos que tenham possibilidades de mudanças em muitos sentidos. Os idosos etílicos crônicos aqui pensados “nada podem”, ou seja, encontram-se submetidos a tal grau de fragilidade que não se sustentam mais em suas próprias possibilidades de mudança; esgotada sua resiliência, esquecidos de si mesmos, se não receberem um imediato olhar mobilizador, simultâneo a ações

realmente transformadoras, seu destino deverá ser justo o do vaticínio de um fatídico *outono*, tal qual explicitado na epígrafe junguiana de início deste estudo.

O comprometimento de profissionais que com eles lidam deve ser com práticas que estejam *pari passu* a um discurso investido de nova força ilocucionária que possa mover, em seus efeitos perlocucionais, as “pedras do meio do caminho”, i.é, que seja consequente no que ele vale (*count as*) e no que ele faz.¹² A nosso ver, tal sintonia de ações (de discurso e prática) cria uma tal atmosfera de boa-vontade, compartilhamento de sentimentos e sociabilidade que poderá dar conta de uma sensibilização e mudança no idoso etilista, abrindo-lhe novas perspectivas de vida, e motivando-o a enfrentar o problema na coletividade. É evidente que a partir da condição de ser bem-assistido em serviços integrados, com recursos terapêuticos e de saúde que compartilhem visão e atuação fundamentadas a partir da compreensão ampliada do ser humano.

Uma mudança de clave em discurso e prática que deve urgir intersetorialmente, explicitando a transformação, a prevenção e o tratamento desse problema maior que é a dependência química presente entre todos os segmentos da população brasileira.

Tais providências exigem, concretamente, uma relação de ajuda (a construção de vínculos e de entendimentos) para que se inclua este usuário na rede pública de atendimento e se faça um desenho da linha de cuidados, do processo (intersectorial) que este usuário (que já está inserido na rede) precisa percorrer, a fim de receber um cuidado integral adequado. Tal cuidado deve ser acompanhado, monitorado, pela própria rede, uma vez que apoiado no conceito ampliado de saúde em todas as políticas, o que evita que um idoso seja mal atendido e morra precocemente – justamente porque não foi devida e integralmente atendido.

Referências

Brêtas, A.C.P., Marcolan, J.F., Rosa, A.S., Fernandes, F.S.L. & Raizer, M.V. (2010). Quem mandou ficar velho e morar na rua? São Paulo (SP): *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44(2), 476-481.

Brêtas, A.C.P. & Pereira, C.M.C. (2011, dez.). A ética do cuidado às pessoas idosas em situação de rua. São Paulo (SP): *Revista Portal de Divulgação*, 17, 16-20. Recuperado em 16 dezembro, 2013, de: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>.

¹² *Mutatis mutandis*, referindo-se à modalidade de discurso citada em Koch, I.G.V., Bentes, A.C. & Cavalcanti, M.M., (2007). Intertextualidade stricto sensu. (cap.1). *Intertextualidade: Diálogos possíveis*, p.17. São Paulo (SP): Cortez.

Concone, M.H.V.B. (2007, dez.). Medo de envelhecer ou de parecer? São Paulo (SP), Brasil: *Revista Kairós Gerontologia*, 10(2), 19-44. ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

Chrisostomo, A.C.R. & Macedo, R. (2011, março). O trabalho segundo a visão de um grupo de aposentados. *Revista Kairós Gerontologia* 14(1), 149-161. ISSN 1516-2567. ISSN_e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6933/5025>.

Fernandes, F.L.S., Raizer, M.V. & Brêtas, A.C.P. (2007, set.-out.). Pobre, Idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Rev. Latinoam Enfermagem*, 15. Recuperado em 01 dezembro, 2013, de: http://www2.uol.com.br/vyaestelar/dependencia_quimica_terceira_idade.htm.

Gusmão, B.da S., Leite, K.L.Y., Monteiro, L., Umeno, M.B., Pessutti, M.S., Santos, Q.S. Batista, S.C. & Falcão, D.V.da S. (2012, dezembro). Idoso em Situação de Rua e Vivência em Centros de Acolhida: Uma Revisão de Literatura. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(Número Especial 13), “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, pp.313-331. ISSN 1516-2567. ISSN_e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/ PUC-SP.

Magalhães, G.P., Gonçalves, G.R., Sawaguchi, G., Taba, S. & Faria, D.L.de. (2012, agosto). Redes da vida: uma leitura junguiana sobre o envelhecimento e a morte. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(n.º especial 12), “Finitude/Morte & Velhice”, pp.133-160. ISSN 1516-2567. ISSN_e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17045/12668>

Maia, F.O.M. (2011). Vulnerabilidade e Envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no município de São Paulo. Estudo SABE. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Palmore, E.B. (1999). *Ageism: Negative and Positive*. (2nd ed.). New York (EUA): Springer Publishing Company.

Prefeitura de São Paulo. (s/d.). Assistência e Desenvolvimento Social. População de rua. Recuperado em 22 novembro, 2013, de: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/populacao_em_situacao_de_rua/index.php?p=3183http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16890/18616.

Rodrigues, A. & Lopes, R.G.da C. (2013, set.). A velhice invadida pela dependência química. São Paulo (SP): *Revista Portal de divulgação*, 36, Ano IV. Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/401/401>.

Silva, A.R., Schmitt, I.A.R., Almeida, R.F. & Oliani, S.M. (2013, fev.). Fatores de risco e proteção para dependência química em Idosos: desafios para a psicologia da saúde. *Psicologado*. Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: <http://artigos.psicologado.com/atuacao/psicologia-da-saude/fatores-de-risco-e-protecao-para-dependencia-quimica-em-idosos-desafios-para-a-psicologia-da-saude#ixzz2foxtfSWE>.

Zanotti, D. (2013, setembro). *Idosos caem no vício do crack*. UNIAD-Unidade de pesquisa de álcool e drogas. Recuperado em 02 dezembro, 2013, de: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/blogs/dependencia-quimica/19386-idosos-caem-no-vicio-do-crack>.

Zimmerman, G.I. (2000). *Velhice – Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre (RS): Artmed.

Recebido em 18/12/2013

Aceito em 28/12/2013

Bernadete de Oliveira – Doutora em Ciências Sociais: Antropologia da Saúde/PUC-SP. Mestra em Gerontologia/PUC-SP. Especialista em Gerontologia, titulada pela SBGG. Fisioterapeuta, com experiência clínica, domiciliar e hospitalar: Unidade de Terapia Intensiva (Fisioterapia Respiratória) e Centro de Reabilitação (Nero-Adulto); Fisiologista do Exercício (Unifesp, 2000).

E-mail: bbell_o@yahoo.com.br

Cibele Gonçalves - Assistente Social pela Faculdade Paulista de Serviço Social (FAPSS-SP), atua na área da saúde e de medida socioeducativa de internação. Pós-graduanda em Psicogerontologia pela Universidade Paulista (UNIP).

E-mail: cbl_mariah@msn.com

Flamínia Manzano Moreira Lodovici – Pesquisadora e Docente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia/FACHS/PUC-SP e Docente do Departamento de Linguística/FAFICLA/PUC-SP. Doutora em Linguística/IEL-Unicamp. Mestra em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem/LAEL-PUC-SP.