



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E
CIDADANIA
LINHA DE PESQUISA: TRABALHO, QUESTÃO SOCIAL E CIDADANIA

MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA
DE SALVADOR-BA

Salvador
2019

MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL

**O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA
DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta

Salvador
2019

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

L435 Leal, Maria Auxiliadora Carteado

O processo de envelhecimento e o uso de substâncias psicoativas em um município da Região Metropolitana de Salvador-Ba / Maria Auxiliadora Carteado Leal . – Salvador, 2019.

86 f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Envelhecimento 2. Substâncias Psicoativas 3. CAPS AD

I. Pitta, Ana Maria Fernandes – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 613.83-053.9(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

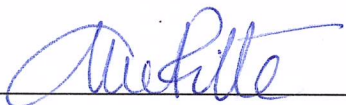
MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL

“O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 30 de abril de 2019.

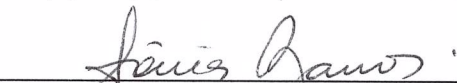
Banca Examinadora:



Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL (orientadora)



Prof.(a) Dr.(a) Kátia Siqueira de Freitas - UCSAL



Prof.(a) Dr.(a) Sônia Barros - EEUSP

Dedico a todas as pessoas que vivenciam a exclusão social por não serem produtivas na sociedade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a oportunidade de fazer esse curso de mestrado.

Aos meus familiares, pelo apoio em todos os momentos dessa caminhada e da minha vida.

A minha querida orientadora, Ana Maria Fernandes Pitta, pelo apoio que me deu nessa caminhada.

Aos professores do Programa de Políticas Sociais e Cidadania, em especial, à professora Kátia Siqueira.

Aos queridos colegas do curso de mestrado, em particular, Gerson e Bruna, pela parceria durante essa caminhada.

A querida, atenciosa e paciente Cris, do Comitê de Ética.

A minha amiga Laureci F. da Silva e família por todo apoio e contribuições no processo deste estudo.

Além disso, agradeço a Elaine Magalhães pelo apoio a minha ida à região metropolitana de Salvador-BA.

Também agradeço à coordenação e a todos profissionais do CAPS AD, localizado na região metropolitana de Salvador-BA, pelo acolhimento e atenção durante a processo de pesquisa, em especial, ao Francisco e aos participantes da pesquisa.

“Que nada nos defina.
Que nada nos sujeite.
Que a liberdade seja nossa própria
substância.”

(BEAUVOIR, 1990)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a repercussão do uso de substâncias psicoativas em pessoas em processo de envelhecimento. Os sujeitos da pesquisa são oriundos da região metropolitana de Salvador-BA. Para realizar esta pesquisa no CAPS AD, optou-se pela pesquisa qualitativa descritiva e exploratória. Para gerar os dados foi utilizado a observação sistemática e entrevistas com roteiro semi-estruturado. E, para analisar os dados gerados durante a realização da pesquisa, foi utilizado a análise de conteúdo. Como resultados, constatou-se que a maioria dos participantes fazem associações negativas ao processo de envelhecimento. Grande parte dos entrevistados são alcóolicos e um pequeno percentual usa ou já fez uso de múltiplas drogas. Verificou-se, também, que alguns sujeitos desta investigação iniciaram o uso de álcool e outras drogas na infância e esse uso abusivo se acentuou na idade adulta, a partir dos 50 anos de idade. Ficou evidenciado que a substância psicoativa mais utilizada pelos participantes desta pesquisa é o álcool. Acredita-se que esse fenômeno se dá por ser uma das drogas lícitas mais acessível. Conclui-se que vários fatores podem contribuir para que o uso abusivo de álcool e outras drogas se acentue no processo de envelhecimento, como o espaçamento dos laços familiares, a perda do poder aquisitivo, preconceito, entre outros. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para melhoria das Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas e para redução do consumo de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Substâncias Psicoativas; CAPS AD.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the repercussion of the use of psychoactive substances in people in the process of aging. The subjects of the research come from the metropolitan region of Salvador-Ba. In order to carry out this research in CAPS, we opted for descriptive and exploratory qualitative research. To generate the data, we used systematic observation and semi-structured interviews. And to analyze the data generated during the research was the content analysis. As a result, it was found that most of the participants made negative associations to the aging process. Most respondents are alcoholic and a small percentage use or have already used multiple drugs. It was also verified that some subjects of this investigation initiated the use of alcohol and other drugs in childhood and this abusive use accentuated itself in the adult age from the 50 years of age. It was evidenced that the psychoactive substance most used by the participants of this research is alcohol. It is believed that this phenomenon happens to be one of the most accessible licit drugs. It is concluded that several factors can contribute what the abuse of alcohol and other drugs, such as the spacing of family ties, loss of purchasing power and prejudice, among others. It is hoped that the results of this study will contribute to the improvement of the Public Policies of Alcohol and other Drugs and to reduce the consumption of psychoactive substances.

Keywords: Aging; Psychoactive Substances; CAPS AD.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmide populacional	22
Figura 2	Número de pessoas com 60 anos ou mais: mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050	24
Figura 3	Evolução da expectativa de vida	25
Figura 4	Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2010	26
Figura 5	Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2020	27
Figura 6	Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2050	27
Figura 7	Brasil: População de 80 anos ou mais de idade por sexo 1980-2050	28
Figura 8	Exemplificação de três grupos de droga	31
Figura 9	Mecanismos relacionando ao consumo de substâncias psicoativas, a problemas de saúde	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Perfil dos sujeitos da pesquisa	54
Quadro 2	Resposta dos participantes	63

LISTA DE SIGLAS

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPAD	Instituto Nacional de Ciências e Tecnologias
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
UNFPA	Fundo de população das Nações Unidas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	18
2.1	Processo de envelhecimento	18
2.1.1	Breve Histórico do Envelhecimento Populacional	23
2.2	Substâncias psicoativas no processo de envelhecimento	28
2.3	Políticas Públicas de Amparo ao Idoso	34
2.4	Políticas Públicas de álcool e outras drogas	39
2.4.1	CAPS e CAPS AD	40
3	PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.1	A abordagem qualitativa	47
3.2	Pesquisa descritiva e exploratória	49
3.2.1	Campo de investigação	50
3.2.2	Sujeitos da pesquisa	51
3.2.3	Geração de dados: técnica, instrumento e análise de conteúdo	51
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
4.1	Limitações físicas	55
4.2	Aceitação e não aceitação do envelhecimento	56
4.3	O uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas	59
4.4	Rede social	60
4.5	Suporte familiar	60
4.6	Apoio social	60
4.7	Rede de suporte	61
4.8	Isolamento familiar e social	63
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE	76
	ANEXO	80

1 INTRODUÇÃO

O notável crescimento da população em processo de envelhecimento é uma realidade vivenciada mundialmente. Esse fenômeno era focalizado, inicialmente, nos países desenvolvidos. Entretanto, nas últimas décadas, na América Latina e Caribe, incluindo o Brasil, o envelhecimento da população vem ocorrendo de maneira mais eminente. Em especial no caso brasileiro, a mudança nos padrões etários da população tem ocorrido de forma acelerada. (TARQUINIO, 2015)

Enquanto a OMS (2005) considera uma conquista os sujeitos viverem mais tempo, Beauvoir (1990, p.16) argumenta que “o mundo fecha os olhos aos velhos, assim como aos delinquentes, as crianças abandonadas, aos aleijados, aos deficientes, todos estigmatizados, nivelados em um mesmo plano”.

Sabe-se que o envelhecimento populacional é uma realidade à qual a sociedade necessita adequar-se. Para tanto, é preciso analisar a trajetória do crescimento da população idosa, considerando que esse fenômeno teve início com a diminuição das taxas de fecundidade durante a Revolução Industrial, fato anterior ao surgimento da pílula anticoncepcional. Além disso, o crescimento da expectativa de vida se deu de forma lenta, em decorrência das melhores condições sociais, de saneamento e implantação do uso de antibióticos e vacinas. Assim, o processo de envelhecimento ocorreu concomitantemente com a ampliação da expectativa de vida da população. (BERQUÓ; CAVENAGUI, 2006)

No Brasil, especificamente, a população, até os anos 1960, possuía uma distribuição etária quase estável e constante (CARVALHO, 2008). A partir da década de 60, as mulheres, influenciadas pelas transformações sociais, mudaram seu comportamento em relação a fecundidade, este passou a integrar os direitos individuais das mesmas em decorrência das transições do mercado de trabalho, níveis educacionais e casamento. Além disso, o avanço da medicina preventiva e projetos para a melhoria da qualidade de vida ajudaram para o aumento da longevidade.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) informa que o número de países, dentre eles o Brasil, que apresentam alterações na composição da faixa etária da população é retratado no aumento da fração populacional de adultos e idosos, ao passo que há um decaimento no número de jovens e crianças.

Outro fato marcante que ocorreu no Brasil foi que, até início dos anos 1980, a população brasileira era predominantemente jovem, segundo dados do IBGE (FELIX, 2007). A partir de 1980, a população idosa brasileira cresceu a passos largos, em decorrência da redução de natalidade e de mortalidade.

O expressivo crescimento da população em processo de envelhecimento acarreta mudanças nas estruturas familiares e sociais. Mendes et al. (2005), aponta que, em uma sociedade capitalista, a velhice é marginalizada, já que, com o envelhecimento, a pessoa diminui a produção de riquezas e, assim, perde o seu valor diante da sociedade. Essa população possui dificuldade na inserção no mercado de trabalho, transformando-se em uma parcela da população suscetível ao estado de pobreza, o que é agravado pelas altas taxas de comorbidade¹ nesta faixa etária populacional.

Além disso, de acordo com o conhecimento empírico, é possível afirmar que as pessoas idosas são tratadas pela sociedade contemporânea como seres menos importantes que os demais cidadãos. E, talvez, esse tratamento possa os levar a busca de uma alternativa que os façam se sentirem valorizados socialmente. Diante desse pressuposto, no qual há exclusão social², pode-se pensar na possibilidade de que essa seja uma das razões que contribui para que o idoso consuma abusivamente substâncias psicoativas (SILVA, 2009).

Esses fatores aparecem refletivos em ações de exclusão do mercado de trabalho, da família, da cultura e da política, bem como num movimento de limitação do exercício do papel social. Isso acarreta numa “anulação” do indivíduo no que diz respeito à singularidade. De acordo com Vianna e Barros (2002), não se pode abordar exclusão social e deixar de fora a inclusão social³, pois ainda que esses conceitos sejam diferentes, eles são considerados indissociáveis.

¹ Comorbidade é a existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa.

² O processo de exclusão social pode designar a situação de todos aqueles que se encontram “fora dos circuitos vivos das trocas sociais”. Nesse sentido, a exclusão social não se restringe apenas à desintegração do mercado de trabalho, mas, também, refere-se a uma ruptura nos laços sociais e familiares. Esse tipo de dissociação foi denominado por Castel (1997 apud LEÃO; BARROS, 2011, p. 138) como “desfiliação”.

³ A sociedade deve acolher e incluir as pessoas com transtornos mentais. Esta não é uma tarefa apenas para os familiares e serviços de saúde mental, a comunidade, como um todo, precisa ter uma atitude de inclusão ativa. Isto significa que é preciso transformar a maneira de ver as pessoas com transtornos mentais como os “outros”, segundo Salles e Barros (2013, p. 2130).

Em face do contexto descrito anteriormente, surge o desejo de investigar os fatores que contribuem para que as pessoas em processo de envelhecimento façam uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse fenômeno é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, pelo fato deste se tratar de uma doença de grande impacto social, considerando que esses sujeitos se encontram, na maior parte das vezes, em um momento do ciclo da vida no qual estão mais expostos a vulnerabilidade física e psicossocial (BRASIL, 2014).

Outro aspecto que despertou o interesse da autora em realizar este estudo foi o desenvolvimento de atividades de extensão como professora da Universidade Católica de Salvador (UCSAL) em comunidades da classe de baixo poder aquisitivo e foi verificado o alto índice de pessoas em processo de envelhecimento dependentes de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Estes indivíduos falavam dos vários fatores que levaram ao consumo excessivo de álcool e outras drogas e repercussão disso em suas vidas.

De acordo com os relatos, a maioria das pessoas dependentes de substâncias psicoativas são abandonados pela família ou se excluem desse convívio e se refugiam no consumo excessivo de drogas⁴, na tentativa de superar o abandono familiar e a decepção de ser excluído desse ambiente que deveria os acolher.

O que torna a realização desta pesquisa importante é a dupla exclusão dos usuários. Um dos tipos de exclusão é o fato de que muitas pessoas os consideram incapazes de desenvolver suas atividades e outra razão é a sua condição de dependente de substâncias psicoativas.

Os fatores a seguir também incitam a realização desta investigação: o interesse de averiguar se as pessoas em processo de envelhecimento se tornam dependentes de substâncias psicoativas; a importância em identificar o que os leva a utilização excessiva das de álcool e outras drogas; e a disposição em descobrir se esses sujeitos se reconhecem como dependentes químicos.

Sabe-se que o uso de drogas psicoativas pode prejudicar o convívio social, abalando, assim, as estruturas familiares. Além disso, atingem pessoas com diferentes graus de escolaridade, independente de sexo, idade e poder aquisitivo. (NIMTZ et al., 2014)

⁴ Drogas lícitas e ilícitas.

Um dado que é importante e deve ser acrescentado é o fato de que as pessoas em processo de envelhecimento, muitas vezes, não entendem que o uso de elementos químicos que agem como droga, principalmente as de natureza lícitas, podem acarretar graves consequências à sua saúde e a sua interação no meio sócio familiar (COSTA et al., 2004), como é o caso do consumo de drogas medicamentosas, entre elas o benzodiazepínicos⁵.

De acordo com o Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), no último levantamento brasileiro sobre o uso de drogas, verificou-se grande prevalência de dependência química entre os indivíduos com 50 anos de idade ou mais (INPAD, 2014).

Cabe destacar que a literatura acerca desse tema é limitada, especialmente, no que tange ao uso abusivo de substâncias psicoativas por pessoas em processo de envelhecimento. Diante disso, esse fenômeno é reconhecido como uma epidemia invisível, haja vista que os indicadores são dissimulados e inadequadamente reconhecidos.

Várias são as razões que explicam essa escassez de dados, tanto por parte dos sujeitos que estão envelhecendo, quanto pelos profissionais da saúde. No que diz respeito às pessoas que estão nessa fase da vida, elas não têm o hábito de relatar o seu uso abusivo de drogas, devido ao receio de se expor e ao medo do pré-julgamento quanto ao modo de viver. (CRUZ et al., 2017)

Outros aspectos que serão considerados neste estudo é a relação entre o envelhecimento e a questão de gênero, pois a população em processo de envelhecimento é formada por um percentual de 55% (cinquenta e cinco por cento) de mulheres. Além disso, a proporção de mulheres na zona urbana é mais expressiva que a da zona rural, onde a predominância é de homens. Nesse cenário, o resultado dessas ocorrências é o isolamento e abandono dessas pessoas (KUCHEMANN, 2012). Também será levada em conta a questão a faixa etária, os níveis de restrição, classe social e trajetória de vida.

Diante do que foi exposto, faz-se necessário buscar resposta para a seguinte questão: de que maneira o uso de substâncias psicoativas no processo de envelhecimento reverbera nas relações das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas?

⁵ Os benzodiazepínicos são agentes sedativo-hipnóticos, que apresentam ainda efeitos de graus variados: ansiolítico, amnésico, anticonvulsivo e relaxante muscular.

Sendo assim, o objetivo geral deste estudo foi: descrever a repercussão do uso de substâncias psicoativas em pessoas no processo de envelhecimento.

Com os objetivos específicos pretende-se:

- Descrever o contexto do serviço onde é realizado o tratamento dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas em processo de envelhecimento;
- Verificar o entendimento dos sujeitos desta pesquisa quanto o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

“Viver é envelhecer, nada mais”.

(BEAUVOIR, 1990)

2.1 Processo de Envelhecimento

A delimitação de envelhecimento pondera diferentes aspectos do desenvolvimento humano, considerando os campos biológico, social, psicológico e cultural. Ele é um episódio do processo da existência humana, assim como a infância, a adolescência, a juventude e a maturidade, marcado por mudanças biopsicossociais específicas, ligadas à passagem do tempo, ocorrendo de uma forma singular em cada indivíduo, considerado desde a genética ao estilo de vida.

O entendimento do processo de envelhecimento humano requer mais que a compreensão linguística da expressão, como uma mudança ou apenas uma passagem de uma etapa da vida para outra. O envelhecimento pode variar de pessoa para pessoa, sendo gradativo para alguns e mais acelerado para outros (CAETANO, 2006). Assim, envelhecer deve ser concebido como um processo que ocorre naturalmente como os indivíduos, ao longo de suas vidas, e não um fenômeno que se dá rápido e isoladamente.

Brito e Litvoc (2004) explicam que o envelhecimento é um fenômeno que abarca todos os seres humanos, configurando-se como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, conectado a fatores biológicos, psíquicos e sociais. Nessa linha, Rosenberg (1992) ressalta que a velhice é a época em que os afazeres básicos em relação à família e à esfera profissional já foram, de uma certa forma, cumpridos e o indivíduo se sente mais livre para concretizar seus anseios.

Na de ótica Sequeira (2010), o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo do ciclo vital e seu conceito não deve ser associado apenas a idade cronológica. Desse modo, associar o envelhecimento aos acontecimentos que ocorrem ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo é fundamental.

Esse autor explica, ainda, que, biologicamente, o processo de envelhecimento se sucede em um aglomerado de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais, que ocasionam, paulatinamente, a perda da capacidade de funcionamento dos órgãos e sistemas. Isso culminaria na gradativa mudança em relação à habilidade de adaptação do corpo, acentuando o risco de ampliação das morbidades e probabilidade de morte (SEQUEIRA, 2010). Isto é, durante a senescência, o corpo sofre uma declinação na capacidade de se adaptar ao ambiente e de sobreviver, porém, essa debilitação não caracteriza uma total incapacidade da pessoa.

Além desse envelhecimento biológico, há o processo de envelhecer psicológico que ocorre em decorrência de um reflexo psicológico das modificações corporais, o que aparece em mudanças na forma de agir, com a perda de memória e a dificuldade em raciocinar.

Considerando essa ideia, pode-se alegar que, a nível social, o envelhecimento se destaca nas alterações dos papéis que os idosos desempenham no âmbito familiar, laboral e ocupacional, que acarretam uma diminuição na participação social (SEQUEIRA, 2010).

Dentro deste contexto, o envelhecimento pode ser considerado como os efeitos que a idade causa no organismo de um indivíduo, desde o nascimento, juntamente como todas as consequências que ocorrem com o mesmo, sejam elas biológicas e/ou psicossociais, caracterizando-se como um processo que se desdobra ao longo de toda vida.

Segundo o entendimento de Brito e Litvoc (2004), a sociedade vincula a velhice à doença, sendo que essa “doença” é uma fuga da normalidade e, desta forma, surge a necessidade do ser humano de evitar o envelhecimento e rejeitar aquele que já se encontra na velhice.

Nessa ótica, Featherstone (1998) entende que a estigmatização da velhice leva a crer que as pessoas nessa etapa da vida perdem o direito de serem vistas como indivíduos valorizados. Logo, os idosos são colocados à margem da sociedade, pois “além de ser um destino do indivíduo, a velhice é uma categoria social” (BOSI, 1994, p.77).

Assim, a sociedade coloca que os mais jovens devem respeitar os idosos, mas restringe a convivência dos mesmos com o ambiente social, além de delimitar a capacidade de decisão deste, criando a ideia de inutilidade das pessoas que estão vivenciando esta etapa da vida.

Isto posto, junto aos progressos sociais, econômicos, biomédicos, tecnológicos e melhoria da qualidade de vida da população, a ampliação da longevidade e em decorrência o envelhecimento populacional, há sinalização de um possível desenvolvimento social e científico, que deveria indicar um fenômeno positivo para os indivíduos e para sociedade (POCINHO, 2014).

Devido a esse entendimento é que surge a necessidade para o ser humano de evitar o envelhecimento e rejeitar aquele que já se encontra na velhice. (MASCARO, 1997)

Neri e Freire (2000, p. 8) declaram que é “na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência”. Essa ideia que reflete sobre a velhice a imagem de decadência física e ausência de papéis sociais surgiu no século XIX, em decorrência do aumento, na sociedade, do número de idosos que não eram mais considerados mão-de-obra utilizável.

Nesse sentido, pode-se entender a velhice como resultado de uma construção social e temporal concebida com base nos princípios e valores sociais em que está inserida. Para garantir esse entendimento, na sociedade atual, há estudos que mostram a associação do envelhecimento a aspectos negativos, refletindo no idoso uma imagem decadente de dependência constante. (FERREIRA et al., 2010)

Em decorrência desta dependência social atrelada aos idosos, como já foi dito, a sociedade exige que os mais jovens respeitem os idosos, porém impõe uma restrição à convivência dos mesmos em diversas situações social, além de criar um limite para a capacidade de decisão deste, atribuindo um caráter de inutilidade para as pessoas que estão nesta etapa da vida. Em consequência deste cenário, os idosos buscam uma forma de minimizar a segregação sofrida e, muitas vezes, recorrem ao consumo abusivo de substâncias psicoativas buscando um meio de atingir tal finalidade. (RIBEIRO et al., 2017)

Para ampliar a discussão sobre as teorias de envelhecimento e o cotidiano do idoso, faz-se necessário apresentar a concepção de envelhecimento e velhice. O envelhecimento é um processo inerente à condição humana, ele ocorre desde o momento que o ser humano nasce. Já a velhice é o estado que o indivíduo passou pelo processo de envelhecer (MESSY, 1999).

Assim, é preciso ter em mente que velhice e o envelhecimento são tratados como acontecimentos distintos, conforme defende Messy (1999, p. 23):

se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção a morte. No discurso atual, a palavra envelhecimento é quase sempre usada num sentido restritivo e em lugar da velhice. A sinonímia dessas palavras denuncia a denegação de um processo irreversível que diz respeito a todos nós, do recém-nascido ao ancião”.

Portanto, o envelhecimento é o processo que todo ser humano passa, ao longo da vida, e a velhice é o estágio final desta. Seguindo este pensamento, vale sublinhar a diferença entre velhice e envelhecimento, como nos explica Costa (1998, p. 26):

envelhecimento: processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...] é o processo constante de transformação. Velhice: é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer.

No ponto de vista de Salgado (2007, p 68), o envelhecimento é “um processo multidimensional”, na medida em que é executado pela razão biológica e possui um caráter processual e universal. Nesse sentido, os demais aspectos se constituem individual e socialmente, de acordo com as visões e oportunidades que cada sociedade atribui aos seus idosos.

Não se pode negar que o ato de envelhecer ocorre alheio às vontades de cada pessoa, porém, a forma como se envelhece está diretamente relacionada ao modo como cada indivíduo vive sua trajetória de vida. (Id., 2007)

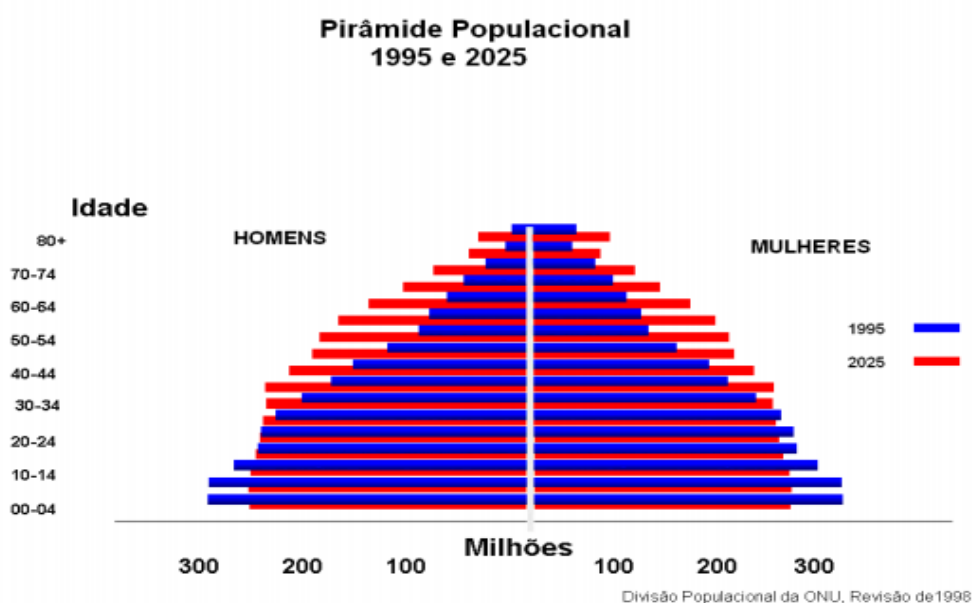
Neste ponto, é primordial compreender que, de acordo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1989), o segmento populacional de idosos se inicia após os 60 anos e, desta forma, o idoso é aquele ser que tem ‘muita’ idade. O que, para Camarano (1999), a noção ‘muita’ acaba se configurando como um juízo de valor atribuído a esta faixa etária.

Vale ressaltar que esta limitação de grupos populacionais baseado no critério etário é necessária para a formulação de políticas públicas, pois, através delas é possível determinar beneficiários e requerer recursos (CAMARANO, 1999). Haja visto que se calcula que, em 2025, no mundo, existirá cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos; em 2050, esse número poderá ser de 2 bilhões (OMS, 2005). O Censo de 2010 mostra que o Brasil não foge a este panorama, já que, até aquele ano,

a população brasileira era de 190.755.799 (cento e noventa milhões, setecentos e cinquenta e cinco mil, setecentos e noventa e nove) habitantes, número do qual 20.590.599 (vinte milhões, quinhentos e noventa mil, quinhentos e noventa e nove), cerca de 10%, possuía 60 anos ou mais.

Assim, o envelhecimento populacional é o episódio global que está se desenvolvendo de forma rápida e diferenciada entre os países, ocasionando em grandes desafios para as políticas públicas na busca pela garantia de uma continuidade do processo de desenvolvimento econômico e social, assegurando a equidade para as diferentes faixas etárias e partilha de recursos, direitos e responsabilidades sociais. (CAMARANO, 1999)

Figura 1 - Pirâmide populacional – 1995 e 2025



A figura acima traz a estimativa do crescimento populacional mundial entre os anos de 1995 e 2025, na qual é possível se notar um estrangulamento da base da pirâmide e o alargamento do topo, isto é, a diminuição da população jovem e o crescimento da população idosa, demonstrando o envelhecimento populacional.

Apesar disso, os indivíduos pertencentes à velhice são tratados pela sociedade contemporânea como seres menos importantes que os demais cidadãos, o que os leva a buscar uma alternativa a essa falta de inserção social, procura essa que, por muitas vezes, recai no uso de substâncias psicoativa.

2.1.1 Breve Histórico do Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional é uma predisposição do século XXI, já que, em volta do mundo, a cada segundo, duas pessoas completam sessenta anos, ou seja, cerca de 58 milhões de idosos, a cada ano. Atualmente, uma em cada nove pessoas possui sessenta anos ou mais de idade, assim, estima-se que, em 2050, esse parâmetro seja de uma para cada cinco pessoas. Diante desses dados, percebe-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno crescente que tem necessidade de total atenção da sociedade. (UNFPA, 2012)

Os idosos estão vivendo mais e essa longevidade resulta em um acúmulo de comorbidades e, diante desta perspectiva, a OMS (2005) aponta que o envelhecimento populacional é uma das maiores conquistas da humanidade e um dos enormes desafios a ser encarado pela sociedade.

O fenômeno do envelhecimento populacional ocorre em todas as regiões do mundo, sendo que, nos países em desenvolvimento, ele tem progredido aceleradamente. Segundo o Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA (2012), entre os 15 (quinze) países que possuem mais de 10 milhões de idosos, 7 (sete) são países em desenvolvimento.

Deste modo, o UNFPA (2012) indica que, na atualidade, a expectativa de vida se situa acima dos 80 (oitenta) anos em 33 países, sendo que, há 5 anos, essa realidade era a de apenas 19 países. Assim, um maior exemplo de envelhecimento da população atual é o Japão, que possui 30% (trinta por cento) da sua população com pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais. As estimativas são de que 64 países alcancem o mesmo patamar do Japão, em 2050.

Já o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) expõe que o número de países, dentre eles o Brasil, que apresenta alterações na composição da faixa etária da população é retratado no aumento da fração populacional de adultos e idosos, em decaimento do número de jovens e crianças.

No Brasil, especificamente, a população, até os anos 1960, possuía uma distribuição etária quase estável e constante (CARVALHO, 2008). A partir dessa década, as mulheres, influenciadas pelas transformações sociais, mudaram seu comportamento em relação a fecundidade. De modo que este passou a integrar os direitos individuais das mesmas, em decorrência das transições do mercado de trabalho, níveis educacionais e casamento. Além disso, o avanço da medicina

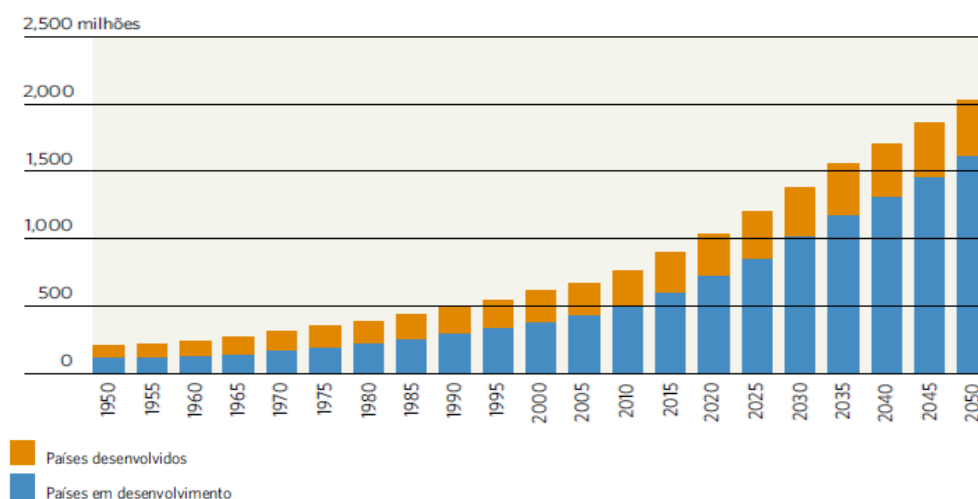
preventiva e projetos para a melhoria da qualidade de vida ajudaram para o aumento da longevidade.

À vista disso, o IBGE (2000) apresentou o perfil de idosos, sendo que, em 1950, o mundo tinha cerca de 204 milhões de idosos e, em 1998, este número era de 579 milhões, um crescimento próximo a oito milhões de pessoas idosas por ano. Nesse passo, as projeções apontam que, em 2050, a população idosa terá as mesmas dimensões da população infantil (0 a 14 anos de idade).

Em grande parcela do mundo, é uma realidade progressiva, nas últimas décadas. Quanto a isso, Celade (2012, p. 11) alega que “as mudanças nas condições de vida da população e os avanços da medicina no combate a enfermidades reduziram a mortalidade precoce e promoveram um aumento dos anos de vida”.

Nesse sentido, a Figura 2 reflete esse processo, desde 1950, quando os países passaram a se desenvolver mais rapidamente e o envelhecimento populacional se alavancou, elucidando a relação direta entre o desenvolvimento dos países e o crescimento do envelhecimento populacional.

Figura 2 - Número de pessoas com 60 anos ou mais: mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050



Fonte: DESA: Envelhecimento da População Mundial, 2011.

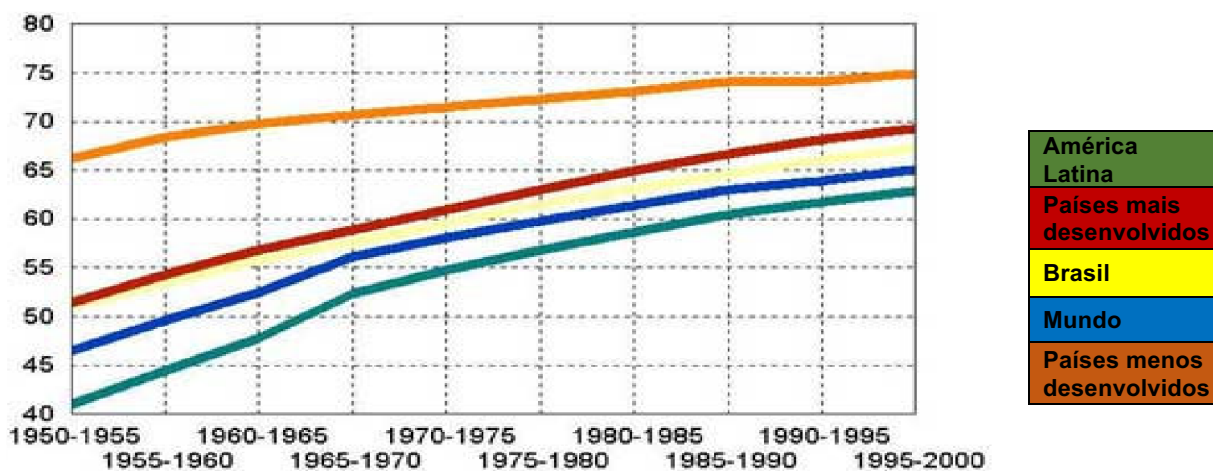
Neste contexto, o cenário de uma população em envelhecimento expõe desafios econômicos, socioculturais, para as famílias, sociedade e indivíduos, sobre como tratar o crescimento do número de idosos na comunidade e como se adaptar aos mesmos e às suas necessidades.

Diante do exposto, faz-se necessário ressaltar que o número de pessoas na velhice vem ascendendo consideravelmente e se tornando um desafio mundial. Quanto a isso,

[...] chefe do programa de envelhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), o brasileiro Alexandre Kalache alerta que está em curso uma enorme mudança de paradigmas, provocada pelo aumento da longevidade, acompanhado de uma redução das taxas de fecundidade. “Até o início dos anos 2000, esse quadro ainda não estava tão claro”, lembra ele, apontando que o fenômeno é recente e vai exigir uma mudança profunda nos costumes. (FARIELO; VIEIRA, 2007, p.3)

Desta forma, fica claro que a crescente fatia populacional idosa é recente, marcando um crescimento exponencial dos anos 1980 até a atualidade. Nas últimas décadas, a longevidade vem mudando de forma colossal, conforme se pode observar a figura 3, abaixo:

Figura 3 - Evolução da Expectativa de Vida



Fonte: ONU, 2006.

Nesse contexto, o crescimento mundial da população idosa pode ser correlacionado com fatores, como: a industrialização; a urbanização; os avanços tecnológicos e médicos; além do saneamento básico e mudanças de hábitos da população, que acarretam uma redução do número de doenças. Junto a estes elementos e outras particularidades, ocorreu uma queda dos níveis de fecundidade e aumento da expectativa de vida da população mundial.

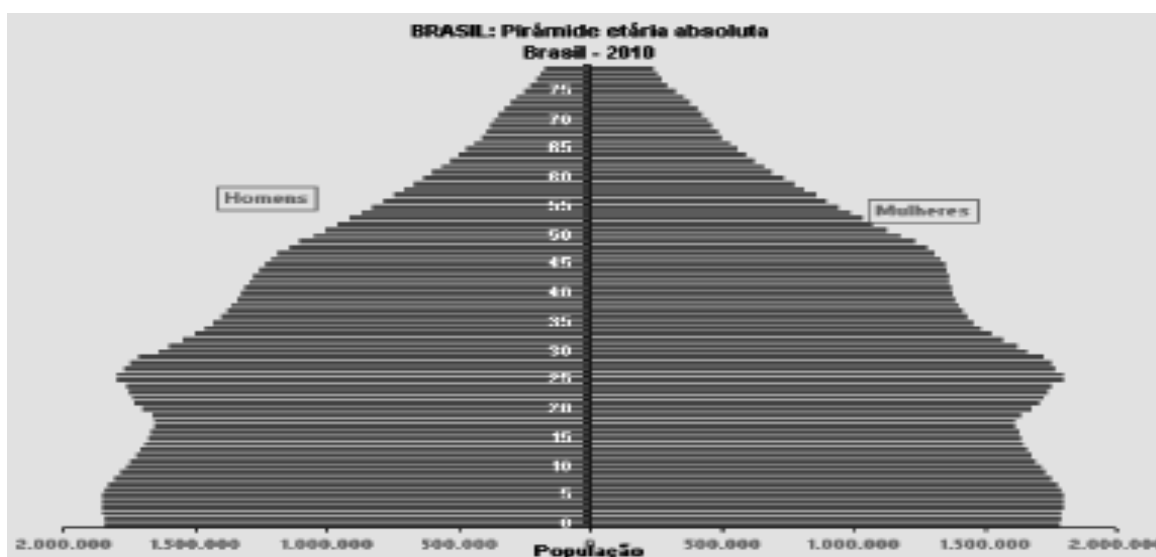
Diante dessa perspectiva, faz-se necessário refletir sobre a situação da velhice no mundo contemporâneo. Para corroborar com essa ideia, trazemos o pensamento de Beauvoir (1990, p. 8), segundo o qual,

[...] com relação às pessoas idosas, essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa. Abrigada por trás dos mitos da expansão e da abundância, trata os velhos como párias. Na França, onde a proporção de velhos é a mais elevada do mundo – 12% da população têm mais de 65 anos – eles são condenados à miséria, a solidão, às deficiências, ao desespero. Nos Estados Unidos, seu destino não é mais feliz. Para conciliar esta barbárie com a moral humanista que professa, a classe dominante adota a posição cômoda de não considerar os velhos como homens.

No Brasil, especificamente, entre as décadas de 1940 e 1960, houve uma diminuição das taxas de mortalidade, com as taxas de fecundidade se mantendo em níveis altos, o que proporcionou uma população quase estável. Assim, a população, até os anos 1960, possuía uma distribuição etária próxima de uma estabilidade e constância (CARVALHO, 2008).

No processo de crescimento da população idosa no Brasil, na primeira década dos anos 2000, percebe-se que o número de idosos era menor que o número de jovens e que o número de idosos do gênero masculino e feminino era muito próximo da igualdade, conforme pode-se verificar na figura 4, a seguir:

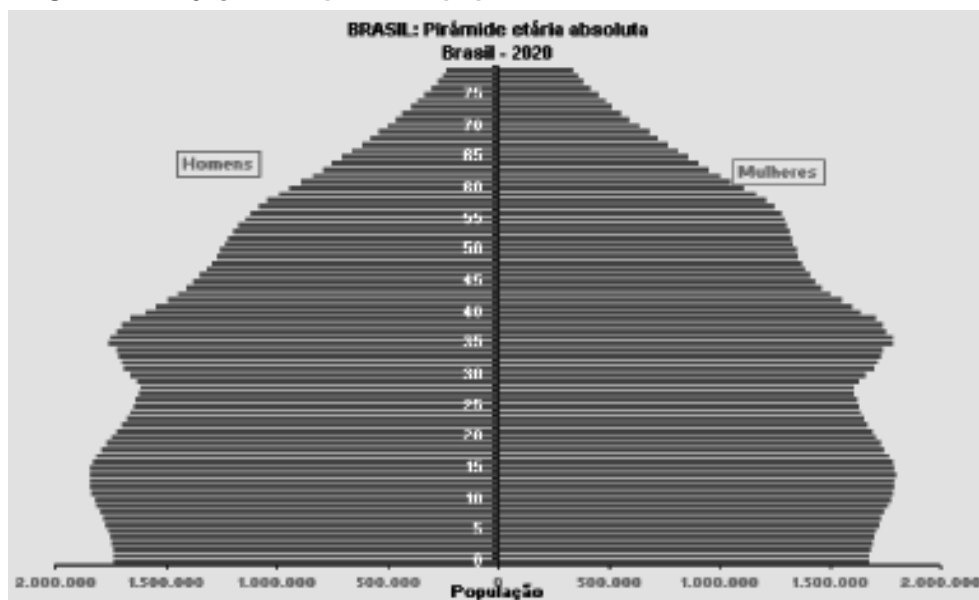
Figura 4 - Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2010



Fonte: IBGE – Projeção da População do Brasil: 1980-2050.

De acordo com a figura 5, ao projetarmos o índice da população idosa para 2020, percebemos o aumento no número de indivíduos com 60 anos de ambos os gêneros.

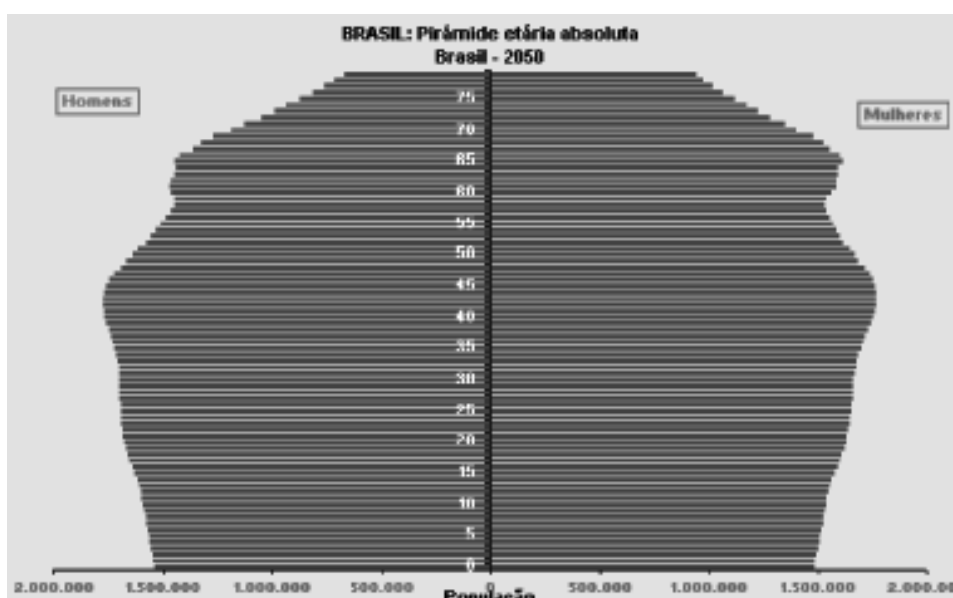
Figura 5 - Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2020



Fonte: IBGE – Projeção da População do Brasil: 1980-2020.

Na figura 6 a seguir, numa projeção para o ano de 2050, podemos verificar o início da inversão da pirâmide populacional, uma vez que o número de idosos cresce em proporções maiores que os níveis de crianças, além da perspectiva de que os números de idosos começa a se sobrepôr ao de jovens.

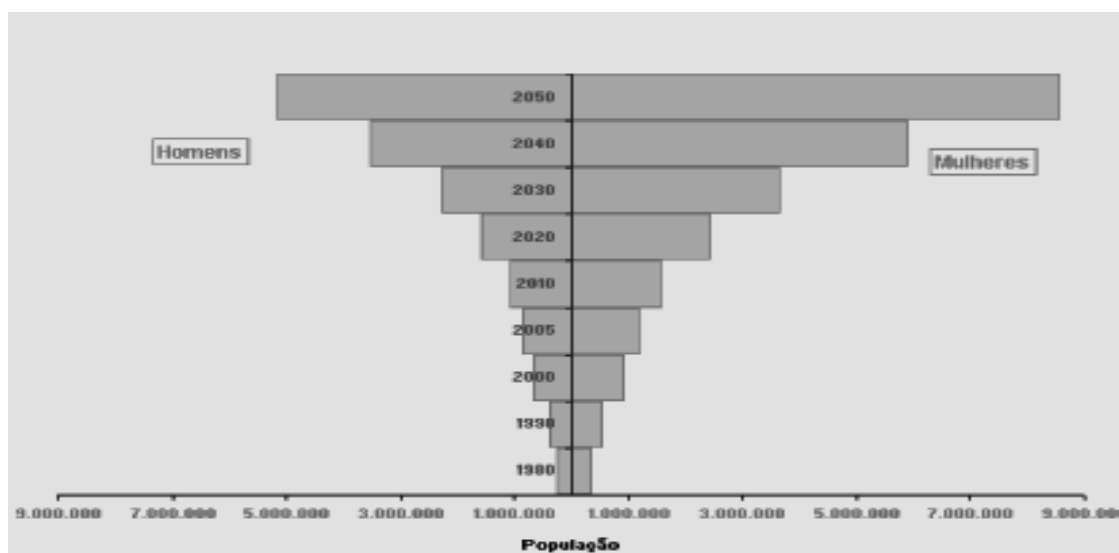
Figura 6 - Projeções da pirâmide populacional brasileira nos anos de 2050



Fonte: IBGE – Projeção da População do Brasil: 1980-2050.

Em um outro recorte, percebe-se que a população idosa será predominante feminina, conforme se pode perceber na figura 7, abaixo:

Figura 7 - Brasil: População de 80 anos ou mais de idade por sexo 1980-2050



Fonte: IBGE – Projeção da População do Brasil: 1980-2050.

2.2 Substâncias psicoativas no processo de envelhecimento

O crescimento da longevidade pode acenar como uma melhora na condição de vida do idoso, porém, acarreta, também, uma maior chance de incapacidades físicas e/ou mentais por períodos mais longos (SIMÕES; DEBERT, 2006). Isto é, ganha-se tempo e se perde qualidade. Alguns aspectos envolvidos neste processo, como fatores biológicos e psicossociais e a junção desses, pode acarretar em um fator de risco para o aparecimento de agravos, como a dependência química.

Neste caso, cabe salientar que delimitar quais as pessoas que se enquadram no termo idoso associadas ao consumo abusivo de substâncias psicoativas é complexo, uma vez que o termo idoso é atrelado à idade cronológica e essa delimita como sendo idosa a pessoa com 60 anos ou mais. Entretanto, ao se tratar de pessoas em processo de envelhecimento que fazem abuso de substâncias psicoativas, o corte da idade cronológica diminui chegando a atingir até os 35 anos, em alguns estudos, e 40 anos, em outros. (EMCDDA, 2010)

Ao empregar a idade de 40 anos como corte para delimitar as pessoas idosas com problemas de dependência química, às vezes, é normal, pois esses indivíduos possuem um longo histórico de consumo de drogas de forma problemática e isso pode acelerar ou ampliar as condições da idade, levando o metabolismo a envelhecer precocemente.

Já os estudos que estabelecem 50 anos como corte para delimitação dos indivíduos dependentes químicos considerados idosos, apontam que as pessoas nessa faixa etária não necessariamente já são idosas, mas são assim enquadrados por apresentarem níveis mais elevados de morbidades médicas em comparação aos mais jovens. (LOFWAL et al., 2005)

Devido ao fato do consumo excessivo de substâncias psicoativas acelerar metabolicamente o processo de envelhecimento, esse uso abusivo é considerado uma questão de Saúde Pública, uma vez que, as mudanças fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento alteram as concentrações de droga e a forma como essas interagem com o metabolismo do idoso de forma negativa, seja na função psicomotora ou na cognitiva. (HULSE, 2002)

Considerando as mudanças fisiológicas que acontecem quando o sujeito envelhece e as alterações das concentrações das drogas e a maneira como isto modifica o seu metabolismo, segundo Hirata (2002), é possível dizer que a dependência química na velhice é ampliada pela fragilidade emocional, perdas sociais e pessoais, isolamento social, aposentadoria, de modo que, a confluência desses fatores favorece tanto ao início quanto ao aumento do consumo de drogas por idosos.

Assim, pode-se afirmar que a vulnerabilidade dos idosos, decorrente do acúmulo de alterações biológicas e psicossociais que os mesmos passam no decorrer do processo do envelhecimento, possibilita uma maior tendência à dependência de substâncias psicoativas.

Cabe salientar que há um grande número de substâncias psicoativas que podem causar a dependência química, mas, contrapondo essa variedade, conforme Pillon et al. (2010) afirma, hoje, os estudos se concentram no uso abusivo de álcool por idosos, mas deixam de fora o número de pessoas que, na velhice, utilizam, de forma abusiva, drogas prescritas. E, pelo que se percebe, esse fenômeno tem crescido.

Para Noia et al. (2012), levando em conta que os indivíduos na faixa etária da velhice consomem uma grande variedade de medicamentos, na busca de uma melhora dos aspectos psicológicos, físicos e comportamentais, o uso indiscriminado

destes pode contribuir para uma piora da saúde mental e, em consequência, ocasionar uma dependência.

Vale ressaltar que, ao se pensar no consumo abusivo de substâncias psicoativas por idosos, não se pode isolar o uso de determinada substância como agravante nos problemas de saúde do indivíduo idoso, por isso se faz necessário compreender o contexto geral: desde fatores como condições financeiras ao próprio entendimento do processo de envelhecimento por parte do idoso, o contexto social, cultural e familiar deste indivíduo, bem como, considerar o objetivo buscado por ele no uso dessa substância.

Assim, para se compreender a relação entre o idoso e consumo de substâncias psicoativas de forma abusiva, é relevante entender o ambiente em que esse idoso se enquadra bem como o funcionamento do cotidiano do mesmo, suas relações sociais, e as propriedades farmacológicas da substância consumida em excesso.

O uso de substâncias psicoativas entre pessoas idosas pode ser tido como uma conjuntura multifatorial de alta complexidade marcada pela invisibilidade, de acordo com o que ressalta Pillon et al. (2010), já que os índices da relação idosos *versus* substâncias psicoativas são subestimados, em decorrência da quantidade de remédios que os mesmos utilizam para aplacar os efeitos das morbidades adjuntas da velhice.

Cabe frisar que, de forma geral, substâncias psicoativas podem ser consideradas como as drogas que provocam alterações nas sensações, no grau de consciência e/ou no estado emocional, intensamente ou não (SILVEIRA; SILVEIRA, 2017). A forma como essas substâncias interagem com o indivíduo varia de acordo com as singularidades de cada pessoa e da substância utilizada, além da quantidade e em que circunstâncias as mesmas foram utilizadas.

A sociedade atual considera apenas substâncias extremamente perigosas, como drogas, comumente, em grande parte, substâncias consideradas ilegais, como é o caso da maconha, cocaína e o crack. Entretanto, muitas substâncias legalizadas podem apresentar o mesmo grau de periculosidade, como o álcool, por exemplo, afirmam Crives e Dimenstein (2003).

À vista disso, seguindo o parâmetro da legalidade, pode-se classificar as drogas em dois grandes grupos: lícitas e ilícitas. São consideradas **drogas lícitas** as que são permitidas por lei, que podem ser compradas praticamente de maneira livre e seu comércio é legal, por exemplo, o álcool, tabaco, analgésicos, entre outros; e **ilícitas**

são as drogas cuja a comercialização é proibida pela justiça. Elas são conhecidas como drogas pesadas e causam forte dependência, como a maconha, crack, heroína, cocaína, etc. (Ibid., 2003)

Sabe-se que, biologicamente, as drogas atuam no cérebro atingindo a atividade mental e por isso são classificadas como substâncias psicoativas. Fundamentalmente, elas são agrupadas em três tipos: 1) drogas depressoras, aquelas que diminuem a atividade mental, sob seu efeito o cérebro atua de forma mais lenta, com uma diminuição da atenção, concentração e capacidade intelectual; já as 2) drogas estimulantes, são as drogas que ampliam a atividade mental, isto é, são as substâncias que afetam o cérebro para que ele funcione de forma acelerada; e, por fim, há as 3) drogas alucinógenas ou psicodislépticas, conhecidas, também, como drogas perturbadoras, que modificam a percepção, segundo Chalout (1971).

Na figura a seguir, é possível constatar alguns exemplos desses três tipos de drogas:

Figura 8 - Exemplificação dos três grupos de drogas

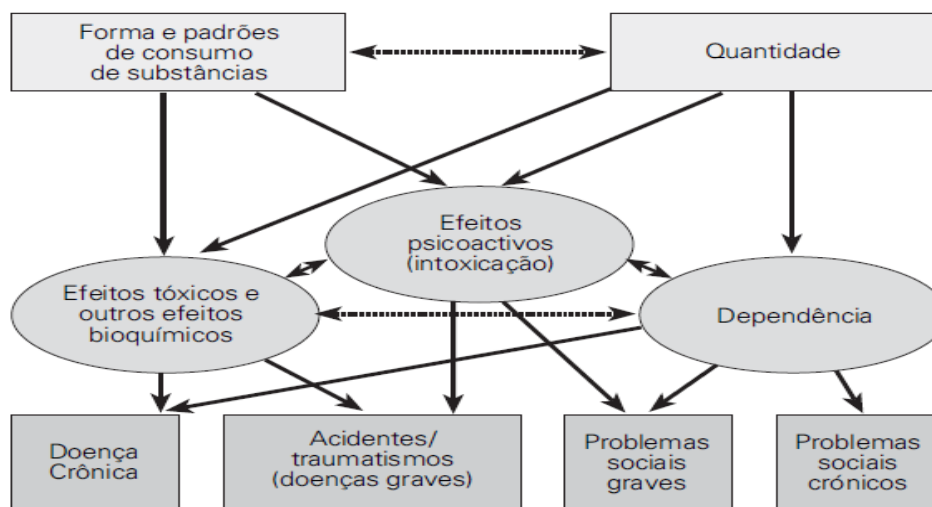
Depressores	Estimulantes	Perturbadores
<ul style="list-style-type: none"> • Álcool • Calmantes ou sedativos (barbitúricos) • Codeína (analgésico) • Inalantes ou solventes • Opiáceos ou narcóticos (morfina, heroína) • Soníferos ou hipnóticos tranquilizantes ansiolíticos (benzodiazepínicos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anfetaminas • Anorexígenos (remédios que reduzem o apetite) • Cafeína • Cocaína (pó, crack e merla) • Nicotina (tabaco) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mescalina • Maconha • Psilocibina (certos cogumelos) • Lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca) • LSD • Êxtase • Anticolinérgicos (artane e bentyl)

Fonte: CORREIO POPULAR, 2016.

Independente de sua categoria, o consumo de substâncias psicoativas cresce de forma exponencial entre os idosos, seja pela espera da obtenção de prazer, para evitar dores ou, mesmo, para consumo social. O uso abusivo dessas drogas implica em um potencial dano a curto ou longo prazo.

Após uma classificação quanto ao tipo de substâncias psicoativas, cabe uma segregação em relação ao uso abusivo de dessas em quatro tipos, conforme podemos observar na figura a seguir:

Figura 9 - Mecanismos relacionando ao consumo de substâncias psicoativas, a problemas de saúde e sociais



FONTE: *No ordinary commodity: alcohol and public policy*. Oxford, 2003.

Logo, o uso abusivo dessas substâncias afeta os processos cerebrais normais, como os sensoriais, emocionais e motivacionais, e a dependência oriunda dessa utilização, segundo Chalout (1971), pode ser percebida de acordo com a apresentação das reações disfuncionais de cada pessoa, a curto e/ou longo prazo.

Vale esclarecer que o uso de droga pela humanidade remete aos tempos em que as substâncias psicoativas eram utilizadas para alívio de dor ou como item para realização de ritos culturais. Desse modo, a utilização delas passou a ganhar outras destinações à medida em que foi se fazendo uso indiscriminado e pela busca de outros resultados, que não aqueles primeiros. (BRASIL, 2013)

Assim, o uso do elemento químico que possui o poder de alterar o estado psíquico das pessoas é conhecido desde o Antigo Egito, época em que a utilização de substâncias, como o ópio e maconha, já era conhecida. Dessa maneira, como é possível notar, os povos antigos empregavam plantas como medicamentos e disto surge o conceito que a palavra “droga” deriva de *droog*, que, em holandês, significa “folha seca”. (FONTES, 2014)

Atualmente, o termo droga tem o uso relacionada a qualquer substância que possibilite modificar o funcionamento do organismo do indivíduo, sejam essas mudanças fisiológicas e/ou comportamentais. Logo, as drogas psicoativas por agirem mais diretamente na mente do ser vivo possui uma forte tendência à dependência.

Diante desse panorama, é possível concordar com a ótica compartilhada por Focchi (2001, p. 165), de acordo com a qual,

a dependência química é uma doença crônica, caracterizada por comportamentos impulsivos e recorrentes de utilização de uma determinada substância para obter a sensação de bem-estar e de prazer, aliviando sensações desconfortáveis como ansiedade, tensões, medos, insegurança, entre outros.

De uma maneira geral, as pessoas condicionam seu comportamento na busca de prazer, seja essa procura com o intuito de obter uma sensação de bem-estar ou apenas a aceitação social. É neste contexto que se enquadram os idosos, uma vez que, em sua grande maioria, estão em uma tentativa de aplacar as consequências do avanço da idade, além de almejem a aceitação social, perdida ao envelhecer.

O número de idosos que possuem problemas relacionados ao uso abusivo de drogas vem crescendo de forma expressiva, impulsionado por fatores como o isolamento social, ministração de grande quantidade de medicamentos e polifarmácia⁶, ressalta Costa (2012).

Além disso, esse autor afirma que as substâncias mais utilizadas por pessoas na velhice são: o álcool, a nicotina, maconha, cocaína, heroína, haxixe e crack, isto é, drogas depressoras e estimulantes, uma vez que o indivíduo “velho” tende a buscar elementos que o ajudem a suportar as alterações advindas do envelhecer e aplacar a sensação de que a sociedade o isolou pela sua diminuição de produtividade. Junta-se a isso, a crescente noção de dependência do outro para atividades cotidianas.

Ao envelhecer, a pessoa pode fazer deste um processo de aprendizado e alcançar a velhice abraçando novas experiências e viver essa nova etapa do ciclo vital de forma tranquila. Porém, há uma parcela dos indivíduos que enxergam as características transitórias da velhice como aspectos que circulam a dependência, o sentimento de solidão ou perda emocional, que encontram nas substâncias químicas um alívio, uma fuga. (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008)

Neste sentido, do uso abusivo de substâncias psicoativas com o intuito de aliviar as comorbidades físicas, psicológicas e sociais da velhice é que se faz necessário a garantia de direito dos idosos, por meio de Políticas Públicas de Amparo ao Idoso,

⁶ A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos.

visando que, nesta etapa da vida, os mesmos tenham a possibilidade de uma qualidade de vida melhor. (BRASIL, 2013)

2.3 Políticas Públicas de amparo ao Idoso

Este item apresenta um recorte da trajetória da implantação das medidas de amparo ao idoso em alguns países e o início da constituição do sistema de proteção brasileiro, transitando pelas políticas previdenciárias, pelos seguros contra acidentes de trabalho, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões e demais legislações, além de abordar, também, as Políticas Públicas de uso abusivo de drogas psicoativas.

Sendo assim, delimitar o que são políticas públicas de modo geral é uma tarefa difícil, uma vez que há uma enorme variedade de estudiosos que as definem de maneiras diversas. Souza (2006) destaca os estudos de Laswell (1936), por ela tratar as políticas públicas como sendo a linha que visa responder às questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

A política pública surge no âmbito do conhecimento e como disciplina acadêmica nos Estados Unidos, baseada na premissa de que, em democracias estáveis, as ações realizadas ou não pelo governo são passíveis de serem formuladas cientificamente e analisadas por pesquisadores independentes (SOUZA, 2002.). Isto quer dizer que tudo que o Estado faz pode ser antecipado ou estudado na posterioridade pela academia.

O autor ainda afirma que a política pública, enquanto ferramenta decisória do governo, é fruto da Guerra Fria e da amplificação do reconhecimento da tecnocracia como maneira de enfrentar suas consequências.

Esse autor também assevera que a política pública tem quatro grandes fundadores: a começar por Laswell (1936), que introduz a expressão análise de políticas públicas, na década de 1930, como um meio que cria uma comunicação entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo, além de traçar uma aliança entre o conhecimento científico/acadêmico e produção empírica do governo.

Quase duas décadas após, Simon (1957), que insere o termo decisões políticas, que é tido como racionalidade limitada. Para esse autor, as pessoas que tomam as decisões públicas possuem uma visão restrita pelo ambiente e as necessidades que

as cercam e, com a racionalidade reduzida, pode-se maximizar a busca de resultado dessas decisões, quando se tem estruturas/regras que modelem e guiem o comportamento dos seres que tem o poder decisório em mãos, para que não sejam considerados interesses próprios.

Já Lindblom (1979) propôs a incorporação de outras variáveis e a análise de política pública, além do racionalismo de Laswell (1936) e Simon (1957), tais como as relações de poder e a interação entre as múltiplas fases do processo decisório. E, por fim, há Easton (1965), que implementa a política pública como sistema, uma conexão entre formulação, resultados e ambiente.

A vista disso, compreende-se que as políticas públicas foram acumulando mudanças com o tempo, de acordo com a necessidade de entendimento e emprego das mesmas. Assim, sua definição foi ganhando uma outra gama de significados, como pode-se constatar no que alega Souza (2002, p. 5), ao afirmar que

é como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real.

As políticas públicas visam nortear o governo na determinação do que se precisa, como se precisa e porque se precisa fazer dentro da sociedade, buscando gerar meios de melhor convivência social.

De acordo Beauvoir (1990), tem-se conhecimento de que, até o século XIX, o trabalhador idoso não possuía um amparo devido para prover a sua subsistência. Nessa mesma época, a França passou a disponibilizar pensões para os funcionários públicos e militares.

No Segundo Império Francês, a concessão de pensões se expandiu para mineiros, operários marítimos, arsenais e ferroviários, em virtude do alto grau de risco da profissão. Em 1796, o inglês Thomas Paine propôs que os idosos dos Estados Unidos, com mais de 50 anos, recebessem uma pensão (FONNER,1976). Em 1884, na Bélgica e na Holanda, os idosos começaram a receber pensões dos setores públicos.

Vale salientar que, nos países desenvolvidos, buscou-se manter o papel social e a reinserção dos idosos. Assim sendo, a questão da renda por meio dos sistemas

de seguridade social estaria resolvida. No entanto, nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, diversas questões, como a pobreza e a exclusão da população anciã, ficaram pendentes. No contexto brasileiro, só foram tomadas medidas com o intuito de compensar a situação de descaso com a população idosa após muitas décadas. (BEAUVOIR, 1990)

Sabe-se que política pública implica um conjunto de ações coletivas com o propósito de garantir os direitos sociais, o qual se configura como um compromisso público que objetiva atender determinada demanda, em diversos campos. Esses atos são fomentados pelo Estado brasileiro em níveis federal, estadual e municipal, visando o bem comum.

O pleito da criação das políticas só findou com a propagação dos direitos validados pela Constituição Federal de 1988. Nessa época, como explica Ottoni (2012), o Brasil se tornou um país democrático. Inovando, assim, o cenário social, no qual os direitos dos cidadãos estariam baseados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, decretada em 1948.

Esse fato deixou um marco no que diz respeito aos direitos dos idosos, uma vez que, no artigo 25 da Declaração, informa que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle. (ONU, 1948)

Neste contexto, as políticas de proteção aos idosos surgem em primeira instância com a Declaração dos Direitos Humanos, com as ações seguidas pela Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Serviço Social e o Instituto Nacional do Seguro Social, permitindo aos idosos brasileiros angariarem o direito, com o passar dos tempos, mesmo de forma tardia, em comparação com os países desenvolvidos, como explica Ottoni (2012).

Seguindo essa linha, esse autor ainda afirma que o Código Penal Brasileiro, Lei nº 7.209, de 11 de Julho de 1984, é anterior à Constituição Federal de 1988 e nele já consta alguns artigos em favor dos idosos, tais como o artigo 244, que obriga os filhos a ajudarem na manutenção e na prestação de alimentos aos pais necessitados, sob

a pena de detenção de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa⁷. Isto é, anterior à Constituição Federal, o idoso era de total responsabilidade da família, isentando, assim, o Estado de políticas e ações que propusessem a esse nicho da população a garantia de direitos.

É importante explicar que foi a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988)⁸ que os idosos começaram a ser o centro das Políticas Públicas, haja visto que esta tem, como parâmetros, a cidadania e a dignidade da pessoa e visa proporcionar o bem-estar de todos. Ela rejeita, assim, quaisquer formas de discriminação ou de distinção de qualquer natureza, o que inclui as de gênero e idade.

Nesse documento federal, no que tange ao amparo específico aos idosos, o documento declara que é dever da família, da sociedade e do Estado garantir a participação na comunidade, dignidade, bem-estar e o direito à vida. No âmbito familiar, cabe aos filhos maiores amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Além disso, a Lei Maior prevê que os programas de amparo aos idosos devem ser executados de preferência em seus lares.

Ainda com o intento de amparar o idoso, foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI), a fim de encorajar a implantação de centros de convivência, centros-dia, hospitais-dia, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho e atendimento domiciliar. (BRASIL, 2002)

Esse atendimento domiciliar, que é realizado por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade, é uma modalidade assistencial destinada ao idoso em condições de dependência e que vive só. Essa assistência é ministrada no lar dessas pessoas, a fim de suprir as necessidades da vida diária. (BRASIL, 1996)

É importante mencionar que a mesma lei que deliberou sobre a PNI (BRASIL, 1994), também criou o Conselho Nacional do Idoso, especificando que os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso se constituiriam em

⁷ O artigo 133 reza que aquele que abandonar pessoa incapaz que está sob o seu cuidado; é prevista detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos; se resultar em morte, reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos; se a vítima tiver mais do que 60 (sessenta) anos, a pena aumenta em 1/3 (um terço). E o artigo 148 roga que, nos casos de sequestro e cárcere privado, haja reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos e se a pessoa for maior de 60 (sessenta) anos, a reclusão aumenta para 2 (dois) a 5 (cinco) anos, mas, se o idoso for maior de 70 (setenta) anos e cometer um crime, conforme o art. 115, a pena é atenuada em metade do prazo. (BRASIL, 1984)

⁸ No artigo 5º, a Constituição Federal garante que todos são iguais perante a lei e, portanto, tem direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. (BRASIL, 1988)

órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área e representantes dos órgãos e entidades públicas.

Também foi criada, em seguida, a Política de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999), através da Portaria 1395/GM, que tem como intuito a promoção do envelhecimento saudável e a melhoria e/ou manutenção, ao máximo, da capacidade funcional, visando garantir a permanência dos idosos no meio em que vivem, de forma independente.

E em 2002, foi proposto a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Saúde do Idoso (portaria GM nº 702/2002) tendo como eixo a condição de gestão e a divisão de responsabilidades definidas pela norma operacional de assistência a saúde. (BRASIL, 2006)

Ainda na busca da garantia dos direitos dos idosos, foi criado, em 2003, por meio da lei nº 10.741, o Estatuto do Idoso, que objetiva assegurar as facilidades e as oportunidades, com o propósito de preservar a saúde física e mental, aperfeiçoamento moral, espiritual, intelectual e social dos idosos. (BRASIL, 2012)

É importante explicar que, independente do conhecimento que se tem desses problemas presentes em nossa sociedade, faz-se muito pouco para realizar uma estimativa e suas consequências em nosso país. Moraes et al. (2006) ressalta que o que, de fato, se verifica é uma má aplicação dos recursos, visto que, no Brasil, ainda não foram instituídos critérios com base em evidências científicas que possam contribuir para uma tomada de decisão adequada.

Diante desse panorama, é possível defender a necessidade de realizar mais estudos que discutam sobre o custo social relacionado ao uso abusivo de substâncias psicoativas, visando tornar mais efetiva as políticas públicas já criadas e elaborar mais políticas congruentes para auxiliar os gestores de saúde no andamento da deliberação de uma decisão para atender o perfil epidemiológico e socioeconômico do país, considerando as prioridades dos investimentos em saúde e em consonância com a real necessidade da população (GALLASSI et al., 2008; MORAES, et al., 2006).

Além das políticas de amparo ao idoso, apresentamos, a seguir, um recorte das orientações das políticas públicas de álcool e outras drogas, apesar de não existir indicações específicas para o idoso que faz uso abusivo de substâncias psicoativas, e uma breve histórico da criação dos CAPS AD.

2.4 Políticas Públicas de álcool e outras drogas

Sabe-se que o Ministério da Saúde apresentou, em 2002, a política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, a qual traz orientações básicas visando estabelecer e fortalecer um trabalho em rede para propiciar uma atenção integral, um acesso facilitado aos serviços, participação do usuário no tratamento e a criação de serviços de atenção diária como alternativa ao hospital psiquiátrico e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)⁹. (SANTOS; OLIVEIRA; MIRANDA, 2013).

O CAPS AD atende os usuários de álcool e outras drogas e realiza atendimento na comunidade por uma equipe multiprofissional especializada, articulando ações de redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas de forma abusiva, conforme apontam Santos, Oliveira e Miranda (2013).

Na perspectiva dessa política, a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado quando se refere ao tratamento do álcool e outras drogas. Ela aponta como um caminho promissor para redução de danos, na medida em que reconhece que cada usuário possui suas singularidades.

Além disso, também trabalha com estratégias de promoção da saúde a atenção às populações mais vulneráveis e às mudanças de paradigmas de “doentes” ou “criminosos” para cidadãos que têm direitos a exercício da plena cidadania (MANGUEIRA et, al, 2015). Essa proposta de redução de danos surge como uma tática para reduzir os efeitos nocivos causados pelo uso do álcool (BRASIL, 2003).

Com o propósito de fundamentar teoricamente o governo e a sociedade, visando a criação de uma política pública intersetorial para reduzir de fato os danos provocados pelo consumo de bebidas alcoólicas, o Ministério da Saúde publicou, em 2004, a coletânea “Álcool e redução de danos”.

Na proposta de redução de danos que o Ministério da Saúde defende, evidenciam-se intervenções realistas e pragmáticas, porque reconhece que o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas não precisam ser interrompidas. A

⁹ No item 1.4.1 tem uma breve história dos CAPS e CAPS AD no Brasil.

partir disso, busca táticas que sejam atingíveis, já que tais estratégias não substituem as ações regulatórias, mas sim complementares.

Segundo Manguiera et al. (2015. p. 160), a Política Nacional sobre o Álcool apresenta medidas com o intuito de reduzir e prevenir danos à saúde e à vida e traz estratégias referentes a:

diagnóstico do consumo de bebidas alcoólicas no Brasil por meio da divulgação de dados epidemiológicos e incentivo à pesquisa; regulamentação da publicidade de bebidas alcoólicas; tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool; sensibilização e mobilização da opinião pública sobre o tema; redução de demanda de álcool por populações vulneráveis; segurança pública; associação de álcool e trânsito; capacitação de profissionais e parceria com os municípios (Decreto n. 6.117, 2007).

Apesar das Políticas Públicas do Brasil para o uso do álcool e outras drogas, a dependência do álcool, tabaco, crack, ainda são compreendidos como problemas graves do ponto de vista epidemiológico e as ações efetivas ainda são poucas. Junto a isso, o tratamento oferecido aos dependentes é precário, ainda que se admita que o abuso do álcool provoca acidentes de trânsito e de trabalho e está relacionado aos vários tipos de violência, inclusive a doméstica e, além disso, estimula o consumo de drogas ilícitas. (BESSA, 2010)

1.4.1 CAPS e CAPS AD

Não se pode falar do surgimento do CAPS sem ressaltar a importância da Reforma Psiquiátrica Brasileira, implantada pela Lei Federal nº 10.216/2001. A aprovação dessa lei passou por um longo processo de discussão legislativa, social e política. O deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei 3.657, em 1989, com a proposta de “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais” e este, por sua vez, regulamentava “a internação psiquiátrica compulsória”.

É importante salientar que alguns estados brasileiros aprovaram leis baseadas nas propostas do projeto desse deputado, são eles:

- Ceará, com a Lei 12.151, de 29 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos

assistenciais, e, além disso, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências;

- Distrito Federal, por meio da Lei 975, de 02 dezembro de 1995, que, por sua vez, fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências;

- Espírito Santo, com a Lei 5.267, de 07 de agosto de 1992, cujo texto dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências;

- Minas Gerais, através da Lei 11.802, de 18 de janeiro 1995, que dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental. Junto a isso, determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes, além de regulamentar as internações, especialmente as involuntárias, e dá outras providências;

- Paraná, com a Lei 11.189, de 09 de novembro 1995, que dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais;

- Pernambuco, por meio da Lei 11.064, de 16 de maio de 1994, que, em seu texto, dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências; e, ainda,

- Rio Grande do Sul, através da Lei 9.716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.

Segundo Rosa e Vilhena (2012), com a chegada da reforma psiquiátrica e, conseqüentemente, a redução dos leitos dos manicômios, de 1992 a 2005, surgiu um grande problema para o Estado que foi lidar com a comunidade populacional que vivia enclausurada e contida à base de psicotrópicos, amarras e câmaras escuras. Nesse momento, nasceu a necessidade de novas políticas e ações públicas que possibilitem uma melhor forma de tratar esse novo cenário.

E, assim, em 2001, a Lei Federal 10.216 foi aprovada e houve um redirecionamento para assistência em saúde mental para os serviços de base

comunitária e, também, foram aprovados financiamentos específicos para os “serviços substitutivos” em saúde mental.

Essa lei garantiu a cidadania plena dos pacientes e apresentou nove direitos básicos, entre os quais o da prioridade no tratamento comunitário. Outra mudança foi a internação como uma modalidade de tratamento que passou a ser apenas nos casos em que era indispensável.

A Lei Federal nº 10.216/2001 proporcionou, ainda, atendimentos nas bases comunitárias do usuário desse serviço, visando dar atenção à pessoa com transtorno mental e implementou os serviços de saúde mental de acesso livre, contrário às longas internações praticadas por vários anos nos antigos hospitais psiquiátricos e manicômios.

Essa Lei é composta por 13 artigos assim divididos:

Art. 1º e 2º - apresentam os direitos das pessoas com transtorno mental;

Art. 3º - estabelece a responsabilidade do Estado;

Art. 4º ao 10º - definem e regulamentam os tipos de internação;

Art. 11 - trata das pesquisas envolvendo pacientes;

Art. 12 - cria a Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação da lei;

Art. 13 – vigora a lei a partir da data de sua publicação.

Com essa lei, o modelo assistencial hospitalar, que ficou também conhecido como modelo manicomial, também teve que se adequar, considerando que a hospitalização de paciente psiquiátrico tinha um caráter prejudicial por si só, visto que a pessoa internada perdia sua liberdade e a sua individualidade foi superado.

No que tange às internações, ficou determinado que elas só aconteceriam quando os outros recursos se mostrassem insuficientes. Essas internações podem ser conhecidas como voluntárias, ou seja, elas acontecem com o consentimento do sujeito que vai ser internado; involuntárias, quando ocorrem sem o consentimento da pessoa e a pedido de terceiro; ou, ainda, compulsórias, isto é, as que são determinadas pela justiça.

Diante dessas mudanças surgiram os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que foram implantados a partir da Portaria GM 224/92. Esse modelo de atenção à saúde mental veio para substituir o modelo manicomial, proporcionando um atendimento humanizado e pautado na comunidade que o paciente está inserido.

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria tem o papel central na psiquiatria comunitária

brasileira, a qual oferece um atendimento em saúde mental especializado. Trata-se de uma rede integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esses Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (RAPS): serviços de saúde de caráter aberto e comunitário composto por equipe multiprofissional, que atua na perspectiva interdisciplinar e realiza, preferencialmente, atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, principalmente, aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2012) e são substitutivos ao modelo asilar.

Desta maneira, Prudêncio (2017) entende a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas como a afirmação da necessidade e do espaço do CAPS e um possível caminho para tratar indivíduos com transtornos psíquicos e/ou usuários de drogas, baseados no olhar da saúde coletiva.

Neste contexto, cabe sinalizar que “o primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, na cidade de São Paulo e, em 1989, foram criados, em Santos, os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), com atenção 24 horas, posteriormente denominados de CAPS III” (BRASIL, 2015, p. 10).

Nos seguintes anos, os CAPS foram implementados em vários municípios do País, consolidando-se como dispositivos estratégicos, que surgiram para superar o modelo asilar, que existiu no contexto da reforma psiquiátrica. Além disso, serviu, também, para a criar um novo lugar social para os sujeitos com experiência de sofrimento, resultantes de transtornos mentais, abarcando aqueles com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2015).

Cuidar, no âmbito do CAPS, é desenvolver, por meio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), incluindo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011). Para tanto, “as práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de ‘portas abertas’, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros” (BRASIL, 2015. p. 10).

Cabe ressaltar que algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são

comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas.

A função do CAPS é de promover o cuidado terapêutico para o paciente com transtorno mental, que seja atendido em uma das unidades de pronto atendimento da rede pública de saúde. Esses centros Atenção Psicossocial são diferenciados pelo porte, pela capacidade de atendimento, pelo perfil de usuário atendido e são distribuídos de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros.

Nesse sentido, o CAPS opera nos territórios geográficos, de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (BRASIL, 2015). Constitui-se, assim, na comunidade, como um “lugar” de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como, nos territórios (BRASIL, 2015).

Tendo em vista a sua complexidade, os CAPS são classificados em CAPS I, CAPS II e CAPS III e são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, os quais cumprem a mesma função no atendimento à população. Além destes, há, ainda, os CAPS Infantil (CAPSi) e os CAPS Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Esses centros foram classificados de acordo com os seguintes critérios:

- CAPS I, atende a municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes e com horário funcionamento das 8:00 às 18:00h, de segunda a sexta feira, recebendo adulto com transtorno mental severo e persistente;
- CAPS II, funciona em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes funciona das 8:00 às 18:00h, de segunda a sexta-feira, mas, a depender da demanda de procura no município, poderá ter um terceiro turno até 21:00 e atende adulto com transtorno mental severo e persistente;
- CAPS III, centro em municípios com população acima de 200.000 mil habitantes, funcionado 24 horas por dia, nos feriados e finais de semana e atende adultos com transtorno mental severo e persistente;

- CAPSi, atende a municípios com população acima de 200.000 mil habitantes funcionando das 8:00 às 18:00h, de segunda a sexta-feira, porém, dependendo da demanda de procura no município, poderá ter um terceiro turno até 21 horas, direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- CAPS AD, atua em município com população acima de 100.000 mil habitantes, funciona das 8:00 às 18:00h, de segunda a sexta-feira, e, assim como o anterior, dependendo da demanda de procura no município, poderá ter um terceiro turno até 21 horas, para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Os CAPS AD oferecem atendimento diário e na modalidade CAPS-AD III o atendimento é oferecido vinte e quatro horas por dia incluindo feriados, também, nos finais de semana.

A portaria GM/MS 336/2002 diz que o CAPS AD deve possuir a seguinte equipe: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior, entre categorias profissionais de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio, sendo eles, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Os CAPS AD desenvolvem atividades individuais, medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros, e, ainda, atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

Além desse tipo de CAPS AD o Ministério da Saúde está criando um novo modelo, o CAPS ADIV, que serão instalados em locais de uso de drogas, especialmente o crack, conhecidas como cracolândia, para oferecer apoio em saúde mental. Essas regiões devem ter acima de 500.000 mil habitantes. Ele deve funcionar 24 horas, com uma equipe multiprofissional. Esse tipo CAPS deve construir

articulações consistentes com os Hospitais Gerais de seu território, para servirem de suporte ao tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2002)

É preciso que haja avanço nas pesquisas que visem integrar a prevenção, promoção e proteção à saúde, por meio de uma intervenção em rede como modelos de atenção e controle de entorpecentes e substâncias psicoativas, tendo essa rede como aquela que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne e trata (BRASIL, 2002). Isto é, necessita-se pensar em estratégias conjuntas para que a possibilidade de impedir que as drogas invadam de forma esmagadora todas as ramificações sociais.

O cenário de uma população em processo de envelhecimento expõe desafios econômicos, socioculturais, para as famílias, sociedade e indivíduos, sobre como tratar o crescimento do número de idosos na comunidade e como adapta-se aos mesmos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será apresentada o percurso metodológico para melhor alcançar os objetivos da pesquisa. Optou-se pela pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória.

3.1 Abordagem qualitativa

Para respaldar a discussão a respeito da abordagem qualitativa, recorreremos às contribuições dos seguintes estudiosos: Chizzotti (2006); Creswel (2007); Flick (2009); Minayo (2010); Bogdan; Biklen (2010).

No que diz respeito à metodologia, Minayo (2010) afirma que é possível incluir, ao mesmo tempo, a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do(a) pesquisador(a), isto é, sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade.

Diante desse pensamento, buscamos definir melhor percurso a ser seguido, guiado pelos objetivos da investigação, a fim de que esse processo com os participantes da pesquisa fosse dialógico e colaborativo. Nesse sentido, Chizzotti (1995, p.79) explica que

a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Esta abordagem segue em consonância com o objetivo geral deste estudo que é analisar a repercussão do uso de substâncias psicoativas por pessoas em processo de envelhecimento. A intenção de utilizar tal tratamento é pela possibilidade de aproximação que a mesma oportuniza entre os participantes da pesquisa,

considerando suas vivências e relações estabelecidas com o mundo e consequente atuação neste.

Levando em conta essa ideia, corroboramos com a afirmação de Bogdan e Biklen (1994, p. 20) de que a pesquisa qualitativa “[...] envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes”.

Além disso, vale ressaltar que

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. (MINAYO 2010, p. 22)

Assim sendo, esta abordagem dialoga de maneira muito próxima com a proposta deste estudo, que, por sua vez, busca entender qual é a relação do processo de envelhecimento com o consumo de substâncias psicoativas, suas possíveis interferências e consequências.

Outro motivo para realizar essa pesquisa na abordagem qualitativa é a ideia de Bogdan e Biklen (1982) de que esse tipo de investigação permite ao pesquisador procurar compreender o processo pelo qual os sujeitos constroem significados e os descrevem. Esses estudiosos explicam, ainda, que esse tipo de pesquisador tem a pretensão de conhecer as pessoas envolvidas no estudo, além de quais as representações que esses indivíduos têm de suas próprias experiências de vida.

Esses autores explicam ainda que a pesquisa qualitativa admite que o pesquisador tenha contato direto e prolongado com o contexto e a situação que está sendo investigada, de modo que, na maior parte dos casos, o trabalho do campo é intensivo.

Assim, “no que diz respeito a área da saúde, em especial, ter conhecimento das significações dos fenômenos do processo saúde-doença é fundamental”, conforme o pensamento Turato (2005, p. 510), para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; além de promover maior adesão de pacientes e da população frente aos tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; e, ainda, para entender mais profundamente certos

sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como, de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

Segundo Lüdke e André (2013), o desenvolvimento da pesquisa qualitativa se assemelha, então, a um funil, pois, inicialmente, o foco e os questionamentos são amplos. No entanto, no final, o eixo e as indagações da investigação ficam mais diretas e específicas. Sendo esses traços mais um dos motivos que contribuíram para escolha da abordagem qualitativa.

3.2 Pesquisa descritiva e exploratória

A opção pela pesquisa descritiva se deu devido ao fato de que esta exige que o investigador tenha uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Estudos desenvolvidos por meio dessa abordagem pretendem descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 2017).

Esse tipo de pesquisa tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Entre as pesquisas descritivas, destacam-se as que visam “estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade e de renda, estado de saúde física e mental” (GIL, 2008, p. 28), entre outras.

As pesquisas descritivas e exploratórias juntas são as usadas, normalmente, pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, sendo as mais solicitadas pelas organizações, como instituições educacionais, empresas comerciais e partidos políticos. (Id., 2008)

A escolha da pesquisa exploratória se deu porque ela é desenvolvida com a finalidade de permitir uma visão geral acerca de um determinado fato. Esse tipo de pesquisa é realizado, principalmente, quando o tema escolhido é pouco estudado, como é o caso desta investigação. (Id., 2008)

Diante da pouca exploração do estudo sobre o processo de envelhecimento e o uso de substâncias psicoativas, é que a pesquisa exploratória foi a primeira etapa desta investigação. Nessa fase foi realizada uma revisão da literatura para tornar viável a delimitação do tema a ser estudado.

3.2.1 Campo de investigação

Esta pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD, em um município da região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil, entre os meses de março e setembro de 2018, após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética da UCSAL, com o parecer de número 2.505.667.

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos da investigação, bem como, sobre os riscos e benefícios advindos da sua participação nesta, de modo que, para tanto, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹⁰. Foi assegurado aos mesmos o sigilo, a privacidade e o anonimato das respostas, com base nas normas e diretrizes de pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012). A participação na pesquisa foi voluntária, sem custos e sem qualquer remuneração.

No CAPS AD, fui recebida por um técnico do serviço que me levou para conhecer as dependências do local, apresentou-me aos profissionais que estavam trabalhando nesse dia, informou-me sobre os horários de funcionamento dos serviços e das atividades que são desenvolvidas (pilates, musicaterapia, atividade física, psicoterapia, entre outras). Em seguida, convidou-me para ficar na recepção para que eu pudesse entender o fluxo de atendimento na triagem, a primeira consulta e subsequentes.

Ainda nesse dia, durante o período em que permaneci na recepção, observando a chegada dos usuários, foi possível perceber que a demanda maior é de usuários de álcool. Mas, existe, também, consumidores de múltiplas substâncias psicoativas (crack, heroína, cocaína, maconha, etc.). Além disso, entrevistei dois usuários que foram indicados pelo técnico que me recebeu. Os dois entrevistados se mostraram receptivos e colaborativos.

Durante as entrevistas, as maiores dificuldades foram relacionadas à desconfiança dos sujeitos que estavam sendo pesquisados como foi o caso de P4¹¹, que quis se certificar de que o material coletado não seria utilizado para prejudicá-la, apesar das explicações dadas tanto pela pesquisadora quanto pela coordenadora e profissionais do CAPS AD .

¹⁰ cf. Apêndice A.

¹¹ cf. Quadro 1, a seguir, na p. 55.

Nos meses de abril e maio, foram entrevistadas outras seis pessoas. Além disso, houve conversas com os funcionários, com o objetivo de obter informação sobre como se dá o processo tratamento dos usuários, o trabalho com as famílias, o índice de evasão e de retorno ao tratamento entres outros fatos.

Ficou evidente, tanto quando eu ficava na recepção, enquanto aguardava os usuários em tratamento para entrevistá-los, quanto durante uma reunião dos técnicos, na qual assisti uma discussão sobre os casos das pessoas que estavam sem comparecer ao serviço do CAPS, sendo perceptível que havia uma preocupação com essa ausência.

Nesse processo, dois aspectos que se destacaram: um foi como a equipe de profissionais trabalham de forma integrada e harmoniosa; e o outro foi como as atividades desenvolvidas neste ambiente fluem bem, tanto para os usuários quanto para os familiares dessas pessoas.

3.2.2 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos deste estudo são oriundos da região metropolitana de Salvador. Esses indivíduos tiveram autonomia para decidir acerca da participação na pesquisa.

Cabe salientar que os critérios de inclusão dos sujeitos nessa pesquisa foram os seguintes: 1) a faixa etária, a partir de 50 anos de idade; 2) ser usuário de substâncias psicoativas; e 3) estar matriculado no CAPS AD, do município escolhido. A seleção dos participantes foi realizada pelos técnicos da instituição. O critério de exclusão foi ter menos de 50 anos de idade e não ser usuário dos serviços da CAPS AD.

3.2.3 Geração de dados: técnica, instrumentos e análise de conteúdo

Para geração de dados foi escolhida a observação sistemática, visto que, segundo Gil (2008, p. 100), permite “o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano. Essa técnica de investigação apresenta como principal vantagem a questão de que os fatos são percebidos sem intermediação”.

Também foi utilizada a entrevista semi-estruturada¹², realizada a partir de um roteiro elaborado para tal fim. Esse tipo de entrevista, para Minayo (2001), possibilita a combinação de perguntas fechadas e abertas permitindo que o(a) entrevistado(a) fale sobre o tema sem se prender à indagação formulada.

A princípio, as entrevistas seriam gravadas, porém, diante da desconfiança de alguns sujeitos envolvidos na pesquisa, fez-se necessário dispensar o gravador. Além disso, muitos se negaram a escrever as respostas, alguns, devido aos efeitos do uso das substâncias psicoativas, não conseguiam escrever (pseudo parkinsonismo)¹³. Frente a esse cenário, então, a única alternativa foi a própria pesquisadora anotar as respostas com autorização dos entrevistados. Vale ressaltar que, após a entrevista, a investigadora lia as respostas para o(a) entrevistado(a), que a confirmava ou não, podendo alterá-la.

Vale esclarecer que as entrevistas foram feitas individualmente, o que possibilitou avaliar atitudes e condutas, podendo, assim, o entrevistado ser observado de modo mais próximo, o que permitiu o registro de reações, gestos, etc.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), por meio da entrevista, é possível recolher dados descritivos na linguagem dos próprios sujeitos, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

Para Minayo (2001), a entrevista é, acima de tudo, uma conversa entre vários interlocutores na qual a pesquisadora tem como objetivo colher informações pertinentes ao seu objeto de estudo.

Para analisar os dados, foi utilizado o método de análise do conteúdo proposto por Minayo (2010), porque, para esta autora, esse tipo de inspeção é compreendido muito mais do que como sendo um conjunto de técnicas, constitui-se, mais, no exame de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada. Esse método, então, tem duas funções: verificação de hipóteses e questões e descobertas do que está além dos conteúdos manifestos.

A análise de conteúdo parte de uma leitura de um primeiro plano de falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Como afirma Chizzotti (2006), o objetivo da análise

¹² cf. Apêndice B.

¹³ Tremores das mãos.

de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.

A análise dos dados seguiu, dessa forma, as seguintes etapas, conforme sugere Minayo (2010): ordenação dos dados ou pré-análise; classificação dos dados ou exploração do material; e, análise final, incluindo tratamento dos resultados e interpretação dos mesmos.

Além disso, as categorias que estão sendo analisadas são: 1) limitações físicas; 2) aceitação e não aceitação do envelhecimento; 3) uso de drogas lícitas e ilícitas; 4) rede social; 5) suporte familiar; 6) apoio social; 7) rede de suporte; 8) isolamento familiar e social.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas entrevistas, foram evidenciadas as categorias de análise, sendo elas organizadas separadamente, para possibilitar uma melhor compreensão didática do tema. Os trechos das entrevistas são destacados para permitir melhor visibilidade e compreensão das categorias.

Examinando o quadro abaixo, pode-se verificar o perfil dos sujeitos participantes da investigação.

Quadro 1 - Perfil dos sujeitos da pesquisa

SUJEITOS DA PESQUISA							
Participante	Gênero	Idade	Estado Civil	Etnia	Escolaridade	Religião	Profissão
P 1	F	51	Separada	Parda	1º Grau Completo	Evangélica	Comerciante
P 2	M	61	Solteiro	-	3º Grau Completo	Espírita	Administrador
P 3	M	55	Solteiro	Negro	Alfabetizado	Católico	Mecânico de Bicicleta
P 4	F	50	Casada	Parda	Ensino Médio Completo	Evangélica	Auxiliar de Cozinha
P 5	M	74	Casado	Parda	1º Grau Incompleto	Evangélico	Pintor Industrial Aposentado
P 6	M	62	Casado	Pardo	1º Grau Completo	Católico	Aposentado
P 7	M	61	Solteiro	Pardo	2º Grau Completo	-	Monitor de Informática
P 8	F	62	Casada	Parda	1º Grau Completo	-	Aposentada
P 9	M	51	Solteiro	Negro	1º Grau Incompleto	Evangélico	Pintor Industrial
P 10	M	63	Casado	Branco	3º Grau Incompleto	-	Comerciante
P 11	M	59	-	Parda	-	Evangélico	Aposentado/ Morador de Rua
P 12	M	66	Casado	Negro	1º Grau Incompleto	Católico	-
P 13	M	60	Solteiro	Pardo	-	Católico	Aposentado

Ao observar esse quadro, percebe-se que as mulheres constituem minoria. Elas se reconhecem de cor parda, a faixa etária delas entre 50 e 65 anos, duas são casadas e uma separada, têm o primeiro grau completo, duas são evangélicas e uma não informou a religião. A profissão varia P1 é comerciante, P4 é auxiliar de cozinha e já P8 é aposentada.

Além disso, foi possível escolher as categorias a serem analisadas. As categorias estão organizadas separadamente para possibilitar uma melhor compreensão da discussão a partir dos dados gerados: 1) o processo de envelhecimento dos sujeitos da pesquisa; 2) o uso de substâncias psicoativas no processo de envelhecimento; 3) a chegada dos sujeitos ao CAPS AD e suas contribuições para redução de danos; 4) os fatores que levaram os participantes desta pesquisa consumirem abusivamente substâncias psicoativas; 5) as consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas.

4.1 Limitações físicas

Os participantes, ao serem questionados sobre como está sendo envelhecer? Fizeram as seguintes afirmações:

P1: *“Não está sendo bom por conta das doenças que vêm aparecendo”.*

P3: *“Me preocupo devido às limitações físicas, me alimento mal e só bebo muito”.*

P10: *“Me tornando mais fraco, sentindo indisposição para trabalho. Se sente sem força para trabalhar e isso causa tristeza”.*

As respostas dos entrevistados possibilitaram pensar nas mudanças físicas e psicológicas provocadas pelo envelhecimento. Nota-se, nessas falas, uma grande preocupação, como se o envelhecer fosse sinônimo de sofrimento, decadência, ausência de papéis sociais e dependência de outras pessoas.

Essa percepção que os sujeitos têm sobre o seu processo de envelhecimento remete à ideia de Brito e Litvoc (2004) de que essa passagem da vida afeta todas os cenários da vida do indivíduo, seja de forma positiva ou negativa. Cabe salientar que, conforme visto, para estas três pessoas (P1, P3 e P10), o envelhecimento está associado a doenças, perdas, desvalorização e abandono. Logo, essas associações

negativas fazem a velhice ser temida por muitas pessoas que estão em processo de envelhecimento.

Para reiterar a visão que os participantes têm dessa etapa da vida, traz-se o pensamento de Schneider e Irigarayde (2008, p. 586), segundo o qual, “as associações negativas relacionadas à velhice atravessaram os séculos e, ainda hoje, mesmo com tantos recursos para prevenir doenças e retardá-la, é temida por muitas pessoas e vista como uma etapa detestável [...]”.

Além disso, têm-se a seguinte explicação:

a velhice é uma experiência individual que pode ser vivenciada de forma positiva ou negativa, em consonância com a história de vida da pessoa e da representação de velhice que está enraizada na sociedade em que vive. Assim, pode-se inferir que não importa a quantidade de anos que o indivíduo tem, mas sim, o que ele fez com os anos vividos, e como a sociedade trata alguém com aquela idade. (SCHNEIDER; IRIGARAYDE, 2008, p. 587)

4.2 Aceitação e não aceitação do envelhecimento

Ainda em relação sobre processo de envelhecimento; P2, P5 e P12 ; respondem o seguinte:

P2: *“Não sinto envelhecer porque não me preocupo com isso. Minha vida é tudo igual, nada vai mudar.*

P5: *“Uma coisa normal. É como nascer. Faz parte da vida”.*

P12: *“Estou fazendo tudo que sempre fiz, porém mais devagar”.*

Estes sujeitos demonstram, através de suas respostas, não se preocupar com o processo de envelhecimento. Para eles, esse é um fenômeno natural da vida.

Em concordância com Caetano (2006), pode-se afirmar que o processo de envelhecimento varia de pessoa para pessoa, sendo gradativo para algumas delas e mais acelerado para outros indivíduos. Assim sendo, o envelhecimento deve ser compreendido como um processo que ocorre naturalmente com os seres humanos, ao longo da vida, e não um fenômeno que ocorre rápido e isoladamente.

Considerando que o processo de envelhecer é uma experiência singular, um dos sujeitos da pesquisa refletiu:

P4: *“Me preocupo envelhecer e não ter quem cuide de mim e ficar só, [...]”*.

Quanto ao receio de ficar sozinha da participante, Neri e Freire (2000, p. 8) explicam que “o envelhecimento ainda está ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade e na base da rejeição percebe-se existe uma forte associação entre esse evento do ciclo [...] e a dependência” de outros, como é o caso dessa entrevistada, cuja reflexão vai ao encontro desse pensamento.

Para ampliar a compreensão sobre a noção que a participante P4 tem sobre envelhecer, fez-se necessário trazer o ponto de vista Schneider e Irigarayde (2008, p. 587), considerando que eles defendem que as concepções de velhice são apenas os “resultados de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias”. Esses estudiosos esclarecem, ainda, que, no século XXI, concomitantemente, a sociedade otimiza a longevidade, mas nega aos velhos o seu valor e sua importância social.

Vejam os outros participantes, sendo este sujeito um homem de 62 anos de idade, aposentado, casado, católico e tem o primeiro grau incompleto:

P6: *“Está sendo difícil envelhecer, devido à situação financeira e a dificuldade de manter as despesas com alimentação e medicamentos”*.

Considerando essa fala, é importante salientar que as preocupações principais dos idosos em todo o mundo estão na garantia de renda e saúde. Essas questões também são desafiantes para os governantes que lidam com a população em processo de envelhecimento. (UNFPA, 2012).

O outro participante, no dia da entrevista, estava como uma aparência frágil e, sem dar maiores esclarecimentos, deu a seguinte resposta

P7: *“Difícil e complicado envelhecer, mas tenho tentado seguir a vida”*.

Cabe mencionar que, no dia dessa entrevista, P7 mostrou-se indiferente, apático, pouco comunicativo e não demonstrou ter perspectiva de vida, apesar do

trabalho da equipe do CAPS AD visando a reinserção social. Essa falta de perspectiva é perceptível, também, em sua fala.

Essa resposta de P7 possibilita pensar que além das mudanças físicas, o envelhecimento provoca alterações psicológicas, que desencadeiam dificuldade de enfrentamento de novos papéis e a falta de motivação para planejamentos futuros.

Essa ocorrência remete ao que Estatuto do Idoso Art. 3º apresenta, ao sublinhar que

é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2013, p.8)

Um dos sujeitos das pesquisas fez a seguinte reflexão:

P13: *“É muito difícil, devido as dificuldades com a saúde devido ao uso abusivo de drogas”.*

Esse participante destaca os problemas de saúde associados ao uso abusivo de drogas. Ele informou que estava afastado do CAPS AD há quatro anos e retornou no dia dessa entrevista, a convite de um profissional do serviço para retomar o tratamento.

No dia da entrevista com P13, o mesmo se mostrou bastante inquieto e disse que estava disposto a retomar o tratamento e para conversar com os profissionais que fazem o seu acompanhamento no CAPS AD. Vale explicar que esse participante estava retornando para atendimento após um dos profissionais do serviço convidar o mesmo para tanto. Essa ocorrência evidencia a importância do vínculo com o técnico de referência e a conscientização da importância da adesão ao tratamento.

Essa resposta de P13 permite lembrar que a principal estratégia do CAPS AD é o tratamento para o consumo de álcool e outras drogas, assim como, as estratégias de redução de danos.

O caso desse participante remete à ideia de Hirata (2002), quando este afirma que as mudanças fisiológicas que ocorrem quando o sujeito envelhece, as alterações

das concentrações das drogas e a maneira como modifica o metabolismo da pessoa, permite dizer que a dependência química na velhice é ampliada por diversos fatores.

4.3 O uso de algumas substâncias psicoativas lícitas e ilícitas

Ao analisar as respostas do seguinte questionamento; quais são as drogas mais utilizadas pelo senhor ou senhora?

P1 (diz que consome): *“álcool [...]. Fumante de tabaco [...].”*

P2: *“uso de álcool e tabaco”.*

P7: *“álcool e cigarro”*

P9: *“álcool e tabaco”.*

P10: *“só uso a bebida alcoólica. Sempre usei a bebida alcoólica”.*

P11: *“cachaça”.*

Diante dessas respostas, é possível concluir que esses participantes fazem parte do grupo de alcoólicos. É importante destacar que o uso do álcool é cultural, visto que este é permitido em quase todas as sociedades do mundo e, por isso, deduz-se que esse fator torne essa substância psicoativa mais acessível, visto que é uma droga lícita. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Segundo Jomar et al. (2015, p. 56), “mais da metade da população brasileira consome álcool; 25% dela já experimentaram pelo menos um tipo de problema relacionado ao consumo de álcool; 3% preenchem critérios para uso abusivo e 9% para dependência”.

No entanto, têm participantes que usam, também, drogas ilícitas, conforme as respostas a seguir:

P12: *“álcool, desde os 12 anos, piorou no envelhecimento. Já usei vários tipos de drogas fim de semana. Atualmente só uso álcool e tabaco”.*

P3: *“combuela, pitú e 51. Tem 4 anos que bebo”.*

P4: *“já usei crack”.*

P8: *“consome crack, cachaça, pitu e maconha”.*

4.4 Rede social

Ao perguntar aos sujeitos da pesquisa como chegou ao serviço do CAPS AD da região metropolitana de Salvador-BA? Obteve-se as respostas seguir:

P1: *“Indicação por uma clínica em Camaçari. Fui a um atendimento em uma clínica e quando falei minha história me encaminharam para o CAPS AD”.*

P9: *“A médica do posto de saúde”.*

P11: *“encaminhado por uma médica do posto de saúde”.*

P12: *“encaminhada pela assistente social da UPA”.*

Diante dessas respostas é possível afirmar que esses quatro participantes receberam indicação pelos profissionais da área de saúde.

4.5 Suporte familiar

Já o grupo de pessoas a seguir dizem que receberam orientação e apoio da família para procurar o serviço do CAPS AD, como podemos verificar nas falas dos envolvidos na investigação:

P5: *“Minha filha resolveu me trazer para o CAPS AD para ver se eu diminuía a bebida”.*

P7: *“Um dos meus dois filhos, [...]”*

P13: *“Fui encaminhada por minha irmã e só tenho seis meses aqui, mas estou gostando muito”.*

4.6 Apoio social

Estes outros participantes afirmam que receberam sugestão de pessoas do seu convívio social conforme as respostas a seguir:

P2: *“Estava num bar e uma pessoa, que era músico, indicou o CAPS e depois para o CAPS AD”.*

P3: *“Indicação de uma vizinha. Conversando com uma vizinha que faz tratamento no CAPS, ela indicou o CAPS”.*

P6: *“Por indicação de uma amiga”.*

P8: *“Foi indicação de um amigo que faz tratamento no CAPS se preocupou comigo e indicou o CAPS AD”*

P10: *“Através do convite de um colega de trabalho”.*

Nota-se, pelas falas dos sujeitos, que várias são as formas de encaminhamentos ao CAPS AD. Esse fato ratifica a importância desse serviço na comunidade e da articulação consistente com os serviços de saúde do município.

4.7 Rede de suporte

Ao serem questionados de que maneira o CAPS AD tem contribuído para redução de danos as pessoas respondem o seguinte:

P1: *“Contribui com conversas com psicólogo, acunputurista e o psiquiatra, fico mais calmo”.*

P3: *“Sim, com palestras e com cuidados para minha saúde”.*

P4: *“Em tudo. Venho para todas as atividades durante a semana e tenho muito apoio dos profissionais do CAPS”.*

P6: *“Participando de atividades no CAPS e em casa procurando ocupar o meu tempo, fazendo algum serviço”*

P7: *“Ajuda dos profissionais do CAPS, conversando e orientando”.*

P8: *“Com as atividades, festinhas e o apoio da assistente social, psiquiatra e psicóloga”;*

P12: *“o apoio dos profissionais que são bons”.*

Outros aspectos que foram constatados é a relevância das atividades desenvolvidas no CAPS AD para esses sujeitos, o retorno dado por eles para esse

serviço e o compromisso dos profissionais desse centro. Quanto isso, os sujeitos afirmaram:

P5: “Passei a beber menos e, com isso, diminui os gastos, que tanto prejudicou minhas finanças”.

P9: “Cumprindo com a palavra que dei a assistente social”.

P10: “Com ajuda dos profissionais e vindo diariamente ao CAPS e participo das atividades, o apoio da minha esposa”.

P11: “Com atividades que profissionais fazem e a atenção a todas”.

P13: “Ajuda dos profissionais, que são todos muito bons. Parei de beber e ajudou as melhorar minhas finanças”.

É importante destacar que um o participante, P2, disse, durante entrevista, o seguinte: *“Venho ao CAPS AD um dia para pegar o relatório para o INSS. Não participo das atividades. Faço uso diário de medicamento irregular”.* Nesta fala é possível constatar que está pessoa não participa das atividades desenvolvidas no CAPS AD, só se preocupa em manter o benefício que recebe.

Logo, pode-se afirmar que as estratégias de acompanhamento oferecidas pelo CAPS AD aos usuários de álcool e outras drogas contribuíram para redução de danos dos participantes deste estudo.

Verifica-se a seguir as respostas referentes ao seguinte questionamento quais os motivos que os levaram consumirem abusivamente substâncias psicoativas?

P2 disse que passou a usar essas drogas devido a um assédio moral que sofreu na empresa: *“Quando trabalhava fui muito humilhado por ser nordestino e perdi o prazer pelo trabalho”.*

P3: *“A influência de amigos as vezes chego no bar para tomar um refrigerante, mas alguém me oferece uma bebida.*

Nesses dois casos nota-se que iniciaram o uso substâncias psicoativas já na vida adulta. Porém, cabe destacar esses outros três participantes a seguir, devido as suas falas:

P8: “A princípio maconha por curiosidade na adolescência. O crack, quando separei do meu marido. Álcool pela indiferença do marido”.

P9: “Influência de amigos começando, com 11 anos a consumi álcool e tabaco com 9 anos”.

P1: “Há seis anos uso três latinhas de cerveja por dia, às vezes, usava conhaque e caipirinha e, agora, só cerveja”.

Nesse caso fica evidente que o participante reduziu o consumo de substância psicoativa.

4.8 Isolamento familiar e social

Analisemos as respostas da pergunta a seguir: de que maneira o uso de álcool e outras drogas afetaram a sua convivência familiar, amigos e trabalhos?

Quadro 2 – Consequências do uso de substâncias psicoativas

P 1	Afetou muito a minha relação com meu esposo e meus dois filhos.
P 2	Perdi todos os relacionamentos, os bens, apartamento, casa em Salvador. Terminei um relacionamento com 13 anos e tive um filho com ela. Humilhação em público, no trabalho e assédio moral. Tentou suicídio várias vezes.
P 3	Terminei o relacionamento com esposa. Tem 43 anos de uso, bebo diariamente e só vou para casa bêbado, tomo chuva e sol na rua e sou roubado.
P 4	O afastamento do membro única filha que não quer ouvir falar de mim sabe aonde nosso. Tem um filhinho mais nunca me deixaram conhecer.
P 5	A esposa apesar de não gostar sempre ficou ao meu lado, porém alguns amigos e familiares se afastaram.
P 6	Muitos familiares se afastaram e a situação financeira ficou difícil pelo gasto com bebidas. Bebo desde 2005. Piorou com a aposentadoria.
P 7	Com a bebida aconteceu a separação da esposa, afastamento da única filha, prejuízo no trabalho porque quando bebo não consigo ir trabalhar.
P 8	Todos amigos e família se afastaram de mim.
P 9	Sofri discriminação de minhas irmãs e os amigos se afastaram.

P 10	Sim, prejudicou muito o relacionamento com esposa.
P 11	A bebida alcoólica. mudou tudo na minha vida
P 12	Perdi emprego, a família, a vida mudou muito.
P 13	Perdi muito dinheiro e prejudiquei as pessoas que deveria ajudar. Perdi muito dinheiro e prejudiquei as pessoas que deveria ajudar.

As respostas dos participantes mostram que houve repercussão em vários pontos de sua vida. Nesse sentido, P1, P2, P3 e P6 apontam como fator a separação conjugal. P2 alegou perdas afetivas e bens materiais, além de humilhação em público. Inclusive fez várias tentativas de suicídio.

P4 diz com muito sofrimento o afastamento da única filha que não quer ouvi falar dela. Tem um neto, o qual está proibido de ver. P5, P8, P12, P11 alegam o afastamento dos familiares e amigos. P7 disse que, além do afastamento da esposa, teve prejuízo no trabalho. Percebe-se, nas respostas dos participantes da pesquisa, que existe um sofrimento por todas as perdas e o reconhecimento da dependência de substâncias psicoativas.

Diante do exposto, é possível assegurar que as práticas de prevenção e promoção de saúde são importantes para melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. A rede de suporte, as amizades, resgates dos laços familiares são instrumentos importantes para reinserção dessas pessoas.

Apesar das Políticas Públicas do Brasil para uso de álcool e outras drogas, a dependência do álcool, tabaco, crack ainda são compreendidos como problemas graves do ponto de vista epidemiológico e as ações efetivas ainda são poucas. (BESSA, 2010)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar a repercussão do uso de álcool e outras drogas das pessoas em processo de envelhecimento quanto os objetivos específicos, isto é: conhecer o contexto onde é realizado o acompanhamento os sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas, em processo de envelhecimento, e analisar as percepções dos sujeitos desta pesquisa que se tornaram usuários de álcool e outras drogas.

O processo de envelhecimento acarreta diversas situações, como é o caso das modificações psicológicas, físicas e sociais, que ocorrem ao longo da vida e que contribuem para que a maior parte dessa população faça, em algum evento desta etapa da vida, o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Cabe ressaltar que essas mudanças não acontecem numa idade padrão, varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o estilo de vida, hábitos e a questão financeira.

É possível salientar que o uso de substâncias psicoativas está presente em todas as épocas e em algumas culturas por isso adquirem importância de acordo com cada sociedade. No Brasil, as drogas lícitas e ilícitas atingem todas as camadas sociais. As lícitas, como álcool, atingem todas classes sociais, faixa etária, religiosidade, no meio urbano e rural. Em geral, os homens consomem mais álcool que as mulheres.

Neste estudo, a maioria dos participantes são usuários de drogas lícitas, tais como álcool. Alguns fazem uso de tabaco e uma pequena parte consome ou já consumiu drogas ilícitas, como crack e maconha.

Em relação a busca pelo CAPS AD, vários foram os encaminhamentos dos usuários: através de familiares, amigos, profissionais de saúde e vizinhos, mostrando a importância do serviço na comunidade. Constatou-se a atuação dos profissionais no sentido de promover a adesão dos usuários, o interesse pela participação dos mesmos nas atividades desenvolvidas e o êxito com a redução de danos.

Quanto à repercussão do uso abusivo de substâncias psicoativas, foi possível constatar a perda da relação com familiares amigos e vizinhos. Além da perda do poder aquisitivo, prejuízo no trabalho, descriminalização e desemprego pelos sujeitos da pesquisa.

Outro fato importante, que foi verificado com a realização deste estudo, é que existem poucos estudos sobre essa temática, principalmente, no Brasil. Logo, pode-se afirmar que é necessário realizar mais pesquisas visando traçar o perfil desta clientela e a evolução da exposição ao uso de substâncias psicoativas.

Notou-se também que a formulação e implementação de políticas públicas para as pessoas em processo de envelhecimento existem, mas mesmo assim, ainda é um grande desafio atender as demandas reais devido ao crescimento da população idosa.

Espera-se que este estudo possa contribuir para construção de conhecimentos relevantes para o desenvolvimento de trabalhos assistenciais, educacionais e preventivos para as pessoas em processo de envelhecimento, que fazem uso de drogas psicoativas. Junto a isso, é importante o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos, que auxiliem os profissionais de saúde a identificar e intervir precocemente.

Conclui-se, também, que grande parte dos participantes começaram a fazer uso abusivo de substâncias psicoativas na adolescência. Apenas um participante iniciou o uso depois dos 50 anos de idade. Esse dado quebra a crença de que as pessoas que se aposentam ou ficam viúvos começam a consumir álcool e outras drogas.

A pesquisa aqui apresentada não pretende se encerra aqui, mas tem o intuito de suscitar novos estudos sobre uma temática que ainda é pouco explorada e divulgada.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Trad. De Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERQUÓ E.; CAVENAGUI, S. Fecundidade em declínio, breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. International Conference da International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), em Tours, França, São Paulo, In: **Revista Novos Estudos**, Cebrap, 2006.

BERTOLIN, Giuliana; VIECILI, Mariza. Abandono Afetivo do Idoso: Reparação Civil ao Ato de (não) Amar? In: **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI, v. 5, n.1, p. 338-360, 2014. Disponível em: www.univali.br/ricc. Acesso em: 10 set. 2017.

BESSA, M. A. Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2010. p. 632-636. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 10 set. 2017.

BOGDAN, Roberto C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**. Tradução Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1988.

BRASIL. Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3ª ed., v. 2. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS**

e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. SVS/CN- DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Ministério da Saúde. 2ª ed. rev., ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: módulo 1. 7ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1994.

BRASIL. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013.

BRITO, F. C.; LITVOC, J. **Envelhecimento**: Prevenção e Promoção da Saúde São Paulo: Atheneu; 2004.

CAETANO, L. M. O idoso e a Atividade Física. In: **Horizonte**: Revista de Educação Física e desporto, V.11, n. 124, 2006, p.20-28.

CAMARANO, A. A et al. **Como vive o idoso brasileiro?** In: CAMARANO, Ana Amélia (org). *Muito além dos 60*: Os Novos Idosos Brasileiros. IPEA,1999, p. 19-74.

CARVALHO, Jam, Wong LLR. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. In.: **Cad. Saúde Pública**, 2008, p. 597-605.

CELADE. **Proyecciones de población**. 2012. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatística/população/indicasaude. Acesso em: 15 ago. 2018.

CHALOULT, L. **Une nouvelle classification des drogues toxicomanogènes. Toxicomanies**. 1971.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA I.P.; Moraes J. C. O.; Almeida M. R. **Perfil de idosos usuários de álcool acompanhados em uma unidade da estratégia saúde da família**. Universidade Federal de Campina Grande, 2013. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idins_crito_1448_4039e99649017eae86fd57370271395b.pdf. Acesso em: 06 abr. 2017.

COSTA, Elizabeth M. Sene. **Gerontodrama**: a velhice em cena-estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. São Paulo: Agora, 1998.

COSTA, Juvenal S. Dias et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. In: **Revista Saúde Pública**, vol. 38, n. 2, São Paulo,

2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Acesso em: 24 abr. 2017.

COSTA, N. Epidemia Invisível: **Droga na terceira idade**. 2012. Disponível: <<http://gazetaweb.globo.com/gazetadealagoas/noticia.php?c=195195>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

CRESWEL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRIVES, Miranice Nunes dos Santos; DIMENSTEIN, Magda. Dimenstein. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. In: **Saúde e Sociedade** v.12, n. 2, jul-dez 2003, p .26-37.

CRUZ, Danielle Teles da. Et al. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. In: **Rev. Saúde Pública**, v. 5, São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid. Acesso em: 26 set. 2018.

EASTONE, D. **A Framework for Political Analysis**. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1965.

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drug Addiction. **Treatment and care for older drug users**. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2010.

FARIELO, Danilo; VIEIRA Catherine. A vida começa aos 60. In: **Valor On Line**, São Paulo, 20 de julho de 2007. Disponível em: www.valoronline.com.br/valoreconomico/285/euefimdesemana/cultura.html. Acesso em: 19 mar. 2018.

FEATHERSTONE, M. **O curso da vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento**. In.: G. G. Debert (Org.). *Textos didáticos: antropologia e velhice*. Campinas: IFCH/UNBOSIICAMP, 1998, p. 7-27.

FELIX, Jogemar. **Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional**, 2007. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/trabalhos/economia-da-longevidade-uma-revisao-da-bibliografia-brasileira-sobre-o-envelhecimento>. Acesso em: 13 nov. 2017.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. In: **Psico**, USF, v. 15, n. 3, set./dez. 2010, p. 357-364. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a09>. Acesso em: 10 dez. 2018.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joice Elias Costa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOCCHI, Guilherme R. de et al. **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001.

FONER, Eric. **Tom Paine and Revolutionary America**. New York: Oxford University Press, 1976.

FONTES, Maria. **O que é dependência química?** Tipos de drogas, efeitos e tratamentos. CEMP. 2014. Disponível em http://www.cemp.com.br/arquivos/98752_66.pdf. Acesso em: 01 set. 2018.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Resumo Executivo**. Envelhecimento no Século XXI: celebração e Desafio. New York, 2012. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.

GALLASSI, A. D.; ALVARENGA, P.G.; COUTTOLENC, B. F. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. In: **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo, Atlas, 2008.

HIRATA, E. S. **Tratamento do Alcoolismo no Idoso**. In: BRASIL. Secretaria Nacional sobre Drogas. *Tratamento das Dependências Químicas: Aspectos Básicos*. Brasília: SENAD, 2002.

HULSE, Gary K. Alcohol, drugs and much more in later life. In: **Rev. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 34-41, Abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. In.: **Síntese de Indicadores Sociais**: Rio de Janeiro, IBGE, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: Características gerais da população. IBGE. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/83/cd_2000_caracteristicas_populacao_amostra.pdf. Acesso em: 20 nov. 2017.

JACOB, Luís. **Envelhecimento da população**. In.: JACOB, LUÍS; SANTOS, EDUARDO; POCINHO; RICARDO; FERNANDES; HÉLDER (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspectivas Atuais*. Piscoossoma: Viseu, 2013.

JOMAR, Rafael Tavares et al. Perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. In: **J Bras Psiquiatr.** Rio de Janeiro, 2015, p. 55-62.

KUCHEMANN, B.E. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. In: **Sociedade e Estado**, 2012, p. 165-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0055.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

LASWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How.** Cleveland: Meridian Books, 1936.

LEÃO, A. **As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental.** 2006. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LEÃO, A.; BARROS, S. Social inclusion and exclusion: the social representations of mental health professionals. In: **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.137-52, jan./mar. 2011.

LENAD. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.** Ronaldo Laranjeira (Supervisão) et al., São Paulo: INPAD, UNIFESP, 2014.

LIMA, A. P.; DELGADO, E. I. A Melhor Idade no Brasil: Aspectos Biopsicossociais Decorrentes do Processo de Envelhecimento. In: **Revista de Educação Física**, Ji-Paraná, v.1, n.2, p. 76-91, set./out. 2010.

LINDBLOM, Charles E. "Still Muddling, Not Yet Through". In: **Public Administration Review**, 39, p. 517-526, 1979.

LOFWALL, M. R.; BROONER, R. K.; BIGELOW, G. E.; KINDBOM, K.; STRAIN, E. C. Characteristics of older opioid maintenance patients. In: **Journal of Substance Abuse Treatment**, 28, p. 265-272, 2005.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas.** 12 ed. Rio de Janeiro, 2013.

MANGUEIRA, S. et, al. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. In: **Psicologia & Sociedade.** 2015. p.157-168. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n1/1807-0310-psoc-27-01-00157.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTÍNEZ, F.M et al. **Aspectos biológicos del envejecimiento.** In: PÉREZ, E. A. et al. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

MASCARO, Sônia de Amorim. **O que é velhice.** São Paulo: Brasiliense, 1997.

MAZZUCCO, Geórgia Damiani. **O trabalho grupal desenvolvido com mulheres idosas e viúvas do SESC.** Trabalho de Conclusão de Curso, Serviço Social, 1995.

MEIRELLES, Kátia Melissa. Velhice e Alcoolismo. In: **Revista portal**, n. 53, Ano VII, Jul/Ago/Set. 2017. Disponível em <www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova>. Acesso em: 22 jun. 2018.

MENDES, R.D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n. 3, 2005.

MESSY, Jack. **A pessoa idosa não existe**: Uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORAES, E. et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2006, p. 321-325. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n1/1807-0310-psoc-27-01-00157.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2017.

MOURA, Joviane A. **História da assistência à saúde mental no Brasil**: da reforma psiquiátrica à construção dos mecanismos de atenção psicossocial, 2011. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 25 ago. 2018

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras chaves em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001.

NIMTZ, M. A; TAVARES, A. M. F; MAFTUM, M. A; FERREIRA, A. C. Z; BORBA, L. O; CAPISTRANO, F. C. Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos. In: **Cogitare enferm.**, 19, 2014, p. 667-672.

NOIA, Aparecida Santos et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. In: **Rev. esc. enferm.**, USP, São Paulo, vol. 46, p. 38-43, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700006>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Informe de un grupo científico de la OMS sobre la epidemiología del envejecimiento. Ginebra: OMS, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Health of the Elderly. Technical Report Series**. Geneva: OMS, 1989.

OTTONI, Máximo Alessandro Mendes. **A Trajetória das políticas públicas de amparo ao idoso no Brasil**. 2012. 93f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claro, 2012.

PILLON S. C. et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial - álcool e outras drogas. In: **Esc. Anna Nery**, vol. 14, n.4, Rio de Janeiro, Out./Dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414: Acesso em: 19 abr. 2017

POCINHO, Ricardo, S. P. **Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal**. Tese de doutoramento em Psicogerontologia, Universitat de València, 2014. Disponível em: <http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018.

PRUDENCIO, Juliana. **A política de saúde mental e os usuários de drogas: tratamento e internação compulsória**. Universidade Federal do Maranhão. São Luis. 2017.

RAMOS LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. In: **Rev. de Saúde Pública**, 1987, p. 211-224.

RIBEIRO, Mariana dos Santos et al. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. In. **Rev. Bras. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2017, p. 880-888. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/pt_1809-9823-rbgg-20-06-00869.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

ROSA, Carlos Mendes; VILHENA, Junia de. Do manicômio ao CAPS da contenção (im)pediosa à responsabilização. In: **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 37, jul./dez. 2012, p.154-176. Disponível: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2498/2361>. Acesso em: 25 ago. 2018.

ROSENBERG, R. **Envelhecimento e Morte**. In: KOVÁCS, M. J. (Ed.) *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

SALGADO, Marcelo Antônio. Os Grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. Políticas públicas para a habitação do idoso. In: **A Terceira Idade**, v. 39, São Paulo, 2007.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. In: **Ciênc. saúde coletiva**, vol.18, n. 7, 2013, p. 2129-2138.

SANTOS, Cátia Batista Tavares dos; OLIVEIRA, Thaissa Fernanda Kratochwill de; MIRANDA, Lilian. **Estudo da demanda de um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade de médio porte: imagens dos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. **O envelhecimento na atualidade**: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. In: Rev. Estudos de Psicologia. Campinas, 2008, p. 585-593. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa: Lidel-edições técnicas, 2010.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 9, 1993, p. 349- 363.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 24 ed. São Paulo: Cortez, 2016.

SILVA, Vanessa. **Velhice e envelhecimento**: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do sesc-estrito. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2009. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial287076.pdf>. Acesso em: 06 nov. 18.

SILVEIRA, Dartiu; SILVEIRA, Evelyn. **Substâncias Psicoativas e seus Efeitos**: Eixo Políticas e Fundamentos, 2017. Disponível em: <http://aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094213-001.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

SIMÕES, Júlio A.; DEBERT, Guita G. **Envelhecimento e velhice na família contemporânea**. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. (org.) *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1366-1373.

SIMON, Herbert. **Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: USAID, 1957.

SOUZA, C. Política Públicas: uma revisão da literatura. In: **Sociologias**, Porto Alegre, n.16, jun/dez. 2006, p. 20-45.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas**: Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas. Salvador: Fundação Luís Eduardo Magalhães, 2002.

TARQUINO, Maria Louiza; LIRA Lara Caline Santos. Dependência química e envelhecimento: as faces da invisibilidade nas pessoas. In: **Anais CIEH**, v. 2, Campina Grande, 2015. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA2_ID434_08092015194046.pdf. Acesso em: 26 fev. 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2017.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. In: **Rev Saúde Pública**, 2005, p. 507. Disponível em: www.fsp.usp.br/rs. Acesso em: 15 jan. 2019.

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. O processo saúde doença mental: a exclusão social. In: **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1/2, p. 86-90, jan./dez. 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Maria Auxiliadora Carteadó Leal, pesquisadora responsável, convido o (a) Senhor (a) a participar da pesquisa que estou realizando, com o objetivo de analisar os fatores relacionados ao uso abusivo de álcool no idoso. Caso concorde em participar será realizada uma entrevista com duração de cerca de 20 minutos, que ocorrerá quando você puder. A nossa conversa será realizada em uma sala da instituição, sem a presença de estranhos, garantindo assim a sua privacidade e que o seu nome não será revelado em momento algum. Serão realizados registros da sua fala por meio de gravador se o (a) Senhor (a) permitir. Os dados coletados serão arquivados pela pesquisadora responsável por um período de cinco anos e serão guardados na Universidade Católica do Salvador UCSAL, localizada na Federação, Salvador - BA, após este prazo, as gravações serão destruídas. Os dados, depois de analisados, serão divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde. O Senhor (a) poderá se sentir incomodado pelo gasto de tempo com a entrevista e os riscos que o (a) Senhor (a) estará sujeito são: desconforto ao lembrar ou falar sobre situações desagradáveis e constrangimento ou vergonha diante de algumas perguntas. Para evitar seu desconforto, a entrevista será interrompida a qualquer instante se o (a) senhor (a) desejar; poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa sem prejuízos e se achar necessário. Sua participação não trará benefício direto para o (a) Senhor (a), nem financeiro para nenhuma das partes; mas contribuirá para os estudos sobre os fatores relacionados ao uso abusivo de álcool no idoso. O (A) Senhor (a) tem assegurado os direitos de: recusar-se a participar da pesquisa sem sofrer penalização alguma, receber respostas a todas as suas dúvidas sobre a pesquisa em qualquer etapa, retirar o consentimento quando desejar, deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer qualquer tipo de punição, poderá também retirar ou acrescentar informações quando quiser, e receber do pesquisador e da instituição uma indenização caso seja comprovado que a pesquisa lhe causou algum dano que esteja ou não listado neste termo. Para maiores informações e retirada de dúvidas a pesquisadora responsável se encontra na Universidade Católica do Salvador situada em Salvador, bairro da Federação, Campus universitário - UCSAL, telefone: (71) 3203-8800. Este termo será feito em duas vias e assinado se o Sr(a) consentir, sendo que uma via fica com você outra com a pesquisadora.

Endereço CEP: Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica do Salvador – CEP/UCSal

Atendimento: Segunda a sexta: 08h às 12h. Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205, Federação – Salvador/BA – CEP: 40231-902. Tel: (71) 3203-8913. E-mail: CEP@ucsal.br

Data: ____/____/201__

Assinatura do participante

Maria Auxiliadora Carteadó Leal
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B – Carta de anuência

Sra. Coordenadora do CAPS AD, Camaçari-Ba

Salvador, 30 de novembro de 2017

Eu, Maria Auxiliadora Carteadó Leal, discente do curso de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania desta universidade e pesquisadora responsável, solicito a apreciação do projeto de pesquisa intitulado “FATORES ASSOCIADOS AO ALCOOLISMO NO IDOSO” no sentido do mesmo poder ser realizado utilizando no CAPS AD como campo de pesquisa. Na oportunidade solicito o termo de anuência da instituição e garanto que a pesquisa será iniciada somente após o deferimento do Comitê de ética da Universidade Católica do Salvador.

Certa de contar com a vossa apreciação, respeitosamente.

Maria Auxiliadora Carteadó Leal

APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1. Como está sendo envelhecer para o senhor ou senhora?

.....
.....
.....
.....

2. Como o senhor ou a senhora chegou ao serviço CAPS AD da região metropolitana de Salvador-BA?

.....
.....
.....
.....

3. Em que medida o CAPS AD da região metropolitana de Salvador- BA tem contribuído para o senhor ou a senhora reduzir o consumo de álcool e outras drogas?

.....
.....
.....
.....

4. Por que o senhor ou a senhora começou a usar drogas?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Quais são as drogas mais utilizadas pelo senhor ou pela senhora?

.....
.....
.....
.....

6. De que maneira o uso de drogas afetou sua convivência com familiares, social e no trabalho?

.....
.....
.....

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do conselho de ética

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 2.505.667

Objetivos específicos:

Verificar o perfil sociodemográfico do idoso alcoolista; Analisar como são as relações estabelecidas pelos idosos com família, amigos e comunidade; Investigar o contexto sociocultural do idoso alcoolista; Identificar os fatores que contribuem para o idoso tornar-se um alcoolista; Analisar quais são as estratégias adotadas pela família, pelos profissionais da saúde para evitar esse uso abusivo de álcool pelo idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A respeito dos riscos e medidas de minimização, a pesquisadora assinala que: "O Senhor(a) poderá se sentir incomodado pelo gasto de tempo com a entrevista e os riscos que o (a) Senhor (a) estará sujeito são: Há risco de sentir-se constrangido e desconfortável por abordar questões relacionadas ao alcoolismo. Para evitar seu desconforto e constrangimento, a entrevista será interrompida a qualquer instante, se o senhor(a) desejar; poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa sem prejuízos e se achar necessário." No que diz respeito aos benefícios, a pesquisadora informa que para o participante do estudo não haverá benefício direto, no entanto, "...Sua participação contribuirá para os estudos sobre os fatores relacionados ao uso abusivo de álcool no idoso."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é complexo e de grande relevância uma vez que o uso abusivo do álcool traz consequências físicas, sociais e psíquicas muito graves particularmente para a pessoa idosa. De acordo com a revisão da literatura apresentada no projeto, o aumento do envelhecimento populacional e o consumo nocivo do álcool pelos idosos demonstra a urgência de novas políticas de atenção para esse grupo etário, principalmente para questões relativas à promoção da saúde e prevenção de doenças. Desse modo, conforme assinala a autora do projeto, "a qualidade de vida nos idosos é um desafio diante do aumento do segmento desta população, exigindo uma reestruturação e planejamento social e da saúde."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora do projeto apresenta os seguintes termos: Declaração de anuência para realização da pesquisa assinada pela Diretora do Departamento de Planejamento, Avaliação e Monitoramento do SUS da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Camaçari - Bahia; a folha de rosto, o

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589
Bairro: PITUACU CEP: 41.740-090
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 2.505.667

cronograma, o orçamento que se encontram adequados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que atende as prerrogativas da Resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas na Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do colegiado, ocorrida em 21/02/2018, fica deliberado que o projeto se encontra aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1043507.pdf	02/02/2018 11:12:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimento.pdf	02/02/2018 11:12:19	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.jpg	02/02/2018 11:09:14	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/12/2017 11:55:11	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_UCSAL.pdf	04/12/2017 11:54:18	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_.pdf	04/12/2017 11:44:00	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	04/12/2017 11:18:24	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589
Bairro: PITUACU CEP: 41.740-090
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 2.505.667

cronograma, o orçamento que se encontram adequados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que atende as prerrogativas da Resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos previstas na Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do colegiado, ocorrida em 21/02/2018, fica deliberado que o projeto se encontra aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1043507.pdf	02/02/2018 11:12:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimento.pdf	02/02/2018 11:12:19	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.jpg	02/02/2018 11:09:14	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/12/2017 11:55:11	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_UCSAL.pdf	04/12/2017 11:54:18	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_.pdf	04/12/2017 11:44:00	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	04/12/2017 11:18:24	MARIA AUXILIADORA CARTEADO LEAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589
 Bairro: PITUACU CEP: 41.740-090
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

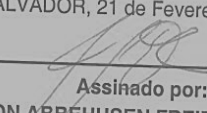
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 2.505.667

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SALVADOR, 21 de Fevereiro de 2018


Assinado por:
ANDERSON ABBEUSEN FREIRE DE CARVALHO
(Coordenador)

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589
Bairro: PITUACU CEP: 41.740-090
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

ANEXO B – PORTARIAS E RESOLUÇÕES

2007	▶ PORTARIA Nº 303, DE 7 DE MAIO DE 2007 Adequação dos cadastros dos estabelecimentos de saúde que possuem vínculo com Residência Terapêutica em Saúde.
2006	▶ PORTARIA Nº 748, DE 10 DE OUTUBRO DE 2006 Implantação de residências terapêuticas vinculadas aos estabelecimentos de atenção a Saúde Mental.
	▶ PORTARIA Nº 2.528, DE 19 DE OUTUBRO DE 2006 Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
	▶ PORTARIA Nº 2.529, DE 19 DE OUTUBRO DE 2006 Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.
	▶ PORTARIA Nº 351, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2006 Altera o art. 19 da Portaria MDS nº 459, de 19 de setembro de 2005
2005	▶ PORTARIA Nº 1.868/GM DE 111 DE OUTUBRO DE 2005 Revogar a Portaria nº 810/GM, de 22 de setembro de 1989....
2004	▶ PORTARIA Nº 80, DE 2 de abril de 2004 Estabelece os critérios e procedimentos relativos à transferência de recursos financeiros para os Fundos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, destinados à rede de Serviços Assistenciais de Ação Continuada.
	▶ PORTARIA Nº 78 DE 8 DE ABRIL DE 2004 Estabelece diretrizes e normas para a implementação do "Programa de Atenção Integral à Família - PAIF" e dá outras providências.
2002	▶ ATO PORTARIA Nº 251/GM, DE 31 DE JANEIRO DE 2002 Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.
	▶ PORTARIA Nº 702, DE 12 DE ABRIL DE 2002 O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais; Considerando a necessidade de promover ações de prevenção; promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa.
	▶ PORTARIA Nº 249, DE 12 ABRIL DE 2002 Considerando a Portaria GM/MS Nº 702, de 12 de abril de 2002, que cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso;
	▶ PORTARIA Nº 1.258, DE 9 DE JULHO DE 2002 determina que os critérios para remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde;

2001	<p>► PORTARIA SAS Nº 111, DE 3 DE ABRIL DE 2001 Necessidade de um constante acompanhamento dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, bem como a necessidade de intensificar as atividades relativas ao controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde;</p> <p>► PORTARIA 469/GM, DE 6 DE ABRIL DE 2001 Altera a sistemática de remuneração dos procedimentos de internação em hospital psiquiátrico e dá outras providências.</p> <p>► PORTARIA Nº 1.058, DE 18 DE JULHO DE 2001 Deliberação da Organização Mundial de Saúde, que institui 2001 como o Ano Internacional da Saúde Mental</p> <p>► PORTARIA Nº 73, DE 10 DE MAIO DE 2001 “Garantia de direitos e cumprimento de deveres para um envelhecimento saudável com qualidade de vida.”</p>
2000	<p>► PORTARIA Nº 2.854, DE 19 DE JULHO DE 2000 Institui modalidades de atendimento que observem o contido na Política Nacional de Assistência Social</p> <p>► PORTARIA Nº 2.874, DE 30 DE AGOSTO DE 2000 Altera dispositivos da Portaria Nº 2854, de 19 de julho de 2.000.</p>
1999	<p>► PORTARIA Nº 280, DE 7 DE ABRIL DE 1999 Considerando que é de competência dos órgãos e entidades públicas da área da saúde, dentro da Política Nacional do Idoso, prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde desse segmento da população;</p> <p>► PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 5.153 DE 07 DE ABRIL DE 1999 Instituir o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos a ser coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.</p>
1997	<p>► RESOLUÇÃO INSS/PR Nº 435, DE 18 DE MARÇO DE 1997 - DOU DE 04/04/97 Estabelece normas e procedimentos para a operacionalização do Benefício de Prestação Continuada Devido à Pessoa Portadora de Deficiência e ao Idoso e dá outras providências.</p>
1989	<p>► PORTARIA Nº 810/GM/MS, DE 22 DE SETEMBRO DE 1989 Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional.</p> <p>► PORTARIA Nº 760, DE 27 DE SETEMBRO DE 1989 Fica assegurado aos maiores de 60 (sessenta) anos o acesso gratuito aos Parques Nacionais e demais unidades de conservação ambiental administradas pelo Ihamas desde que abertas a visitação pública.</p>

	<u>RESOLUÇÕES</u>
2006	<p>► RESOLUÇÃO Nº 1.692, DE 24 DE OUTUBRO DE 2006 Dispõe sobre procedimentos a serem observados na aplicação do Estatuto do Idoso no âmbito dos serviços de transporte rodoviário interestadual de passageiros, e dá outras providências.</p>
2005	<p>► RESOLUÇÃO Nº 933, DE 13 DE ABRIL DE 2005 Altera e acrescenta dispositivo à Resolução 654, de 27 de julho de 2004, que dispõe sobre procedimentos de aplicação do Estatuto do Idoso, no âmbito do transporte ferroviário regular de passageiros, na esfera de atuação da ANTT.</p> <p>► RESOLUÇÃO Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005 Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.</p>
2004	<p>► RESOLUÇÃO Nº 260-ANTQ, DE 27 DE JULHO DE 2004 Aprova a norma para a concessão de benefício aos idosos no transporte aquaviário interestadual de passageiros.</p> <p>► RESOLUÇÃO Nº 654, DE 27 DE JULHO DE 2004 Dispõe sobre procedimentos a serem observados na aplicação do Estatuto do Idoso, no âmbito dos serviços de transporte ferroviário interestadual regular de passageiros e dá outras providências.</p>