

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Roberto da Cruz Fonseca Junior

**AS EXPERIÊNCIAS SOCIAIS DE IDOSOS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA**

PORTO ALEGRE

2017

Ficha Catalográfica

F676e Fonseca Junior, Roberto da Cruz

As experiências sociais de idosos que fazem uso de álcool e outras drogas em municípios de fronteira / Roberto da Cruz Fonseca Junior . – 2017.

115 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi.

1. Envelhecimento. 2. Uso de álcool e outras drogas. 3. CAPSad. 4. Violência Estrutural. 5. Experiências Sociais. I. Grossi, Patrícia Krieger. II. Título.

Roberto da Cruz Fonseca Junior

AS EXPERIENCIAS SOCIAIS DE IDOSOS QUE FAZEM USO DE ALCOOL E
OUTRAS DROGAS EM MUNICIPIOS DE FRONTEIRA

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Patrícia Krieger Grossi.

PORTO ALEGRE

2017

ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR

**AS EXPERIENCIAS SOCIAIS DE IDOSOS QUE FAZEM USO DE ALCOOL E
OUTRAS DROGAS EM MUNICIPIOS DE FRONTEIRA**

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

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Patrícia Krieger Grossi (Orientadora)
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Professora Doutora Maria Isabel de Barros Bellini
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Professor Doutor Jairo da Luz Oliveira
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

PORTO ALEGRE

2017

*Dedico esta dissertação de mestrado aos
meus avôs, Antônio Soares Machado e Ary Fonseca,
ambos idosos trabalhadores que tiveram suas
experiências sociais atravessadas pelo
consumo exagerado de álcool.
(in memoriam)*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus e aos irmãos de luz, que me acompanham e me auxiliam em minha jornada. A meus pais, Roberto e Neima, que, junto com minha avó Malvina (in memoriam), me ensinaram que a educação e o conhecimento são o maior bem que uma família proletária pode oferecer aos seus filhos.

Aos meus irmãos, Lucas e Matheus, que sempre me apoiaram. A minha noiva Débora Carolina, pelo companheirismo, amor e paciência. A minha sogra Varli e sogro Jorge, pela intensa convivência e acolhimento em sua casa nos momentos decisivos do processo de escrita.

As minhas cunhadas Tati e Ju, que se tornaram duas irmãs.

Aos amigos e amigas de UNIPAMPA e movimento estudantil: Alene, Vera, Jaime, Ronivelton, Kelvin, Jaime Peres, Franciele, Lisi, Thiara, Jessica, Cassio, Nizar, Gabriel, Flavio, Kissila Carolina, Dafne, Roberta, Claudio, Wagner, Fernanda, Gislaine bem como, suas famílias.

A professora Patrícia Grossi, que me acolheu no NEPEVI, se tornando uma orientadora fantástica, que compartilhou seu conhecimento e proporcionou-me realizar outras mediações acerca das temáticas de gênero, raça e etnia, gerontologia e direitos humanos.

Aos colegas de NEPEVI: Tamires, João, Lucas, Beatriz, Michele, Kleber, Joana, Clarissa, Edison e Ana Rita pela acolhida, risadas e parceria no processo de construção/ formação, de um Roberto pesquisador.

Ao professor Jairo da Luz Oliveira e à professora Maria Isabel de Barros Bellini, componentes da banca examinadora, que com suas contribuições e sugestões auxiliaram no aprimoramento da dissertação.

A todos os professores que contribuiriam neste processo de obtenção do título de mestrado, desde a minha alfabetização que se iniciou na Escola Bento Gonçalves na Praia de Quintão, passando pelo ensino médio e pela graduação em Serviço Social na Fundação Universidade Federal do Pampa em São Borja/RS, até os queridos(as) professores e professoras do PPGSS/PucRS.

Aos colegas de turma de mestrado, que sempre estabeleceram um profícuo debate em sala de aula e corredores, contribuindo para a reflexão dos momentos vivenciados no país e no mundo.

Aos Centros de Atendimento Psicossocial álcool e outras drogas – CAPSad, pela receptividade e auxílio no processo de pesquisa, bem como pela confiança depositada pelos usuários entrevistados, que dividiram suas experiências sociais, o que possibilitou a escrita da presente pesquisa.

E a um projeto de governo social e democrático, que sofreu um golpe, mas que outrora possibilitou a este filho da classe trabalhadora realizar uma universidade pública gratuita e de qualidade, assim como ao programa de bolsas de estudo em pós-graduação do CNPq, que viabilizou este estudo.

Muito Obrigado!

*Peço licença, pois, to chegando da fronteira
Trago na escrita uma alma gaúcha,
Uma alma castelhana e missioneira
Trago na escrita o sofrimento e alegria
De veteranos campeiros que buscam mudar sua vida
Trago na escrita a pura, o bolicho e bochincho
Pois, não ai quem pinte melhor este retrato
Que um velho borracho
(Roberto da Cruz Fonseca Junior)*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Conjunto da Rede CAPS | 43 |
| Quadro 2 - Quadro demonstrativo de entrevistados | 65 |
| Gráfico 1 - Evolução Histórica de Rede CAPSad no Estado do Rio Grande do Sul | 45 |
| Gráfico 2 - Escolaridade dos Idosos Pesquisados..... | 70 |
| Gráfico 3 – Etnia dos Idoso Entrevistados..... | 72 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Porcentagem de idosos (as) no locus de Estudo..... | 25 |
| Tabela 2 – Principais características dos entrevistados | 70 |
| Tabela 3 – Drogas mais utilizadas juntamente com o álcool pelos usuários.... | 75 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASEL - Associação Brasileira de Bares de Restaurantes;
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial;
CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas;
CAPSad III – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas
CAPS I – Centros de Atenção Psicossocial I;
CAPS i – Centros de Atenção Psicossocial Infantil;
CAPS II – Centros de Atenção Psicossocial II;
CAPS III – Centros de Atenção Psicossocial III;
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
EFS – Estratégia de Saúde da Família;
FGV – Fundação Getúlio Vargas;
FIO CRUZ – Fundação Oswaldo Cruz;
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística;
INFOPEN – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada;
NAPS – Núcleo de apoio Psicossocial;
OMS – Organização Mundial da Saúde;
PNI – Política Nacional do Idoso;
SENAD – Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas;
SUS – Sistema Único de Saúde;
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
UNB – Universidade de Brasília;
UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime);

RESUMO

A presente dissertação de mestrado traz para a cena as experiências sociais de idosos que fazem uso de álcool e outras drogas e estão em atendimento em Centros de Atendimento Psicossocial álcool e outras drogas – CAPSad, localizados em municípios de fronteira do Rio Grande do Sul. Ressaltamos que o uso de drogas atualmente é uma doença que acomete o mundo todo, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública que acarretam em incapacidade para o mundo do trabalho, bem como é gerador de processos de violência, levando até mesmo a mortes. As pessoas idosas estão entre os segmentos populacionais acometidos por esse problema e sofrem com a invisibilidade por parte do Estado e estigmatização da sociedade e familiares devido ao seu estado de adoecimento. Por isso, os profissionais que atuam na área da saúde e cotidianamente atendem pessoas idosas precisam estar atentos para os problemas que circundam estes usuários. Através desse estudo busca-se analisar as experiências sociais das pessoas idosas que frequentam o serviço CAPSad, com seus familiares, amigos, relações de trabalho e com o próprio serviço. Procuramos problematizar os processos que permeiam a realidade institucional, bem como as principais características da amostra dos idosos usuários de álcool e outras drogas atendidos pela política municipal de saúde mental no período de 2016. Foram entrevistados oito usuários idosos do sexo masculino entre os dois CAPSad, um localizado em São Borja e outro em Santana do Livramento na fronteira do Rio Grande do Sul e duas informantes-chave, que atuam nesses espaços institucionais e que fazem parte da equipe. A pesquisa tem como norte o Método Materialista, Histórico e Dialético, com uma configuração qualitativa, exploratória e descritiva, seguindo a técnica de análise de conteúdo segundo Gil (1987). Os resultados revelam que as experiências sociais das pessoas idosas são diversas, porém são atravessadas por uma cultura patriarcal, violenta, pauperizada, em que pode-se pontuar a relação do uso de álcool e outras drogas com suas relações sociais, familiares e comunitárias. O uso de drogas iniciou, de modo geral, na infância e adolescência, não sendo uma expressão do processo de envelhecimento. O uso de álcool como uma expressão da questão social se evidencia ao analisarmos as experiências sociais dos idosos, cujo consumo de álcool torna-se exacerbado em função de relações com o trabalho, desemprego e o processo de violência estrutural que circunda o seu cotidiano. Percebe-se a baixa procura de mulheres idosas pelo atendimento nos CAPSad, o que acaba repercutindo também para a invisibilidade das questões de gênero no atendimento realizado nos CAPSad. Isto se deve à cultura patriarcal e aos papéis de gênero tradicionais que contribuem para uma maior estigmatização das mulheres que fazem uso de álcool e drogas, independentemente da faixa etária. Conclui-se que existe a necessidade de maior capacitação dos profissionais para atender as especificidades de gênero, geração e outros marcadores identitários que perpassam as experiências sociais dos sujeitos, e maiores investimentos do Estado nos CAPSad por desempenharem um papel fundamental para o tratamento de usuários (as) de álcool e outras drogas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, com vistas à inclusão social e à quebra de estigmas associados à pessoa idosa que

faz uso de álcool, como “vagabunda”, “sem-vergonha” ou simplesmente “*borracha*” (bêbada).

Palavras Chave: Envelhecimento. Uso de álcool e outras drogas. CAPSad. Violência estrutural. Experiências sociais.

ABSTRACT

This dissertation brings to the scene the social experiences of elderly people who use alcohol and other drugs and are in attendance at Centros de Atendimento Psicossocial álcool e outras drogas – CAPSad, located in municipalities on the border of Rio Grande do Sul. Drugs addiction is today a disease that affects the whole world, becoming one of the biggest public health problems that result in incapacity for labor, as well as it generates processes of violence, leading to even deaths. Older people are among the population segments affected by this problem and suffer from invisibility on the part of the State and stigmatization of society and family due to their state of illness. Therefore, professionals who work in the health area and daily care for elderly people need to be attentive to the problems that surround these users. This study seeks to analyze the social experiences of the elderly people who attend the CAPSad service, with their relatives, friends, work relations and with the service itself. We seek to problematize the processes that permeate the institutional reality, as well as the main characteristics of the sample of the elderly users of alcohol and other drugs served by the municipal mental health policy in the period of 2016. We interviewed eight elderly male users between the two CAPSad, One located in São Borja and another in Santana do Livramento on the border of Rio Grande do Sul and two key informants who work in these institutional spaces and who are part of the team. The research is based on the Materialistic, Historical and Dialectical Method, with a qualitative, exploratory and descriptive configuration, following the technique of content analysis according to Gil (1987). The results reveal that the social experiences of the elderly are diverse, but they are crossed by a patriarchal, violent, impoverished culture, in which the relationship of alcohol and other drugs with their social, family and community relations can be punctuated. Drug use began in general in childhood and adolescence, and is not an expression of the aging process. The use of alcohol as an expression of the social question is evidenced when analyzing the social experiences of the elderly, whose alcohol consumption becomes exacerbated due to relationships with work, unemployment and the process of structural violence that surrounds their daily life. The low demand of elderly women for CAPSad care is evident, which also impacts on the invisibility of gender issues in the care provided in CAPSad. This is due to the patriarchal culture and traditional gender roles that contribute to a greater stigmatization of women who use alcohol and drugs, regardless of age. It is concluded that there is a need for a greater capacity of professionals to meet the specificities of gender, generation and other identity markers that permeate the social experiences of the subjects, and greater investments of the State in CAPSad for playing a fundamental role for the treatment of users (As well as alcohol and other drugs, contributing to the improvement of the quality of life, with a view to social inclusion and the breakdown of stigmas associated with alcohol use, such as "vagabond", "shameless" or simply " Rubber "(drunk).

Keywords: Aging. Use of alcohol and other drugs CAPSad. Structural violence. Experience socials.

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE A PESSOA IDOSA | 21 |
| 2.1 O envelhecimento da população brasileira, breves considerações: os números, as políticas e a realidade..... | 21 |
| 2.2 A Velhice em Tempo de Capital..... | 26 |
| 2.3 A Política de Saúde brasileira e a sua relação com a pessoa idosa..... | 34 |
| 2.4 A Política Pública de Saúde Mental no Brasil e o surgimento dos Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS | 37 |
| 2.5 O uso de drogas na sociedade contemporânea..... | 46 |
| 2.6 Drogas lícitas e ilícitas: da economia à violência..... | 50 |
| 3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA..... | 59 |
| 3.1 O método..... | 59 |
| 3.2 Categorias do método..... | 61 |
| 3.3 Modalidade da pesquisa..... | 64 |
| 3.4 Análise dos dados..... | 66 |
| 3.5 Princípios éticos da pesquisa..... | 66 |
| 4 RETIRANDO A VENDA – O BORRACHO, O BOLICHO E A FRONTEIRA..... | 68 |
| 4.1 Do primeiro gole de pura até a velhice: as características de pessoas idosas que estão em atendimento nos CAPSad..... | 69 |
| 4.2 O bochincho está armado: as expressões de violência vivenciadas através do uso de drogas no cotidiano dos usuários do CAPSad..... | 77 |
| 4.3 <i>Mui borrachos</i>: a pura, a família e o tratamento..... | 83 |
| 4.4 O CAPSad pelas informantes-chave..... | 87 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 93 |
| REFERÊNCIAS..... | 99 |
| ANEXO A..... | 108 |
| ANEXO B..... | 109 |
| ANEXO C..... | 110 |
| ANEXO D..... | 111 |

| | |
|-------------------------|------------|
| ANEXO E..... | 112 |
| ANEXO F..... | 113 |
| ANEXO G..... | 114 |
| APÊNDICE I..... | 115 |
| APÊNDICE II..... | 118 |

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa buscou investigar na perspectiva do materialismo histórico e dialético, através de suas categorias historicidade, totalidade e contradição, as experiências sociais das pessoas idosas usuárias de álcool e outras drogas atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) em municípios de fronteira do Rio Grande do Sul no ano de 2016. O estudo tem como finalidade propiciar uma análise que venha a apresentar os fatores motivadores do uso de álcool e outras drogas por idosos, as principais características desses idosos, suas relações com família, servidores do CAPSad e comunidade, bem como a frequência dos mesmos no tratamento.

O objetivo geral do estudo consiste em “Conhecer as experiências sociais das pessoas idosas usuárias de álcool e outras drogas em relação ao atendimento realizado nos CAPS no ano de 2016, a fim de qualificar e ampliar o atendimento prestado em municípios de fronteira do Rio Grande do Sul”. Para tanto, neste processo, foram criados três objetivos específicos que, entre si, tornam possível a retirada da venda que permeia o cotidiano do uso de álcool e outras drogas na vida dos sujeitos pesquisados.

O primeiro objetivo específico visa “identificar o fluxo de atendimentos realizado às pessoas idosas atendidas nos CAPSad no período de 2016, e as experiências sociais de pessoas idosas no serviço, nas suas relações familiares e sociais”. Já o segundo, consiste em “identificar as características dos usuários acima de 60 anos que estiveram em tratamento nos CAPS em função do uso de álcool e outras drogas no período de 2016 para que se possa desvendar as particularidades deste público”. O último objetivo específico buscou “Conhecer a realidade institucional dos CAPS em municípios de fronteira no que tange às demandas da população idosa a fim de fornecer subsídios para qualificar as políticas públicas de saúde nos municípios pesquisados”.

Segundo os dados do último censo demográfico do ano de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população brasileira idosa está crescendo gradativamente. Não obstante, o censo 2010 ainda aponta a Região Sul como sendo a região com maior densidade de pessoas acima dos 60 anos, sendo que o Rio Grande do Sul é o Estado que detém a

maior taxa de idosos de nosso país. Entende-se que o número de pessoas idosas tende a crescer, assim como tende a crescer a ocorrência de doenças relacionadas ao envelhecimento.

Na sociedade contemporânea, o uso de drogas vem tendo uma crescente. O índice desse fato a nível nacional se alastra dia após dia, “22,8% da população pesquisada admitiu que já fez uso, em algum momento de sua vida, de drogas, exceto tabaco e álcool, correspondendo a uma população de 10.746.991 pessoas”. (BRASIL, 2005, p. 34). Esse processo que permeia o uso de drogas na atualidade perpassa diversos fatores, mas os hábitos culturais ainda legitimam o uso de drogas.

Percebe-se, então, que o processo de crescimento da população idosa traz consigo uma série de privações que vão desde o não acesso às políticas públicas, de Assistência, Previdência e em especial à Política de Saúde Pública, principalmente no que tange aquilo que os formuladores de políticas, no Brasil, referem-se como “custo social da população idosa”. Este custo é calculado como sendo sempre três vezes maior que o custo geral da população. Isto porque esse custo mais elevado onera, sobretudo, o sistema de saúde, pois o crescimento da esperança de vida, historicamente, vem acompanhado, no mundo inteiro, de um aumento das doenças crônicas (MINAYO, 2002, p. 17).

No sentido de dar relevância às demandas oriundas do uso de drogas por pessoas idosas é que se faz necessário o presente estudo acadêmico na área das Ciências Sociais Aplicadas – dentro, mais especificamente, do Serviço Social –, entendendo, desta forma, este processo social como uma expressão da questão social¹ que ainda não foi amplamente problematizada em estudos da área. A discussão desse tema está concentrada em áreas do conhecimento como a Enfermagem, Psicologia e Farmacologia.

Sendo assim, esta dissertação de mestrado enfocará as experiências sociais relacionadas ao uso de drogas por pessoas idosas atendidas nos CAPSad de municípios de região de fronteira do Rio Grande do Sul, sob a ótica

¹ “O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”. (IAMAMOTO, 2010, p. 27).

do Serviço Social. Além disso, pretende-se construir em nível de doutorado, posteriormente, um novo estudo com recorte dentro do presente tema, possibilitando, assim, avançar ainda mais nas questões que envolvem o uso de drogas por pessoas idosas em outras esferas.

O estudo, ainda, traz à tona, em seu processo de análise dos dados, os rebatimentos que a questão social apresenta na trajetória do envelhecimento, sendo que este, segundo Paiva (2014), é “o resultado das condições objetivas de vida dos (as) trabalhadores (as)”, além de demonstrar a real porcentagem de idosos(as) usuários de drogas atendidos pela Política de Saúde Pública dos municípios no interior da fronteira gaúcha. Deve-se destacar que um estudo americano divulgou que um terço da população idosa (acima de 60 anos), no continente americano, consumiu álcool e 3,5% consumiram uma ou mais substâncias ilícitas no último ano, aumentando, desta maneira, ainda mais a relevância do presente estudo (PILLON et al, 2013).

No Brasil, as pesquisas quanto ao uso de drogas por faixa etária ainda não são muito conclusivas devido ao elevado lapso de espaço que existe entre as idades dos sujeitos pesquisados. Segundo o último levantamento realizado pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (2005), o uso de drogas foi definido pelas seguintes faixas etárias: 12 a 17; 18 a 25; 26 a 34 e 35 a 65 anos. Contudo, os dados disponibilizados pelo estudo nos revelam que 51,3% dos entrevistados estão entre 35 e 65 anos. Destes 75% admitiram o uso de bebidas alcoólicas. Outro dado relevante está nos sujeitos que utilizam tabaco, sendo 52,6% deles entre 35 a 65 anos.

A Maconha foi a droga mais citada (8,8%), seguida pelos Solventes (6,1%), Benzodiazepínicos (5,6%) e os Orexígenos (medicamentos para estimular o apetite). Estes últimos medicamentos não têm controle de receita para adquiri-los. (BRASIL, 2005, p. 37).

Os orexígenos também foram as drogas mais utilizadas entre a faixa etária de 35 a 65 anos.

No Estado do Rio Grande do Sul, uma pesquisa realizada em 1997 pelo conselho Estadual do Idoso e Universidades do Rio Grande do Sul, intitulada “OS IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida”, em seu bojo de estudos traz dados relevantes frente ao uso de álcool e outras drogas por pessoas idosas. O estudo contou com 7.821

participantes, sendo que 10,43% dos entrevistados admitiram que sofrem com problemas de alcoolismo e 18,68% com problemas de tabagismo.

Outros dados que corroboram a relevância desse estudo são provenientes de uma pesquisa que fez parte do projeto Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre (EMIPOA), e que foi desenvolvida pelo IGG/PUCRS, nesta destaca-se que:

Estudos realizados em amostras clínicas evidenciaram um aumento significativo do uso de álcool na população idosa. As pesquisas mostram que 6 a 11% dos pacientes idosos admitidos em hospitais gerais apresentam sintomas de dependência alcoólica, inclusive as estimativas de admissão por alcoolismo nos serviços de emergência se equiparam às admissões por infarto. (SENGER et al, 2011, p. 714).

A pesquisa feita pelo EMIPOA, ainda aponta em seus dados que a prevalência no uso de álcool está para ambos os gêneros em 7,5% e 23,9% para o tabaco. Sendo que o alcoolismo e o tabagismo prevaleceram entre os homens, 11,7% para o álcool e 20,8% para o tabaco. Outro ponto importante foi o índice de baixa escolaridade prevalente entre alcoolistas e tabagistas (ibidem).

Um dado relevante é demonstrado por Oliveira quando este observa em sua dissertação de mestrado a relação entre idosos usuários de álcool e o consumo que estes faziam da mesma droga ainda na infância e adolescência por influência da família (OLIVEIRA, 2001).

Ao pensar o uso de drogas de um lado e as pessoas idosas de outro, buscou-se dados dentro da produção de conhecimento já realizada na área do Serviço Social e sua relação com os estudos acerca do envelhecimento. Esta busca foi realizada no banco de dissertações e teses da Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, na base de dados Scielo, e no Banco Brasileiro de teses e dissertações, revelando-se uma temática ainda não explorada em conjunto, mas, sim, em momentos separados, ou seja, a temática “idosos e alcoolismo” é ainda pouco explorada por estudos do Serviço Social e demais áreas do conhecimento.

A partir da pesquisa bibliográfica realizada no período de 2006 a 2016, utilizando como palavras chaves: envelhecimento; velhice; idoso; pessoa idosa; uso de drogas; dependente químico; CAPS; identificou-se que há uma

dissertação de mestrado com o título “Para além dos muros do manicômio: a atenção aos idosos nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS”, de autoria de Vanessa Castro Alves, do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUC RS – PPGSS (2015), e um artigo científico na base de dados Scielo sob o título “Perfil dos Idosos Atendidos em Um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas”, de Sandra Cristina Pillon, da área da saúde, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo – EERP – USP (2010), provando, assim, a carência na literatura. Desta forma, chega-se à verificação da importância, relevância e responsabilidade de pesquisar o tema proposto para este trabalho.

A pesquisa vem a contribuir no sentido de se refletir estratégias que possam propor novas intervenções para fortalecer as ações de prevenção, tratamento e inserção social de pessoas idosas atendidas nos serviços públicos de atenção ao uso de álcool e outras drogas, assim como promover a construção e elaboração de políticas públicas voltadas para a participação ativa deste segmento populacional na sociedade.

A partir do exposto acima, cabe ressaltar que o estudo está estruturado em quatro capítulos e considerações finais. O primeiro capítulo consiste na introdução. O segundo capítulo se concentra no referencial teórico. É nele que se articula o uso de drogas e o envelhecimento enquanto categorias teóricas explicativas da realidade. É quando a revisão bibliográfica sobre o tema faz aproximações com a realidade a ser investigada, o que depois será retomado quando forem analisados os dados da pesquisa.

O terceiro capítulo trata das escolhas adotadas para a investigação. Diz respeito aos procedimentos metodológicos que embasaram a pesquisa, o método dialético-crítico que norteia o estudo, e ainda mostra o processo de pesquisa, iniciando com a delimitação do tema de pesquisa, seguida pelo tipo de pesquisa, sujeitos da pesquisa, instrumentos e técnicas, assim como os procedimentos adotados para a coleta de dados e análise e princípios éticos.

O quarto capítulo é composto da análise dos dados, onde estão apontados os resultados da pesquisa, como o número de pessoas idosas atendidas, as principais características dos idosos da amostra e a realidade institucional dos CAPSad na visão das coordenações e usuários. Neste capítulo também são apresentados extratos de falas dos usuários

entrevistados, pelos quais foi possível evidenciar o começo do uso de drogas na vida dos idosos, as situações de violência vivenciadas pelos mesmos e suas relações familiares e comunitárias, desvendando, deste modo, as experiências sociais das pessoas idosas atendidas nos espaços pesquisados.

Por fim, nas Considerações Finais teceram-se algumas reflexões e problematizações referentes ao processo de atendimento dos usuários evidenciado na pesquisa, visando um melhor planejamento na prestação do serviço aos idosos atendidos pela Política de Saúde Mental dos municípios pesquisados.

2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE A PESSOA IDOSA

Ao se iniciar uma discussão sobre o processo de envelhecimento humano, deve-se ressaltar que, atualmente, o processo de envelhecimento vem sendo amplamente discutido e evidenciado em esfera mundial, seja pela mídia, organismos internacionais ou Estados. Esta discussão se amplia visto que, analisando-se as últimas décadas, a população brasileira, assim como a população mundial, está encolhendo em relação ao número de jovens em prol do número de idosos. Este movimento de diminuição da população mais jovem e crescimento da população idosa tem origem nos países desenvolvidos, nos quais, já no final da década de 1940 e começo de 1950, iniciou-se uma diminuição da mortalidade.

Essa tendência de queda na taxa de mortalidade pode ser atribuída às grandes conquistas da área da saúde. “Aliado a estes fatores a queda de fecundidade, iniciada na década de 1960, permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica” (MENDES et al, 2005, p. 423) de idosos no cenário atual. Com este contexto instituído como modelo, os países menos desenvolvidos começam, então, a segui-lo.

2.1 O envelhecimento da população brasileira, breves considerações: os números, as políticas e a realidade

No Brasil, o “aumento da expectativa de vida tem sido evidenciada pelos avanços tecnológicos relacionados à área de saúde nos últimos 60 anos” (MENDES et al, 2005, p. 423), são medicamentos, vacinas e tratamentos completos ofertados pelo SUS – Sistema Único de Saúde que vêm tornando possível a prevenção ou cura de muitas doenças, assim contribuindo para a longevidade da população. Outra prova deste fenômeno é o crescimento da população de idosos, os recentes dados expostos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE (2015) apontam a queda na taxa de fecundidade nas regiões Sudeste e Sul, que apresentam as estruturas etárias mais envelhecidas do país. Segundo a Secretaria de Direitos Humanos – SDH (2014), “a tendência de envelhecimento da população brasileira cristalizou-se

mais uma vez na nova pesquisa do IBGE”, referindo-se ao fato de que os idosos já somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991.

O processo de conceituação do envelhecimento humano é caracterizado de duas formas, na primeira ele é visto como um fator advindo do passar do tempo, e, na segunda, “o envelhecimento humano vem, cada vez mais, sendo entendido como um processo influenciado por diversos fatores como gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individuais e coletivos da sociedade, entre outros”. (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 589).

O envelhecimento é um processo contínuo biológico, psicológico, social e cultural que se inicia ao nascer e que, no caso brasileiro, vem se prolongando nas últimas décadas. “Assim, o grupo de idosos é, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira”. (CLOSS; SCHWANKE, 2012, p. 444). Nesta década, “o crescimento da população idosa é consequência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e a redução da mortalidade da população idosa”. (CAMARANO; KENSO; MELLO, 2004, p. 26).

Observa-se que no ciclo do envelhecimento, temos a velhice como o último estágio da vida (VARANI, 2007). A velhice traz consigo, em algumas culturas, como, por exemplo, a oriental, uma super valorização da pessoa idosa, o que não se aplica aos países ocidentais, que estigmatizam a pessoa idosa como aquela que não consegue mais trabalhar, que está sempre doente ou mesmo, uma pessoa amarga, infeliz.

Segundo Varani (2007), a antropologia nos demonstra que a velhice, além de um complexo fenômeno biopsicossocial, é um fato sociocultural, ou seja, dependerá da cultura em que este idoso está inserido. Em algumas culturas, ele poderá ser marginalizado ou reconhecido e supervalorizado pela sociedade. Varani (2007, p. 41) aponta, ainda, alguns exemplos para a compreensão da fase da velhice nas diferentes sociedades:

Algumas civilizações, como os esquimós, incitavam o velho ao suicídio, quando já não podiam mais caçar; os hotentotes da África respeitavam apenas os idosos lúcidos e descartavam aqueles que perderam a lucidez [...]. Já em outras sociedades, a velhice era fortemente valorizada com a importante função de dar continuidade

aos valores do grupo, transformando-se em “depositários vivos” do saber e da cultura daquele povo. Podem-se exemplificar os idosos pertencentes a tribo dos Yahgans, na Terra do Fago: eram respeitados e pertenciam ao “conselho dos velhos”, instância deliberativa máxima da comunidade.

O trato com o envelhecimento, como aponta Varani (2007), é variado e detém traços culturais. No entanto, é possível verificar algumas semelhanças entre a atual sociedade e uma tribo africana. A prática de descartar os idosos que não estão mais lúcidos de seu convívio, como é o caso da tribo dos hotentotes da África, pode ser comparada com os relatos de abandono que circundam o cotidiano das casas geriátricas e instituições de longa permanência de nossa sociedade.

A construção social que permeia o envelhecimento se caracteriza por uma série de pré-conceitos com os quais a pessoa idosa tem que lidar e que acabam gerando problemas de fundo emocional – como a depressão, que podem vir a somar aos problemas que esta pessoa já vive devido à ação do tempo no seu corpo, como o desgaste dos ossos e articulações, a perda de visão e audição, a maior suscetibilidade a doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e reumatismo. O uso de drogas acentua os problemas de saúde já existentes na pessoa idosa. Goldman (2000, p. 23) afirma que:

[...] o idoso se depara com problemas de rejeição da auto-imagem e tende a assumir como verdadeiros os valores da sociedade que o marginalizam. Dessa forma, a marginalização do idoso se processa ao nível social e é quase sempre assumida pelo próprio idoso que, não tendo condições de superar as dificuldades naturais do envelhecimento, se deixa conduzir por padrões preconceituosos que o colocam à margem da sociedade.

Esta identidade social² é assumida pela pessoa idosa, assim reforçando valores sociais estereotipados que advêm não só da sociedade, mas de sua própria família ou de pessoas da sua intimidade ou convivência, acabando, assim, por afetar as suas relações sociais e familiares. Desta forma, a pessoa idosa, na visão de Goldman (2000), pode reagir se marginalizando, isto é,

² A teoria da Identidade Social é proposta por uma série de semelhanças grupais, os indivíduos envolvidos precisam se definir e serem definidos por outros. Assim, assumem papéis determinados, passando aqui a pessoa idosa a pertencer a uma determinada categoria social. Os indivíduos atingem, assim, consenso social sobre a avaliação de seu grupo e a sua pertença a esse grupo, permitindo aos seus membros uma identificação social e relacional (TORRES; CAMARGO; BOUSFIELD, 2016).

aceitando para si os rótulos sociais. Mas, também, pode resistir a esse estigma e não internalizar o estereótipo.

O crescimento da população idosa brasileira se deve a uma série de fatores que vão desde o aumento na qualidade de vida até os avanços no campo da medicina e farmacologia que atenuam gradativamente o processo natural do envelhecimento, como já foi exposto anteriormente. Mas cabe ressaltar que o processo de busca pelo rejuvenescimento se fortalece a cada dia.

Segundo Augustin (2013), essa busca constitui-se enquanto uma herança que advém do Egito antigo. Nessa época, os Faraós já se preocupavam em manter a juventude eterna, utilizando maquiagens para o rosto, o mesmo fim tinham os famosos banhos de leite que a rainha Cleópatra utilizava para deixar sua pele com aspecto jovial.

De acordo com as normas sociais e de saúde vigentes em nosso país, toda a pessoa que se encontra na faixa acima de 60 anos é caracterizada como uma pessoa idosa. E estando neste grupo etário, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, na atualidade segundo o IBGE (2014), essa pessoa tem uma expectativa de vida, no Brasil, que chega em torno dos 74,9 anos para ambos os gêneros. Ainda a OMS aponta que, em um período aproximado de 15 a 20 anos, o crescimento da população idosa deverá acentuar-se e atingir aproximadamente 32 a 35 milhões de residentes no país, o que significa uma alta taxa de expectativa de vida. Isto significa que vivemos em um Brasil que cada vez mais adquire cabelos brancos (BRASIL, 2007).

Outros dados que demonstram este envelhecimento da população brasileira estão no locus de pesquisa, nos municípios de São Borja e Santana do Livramento, no Rio Grande do Sul. No município de São Borja/RS, a população total representa 61.671 pessoas (conforme tabela 1), sendo que a população idosa representa 13,84% (8.536 pessoas) desse número e é composta em sua maioria por mulheres. Quadro semelhante pode-se visualizar em Santana do Livramento, que detém atualmente 82.464 pessoas, destas, 16,06% (13.244 pessoas) estão na faixa acima de 60 anos. Deste total, 57,17% são mulheres (7.572 pessoas) (IBGE, 2012).

Tabela 1 - Porcentagem de idosos (as) no locus de estudo:

| Município | Total (n) | Idosos (n) | Idoso (%) |
|------------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| São Borja | 61,671 | 8,536 | 13,84 |
| Santana do Livramento | 82,464 | 13,244 | 16,06 |
| Rio Grande do Sul | 10.693.929 | 1.661.498 | 15,50 |

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Elaborado pelo autor, Porto Alegre, 2016.

Cabe destacar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um país pode ser considerado estruturalmente envelhecido quando sua taxa de idosos, em um país em desenvolvimento como o Brasil, ultrapassa 7% da população total, o que acontece no locus do estudo.

Hoje, o país conta com a Política Nacional do Idoso – PNI, Lei 8.842/94, que ainda não consegue desenvolver um trabalho efetivo na perspectiva do atendimento aos idosos, cujo número, a cada dia que passa, cresce gradativamente. Tal retardo na implementação das ações a serem desenvolvidas pela PNI provém de um tempo em que a mesma foi submetida a um processo de revisão e implementação, o que acabou ocorrendo somente em 2010 pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva, assim destravando o processo de implementação da PNI.

Portanto, a PNI vem atender aos acordos internacionais de Viena e Madri, que possibilitam o debate frente a uma proposta de envelhecimento saudável, baseada, principalmente, na lógica de que na sociedade do capital:

As condições desiguais de vida e de trabalho, a que estiveram submetidas as pessoas determinam, o declínio das funções orgânicas, manifestadas durante o envelhecimento, e tendem a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre idosos da mesma idade. (AUGUSTIN, 2013, p. 235).

Contudo, no atual cenário nacional, a PNI, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e os avanços constitucionais no tripé da seguridade social formam, na esfera legal, um arcabouço de proteção social aos idosos, mas que ainda necessita de ações mais efetivas, pois as mesmas ainda se encontram no plano de inércia, em que pese a possibilidade de dispor às pessoas idosas

todos os seus direitos para que, na velhice, as mesmas tenham a efetiva possibilidade de exercer sua cidadania em uma vida social plena e digna.

2.2 A Velhice em Tempo de Capital

Na sociedade contemporânea, capitalista e ocidental, a velhice acabou por se vestir com as determinações do sistema. Estas novas roupagens que atualmente vestem a velhice são cercadas por dois universos. De um lado, um novo discurso onde a valorização da pessoa idosa passa por um envelhecimento ativo defendido pelos órgãos internacionais; do outro, a desvalorização da pessoa idosa frente à sociedade. Sendo assim, é dentro desta dicotomia que se buscará investigar a velhice em tempo de capital. No entanto, é correto afirmar que assim como existe uma obsolescência programada para cada material fabricado atualmente, também há um limite de idade que determina o valor social de um ser humano, ou melhor, “qualquer valoração fundamenta-se na ideia básica de produtividade, inerente ao próprio capitalismo”. (MENDES et al, 2005, p. 423).

Desta forma, o modelo capitalista fez com que a velhice começasse a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, uma vez que a individualidade já teria os seus potenciais evolutivos exauridos pela idade e perderia, então, o seu valor social. Assim, não existe mais a possibilidade de produção de riqueza, e a velhice perde o seu valor simbólico (VERAS, 2002).

Não obstante, soma-se a este ponto da conjuntura da velhice o fato de que, hoje, o envelhecimento é tratado como um “problema social”. Esta denominação perante a sociedade tem seu início em Madri e se consolida em Viena, nos encontros realizados pela ONU para discutir a questão da velhice e envelhecimento no mundo. Essa discussão tem seu afloramento diante de estudos dos campos demográficos e gerontológicos, que, por sua vez, apontam um crescente aumento da população mundial acima dos 60 anos para as próximas décadas. O aumento específico deste grupo etário vem refletindo um crescimento em nível mundial das demandas sociais e econômicas e, além disso, significa “uma ‘ameaça’ ao sistema previdenciário, de saúde e de assistência social”. (TEIXEIRA, 2006, p. 27). Segundo os organismos

internacionais, a solução para tal problema está na criação de mecanismos legais que possibilitem a responsabilidade pelas demandas da pessoa idosa em primeiro lugar, a família, a sociedade civil (livre iniciativa) e Estado.

Na difusão dessa problemática, destaca-se a Organização das Nações Unidas, que, em 1982, declarou o “Ano Internacional do Idoso” e realizou, em Viena, a Assembléia Mundial sobre a Velhice, sua mensagem é encarar o envelhecimento como um problema global [...] a gerontologia internacional vem desenvolvendo esforços para universalizar uma epistemologia cultural específica por meio da comunicação unidirecional, na qual esses eventos internacionais constituem expressões dessa tendência, influenciando o modo de interpretar a “problemática social” do envelhecimento, bem como as políticas sociais a esta dirigida. (TEIXEIRA, 2006, p. 26).

No que se refere à velhice, nossa cultura ainda sustenta um conceito que entende o idoso como alguém que não pode mais exercer uma atividade que possa vir a contribuir para a sociedade, muito devido a estes processos de declínio de sua capacidade laborativa, como ressalta Augustin (2013). Nesta conjuntura, uma parcela dos idosos fica fadada à cadeia do consumo e não mais da produção, enquanto outra parcela se mantém em atividades profissionais, buscando suprir uma condição de vida que a aposentadoria por si só, por vezes, não lhes permite manter (CAMARANO; KANSO; MELLO 2004).

Vivemos em uma sociedade baseada nos meios de produção, quer dizer, conforme for nossa intensidade produtiva, quanto mais produzirmos, melhor seremos aos olhos do capital. Seguindo esta lógica, pode-se afirmar que o *status quo* regido pela sociedade burguesa coisifica ainda mais o ser humano, fazendo com que as relações sociais produzam uma desumanização do ser humano (IAMAMOTO, 2010b), tornando, na sociedade capitalista, o idoso uma engrenagem ultrapassada no que concerne o processo dos meios de produção, sendo novamente o conflito Capital x Trabalho o fio condutor da desigualdade.

O sistema econômico atual está baseado no lucro e a ele está subordinada quase toda a civilização. Assim, o homem interessa, na medida em que tem condições de render. O velho, então, incapaz de produzir tanto quanto antes, passa a representar uma carga, um fardo, cujo transporte não é de interesse de muitos. (MOSQUEIRA, 1983 apud PEDROZO; PORTELLA, 2003, p. 172).

Pode-se afirmar que o idoso que já fora um jovem trabalhador ainda é atingido pelas ações do Capital, pois observa-se um horizonte nebuloso para a

condição de aposentadoria hoje na cena nacional. Isto porque a PEC 287/2016, que trata da reforma da previdência social enviada ao Congresso Nacional, estabelece a idade mínima de 65 anos para homens e mulheres se aposentarem com o tempo mínimo de contribuição de 25 anos (BRASIL, 2016). Mas o que causa mais preocupação é o fato de o aumento da aposentadoria estar diretamente ligado a expectativa de vida da população, assim, quanto mais se vive, maior é o tempo de contribuição, não se levando em conta as particularidades e singularidades do processo de envelhecimento em um país com dimensões continentais. Segundo levantamentos do IBGE (Censo 2010) e estimativas do Ipea (2013), é cada vez maior o número de idosos que ultrapassam o período de direito à aposentadoria e continuam trabalhando.

Com isso, ocorre a absorção direta das horas de descanso deste trabalhador em subempregos, como afirma Marx (2006, p. 271), “o Capital, é trabalho morto que, como um vampiro, se reanima sugando o trabalho vivo, e quanto mais o suga, mais forte se torna”.

Segundo a lógica que permeia a sociedade capitalista moderna, o aumento na expectativa de vida implica uma elevação do índice de idosos trabalhadores, como aponta o IBGE (2013) em seus novos levantamentos sobre o mundo do trabalho. Conforme o IBGE (2013), atualmente, 4,5 milhões de aposentados continuam no mercado de trabalho, sendo que muitos destes se submetem ao mercado informal e a subempregos, como relata Teixeira (2006, p. 69-70):

Outra característica típica da realidade brasileira é a permanência dos idosos no sistema produtivo. Quase 50% dentre os idosos e um terço entre as idosas ainda trabalham, em piores situações, sem carteira profissional, mesmo quando inseridos no mercado formal. Geralmente, esses idosos situam-se no setor informal ou de subsistência, como autônomos, em atividades agropecuárias e comércio, realidade comum aos mais pobres.

Para Cockell (2014), o Estado, visualizando os indicadores sociais com base no aumento da expectativa de vida, passa a articular formas que possibilitem o aumento da idade mínima para aposentadoria, bem como a permanência ou retorno a uma atividade remunerada. De acordo com esta conjuntura, os(as) idosos(as) ainda continuam tendo sua vida explorada pelo sistema econômico vigente. Aumentam, assim, o leque das “Expressões da

Questão Social” que se consolidam no cotidiano de trabalho atual, que prima por trabalhadores polivalentes e multifuncionais.

Indo por esta linha de raciocínio, concorda-se com Coutinho (2010, p. 51) quando o mesmo afirma que, na atualidade, as então denominadas políticas sociais “estão, cada vez mais, fora da órbita de ação desse tipo de Estado [mínimo para o trabalhador e máximo para o capital], pelo simples fato de que não é possível compatibilizar a plena cidadania política e social com o capitalismo”. Isto porque as ferramentas utilizadas para comprimir os direitos sociais dos(as) trabalhadores(as) idosos(as) perpetuam-se dia após dia com a retirada de direitos adquiridos durante anos de lutas, como o fator previdenciário.

Ao analisar a dialética do envelhecimento e a velhice no âmbito da questão social, deve-se discutir o processo de envelhecimento que o ser humano vivencia cotidianamente e a sua relação com a questão social. Para tanto, seguiremos o pensamento de Marx quando o mesmo diz que, para conhecer a sociedade feudal, deve-se conhecer a sociedade moderna, ou seja, para compreender a sociedade dos velhos trabalhadores (trabalhadores do século XVIII), devemos conhecer a sociedade dos jovens trabalhadores (trabalhadores do século XXI). Sendo assim, para entender os pontos que ligam essa trajetória, seguiremos na linha de raciocínio que norteia os estudos de Yamamoto (2002a, p.10), segundo os quais a questão social deve ser entendida como “parte constitutiva das relações sociais capitalistas, apreendidas como expressão ampliada das desigualdades sociais”.

Desta forma, partindo da premissa de que o processo de envelhecimento humano é um fator condicionante à vida em sociedade, como já vimos acima, e que o trabalho é ontológico ao ser social, podemos compreender que estes dois processos – envelhecimento e trabalho – caminham linearmente lado a lado no processo histórico das civilizações. Para tanto, a construção ontológica do ser social está ligada intrinsecamente ao trabalho como ferramenta de desenvolvimento dos seres humanos. Pode-se dizer que o trabalho é a condição básica para que o ser humano construa a sua evolução e o seu processo de socialização. Vale ressaltar que, tomando por base uma visão marxista, é por meio do trabalho que o ser humano intervém junto à natureza e, assim, faz-se uma transformação de via dupla, em que o ser

humano cria condições de reprodução social que se evidenciam até o final de sua vida e, ao transformar a natureza, acaba, também, transformando a si mesmo. Desta forma, Ferreira (2012, p.10) destaca:

Sob a perspectiva marxiana, o homem objetiva-se pela produção e reprodução da vida material e humana, algo que se efetiva pelo trabalho. É por meio dessa atividade que o indivíduo se torna um ser social, diferenciando-se dos demais seres não humanos. O trabalho, então, é ontológico por ser fundante do ser social.

O processo de identidade do ser humano com o mundo do trabalho passa por conexões históricas ligadas à produção do trabalho. Produção que pode ser dividida, segundo Marx (2012), em trabalho concreto, aquele trabalho realmente necessário para sua subsistência, e trabalho abstrato, que é a relação de produção excedente ao necessário para a sua subsistência. Com o trabalho excedente, há a construção de um modelo econômico baseado na troca, onde a moeda é o próprio resultado do excedente gerado pelo ser humano, ou como Netto e Braz (2006) afirmam, é o nascer da mercadoria e as primeiras formas de troca (comércio) no século XIII.

Nesta perspectiva de acumulação, passa a existir a exploração do trabalho e a sua divisão social, gerando, assim, na comunidade, uma divisão baseada em um novo modelo econômico voltado para a exploração e uso de escravos. O trabalho, ferramenta construtiva do tear dos fios que consolidam a evolução humana, tem um papel protagonista no modo de produção capitalista a partir do século XXI, quando a disseminação deste acontece quase que por inteiro no mundo. Desta forma, configura-se um sistema hegemônico.

Esta modernização do capital que atravessou os séculos se caracteriza pelas lutas de classes, oriundas dos movimentos grevistas que reivindicavam condições dignas de trabalho, direitos trabalhistas e pleno emprego no início do século XIX, e é retratada por Netto (2001, não paginado) como a “revolta dos pauperizados”. Esta acabou sendo uma luta não só por um Estado que intervisse e assegurasse direitos (como exemplo: a proteção social), mas, também, por uma velhice plena e sadia. Essa luta possibilitou um arcabouço legal que formou a ideia de tríade da proteção social, que beneficiou todos os trabalhadores, garantindo direito à aposentadoria, saúde e uma perspectiva de envelhecimento saudável. A partir deste contexto histórico, a expressão “questão social” passou a ter um caráter ideológico-político, deste modo

revertendo à lógica da sociedade burguesa que, até então, negava a relação que o fenômeno da produção de riquezas oriunda do processo de industrialização tinha com a produção de pauperismo na sociedade (NETTO, 2001).

No entanto, o pauperismo se acirrava cada dia mais com o avanço das guerras que envolviam a Europa. Com o final da Segunda Grande Guerra, os governos do pós-guerra entraram em um consenso que visava a reconstrução dos países atingidos. É neste momento que os partidos de esquerda e direita se uniram na Europa em prol do chamado Welfare State, que institucionalizou a possibilidade de haver um compromisso governamental com a Proteção Social. Ressalta-se, ainda, que tal Política de proteção social passa pela reconstrução da Europa, que se encontrava devastada pela guerra. Esta proteção social tem como caráter dar condições de reprodução humana para a criação de um novo exército de reserva para o capital e a manutenção do sistema capitalista (BEHRING; BOCHETTI, 2011).

Cabe ressaltar que tais medidas de proteção evidenciadas no Estado de Bem-Estar Social são adotadas apenas como ferramenta de apoio ao avanço do modelo capitalista. Neste ponto, concorda-se com Paiva (2014, p. 216-218), que afirma que, no exato momento em que o Estado passa a incluir em seu discurso metas para atender a saúde no campo da gerontologia, o mesmo, também, está preocupado em “salvaguardar a ‘mão de obra’, cuidar do prolongamento da vida para preservar o ‘corpo capitalista’ gerador de riquezas”. Esta reflexão frente à proteção da “mão de obra” de idosos que, a cada dia, passa a estar mais presente no mercado de trabalho, demonstra uma nova conjuntura ligada diretamente à intervenção de órgãos como a Organização das Nações Unidas, que começa, a partir dos anos 80, a debater a questão do envelhecimento.

Desta forma, a *Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*³, que ocorreu em Viena em 1982, foi o primeiro passo para legitimar esse discurso

³ O Plano Internacional de Ação de Viena sobre o Envelhecimento é o primeiro instrumento internacional sobre o envelhecimento, e fornece uma base para a formulação de políticas e programas sobre o envelhecimento. Foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1982 (resolução 37/51), tendo sido aprovado no início desse mesmo ano na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena, na Áustria. Ele inclui 62 recomendações para a pesquisa-ação, endereçamento, coleta de dados e análise, formação e educação, bem como

de proteção social aos idosos em nível mundial. Estas metas discutidas pela ONU passam a ser executadas na perspectiva de um envelhecimento saudável, sendo este processo vinculado às políticas do Welfare State que já estavam afetadas pelo avanço neoliberal no âmbito europeu. Contudo, a implementação do Estado de Bem-Estar Social não chega aos países periféricos e subdesenvolvidos da América Latina (caso do Brasil), que também sofrem um avanço tardio no neoliberalismo.

Com a crise do Welfare State e o novo modelo toyotista⁴ de produção em massa, possibilitou-se o avanço da super exploração da mão de obra no mundo, gerando uma nova morfologia do trabalho e precarizando ainda mais as relações entre o proletariado e os detentores dos meios de produção. Isso acabou por influenciar diretamente as bases da “nova pobreza” nos países capitalistas centrais, como ressalta Alves (2007), atingindo um contingente de proletários excluídos da produção de valor do sistema capitalista e gerando, assim, um super inchaço de trabalhadores inativos a espera de trabalho formal, o que Marx (1996, p. 42) denomina *Exército industrial de reserva*⁵.

Na atual conjuntura capitalista, Alves (2007, p. 108) salienta que essas massas de trabalhadores que constituem o exército industrial de reserva são “excluídos e podem não pressionar o mercado de trabalho, tendo em vista que estão aquém das exigências de empregabilidade do sistema do capital”, contudo, fazem parte da simbólica ordem que constitui a *Barbárie Social*⁶, que se expande, a cada dia, nas grandes metrópoles e que vem sendo parte constitutiva do sóciometabolismo do capital diante da crise estrutural que o mesmo vem apresentando. Para Alves (2007, p. 108-109), a “crise do Welfare

as seguintes áreas setoriais: saúde e nutrição, proteção dos consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, a segurança de renda e emprego, e educação.

⁴ O modelo toyotista trata-se de um modelo de produção adotado pela indústria japonesa e difundido pela globalização. Basicamente o modelo toyotista contrata trabalhadores polivalentes que possam desempenhar não só a fabricação, mas também, possam controlar a qualidade da fabricação de peças no chão de fábrica. (Nossos grifos).

⁵ “O exército industrial de reserva funciona como regulador do nível geral de salários, impedindo que se eleve acima do valor da força de trabalho ou, se possível e de preferência, situando-o abaixo desse valor. Outra função do exército industrial de reserva consiste em colocar à disposição do capital a mão-de-obra suplementar de que carece nos momentos de brusca expansão produtiva, por motivo de abertura de novos mercados, de ingresso na fase de auge do ciclo econômico etc”. (MARX, 2006, p. 42).

⁶ A Barbárie Social consiste na mais excludente e desumana forma que o capitalismo assume em suas mais variáveis faces. Segundo Netto e Braz (2003), a Barbárie Social é responsável pelo fenômeno da fome na África, por exemplo – enquanto o capital detém altas taxas de alimentos estocados à espera dos melhores preços, milhões de pessoas morrem por falta de alimento.

State e da rede de proteção social coloca na ordem do dia, nos países capitalistas centrais, a chamada Nova Questão Social”. Nesta mesma linha de pensamento, Castel (2008, p. 231) afirma que “a nova questão social, hoje, parece ser o questionamento dessa função integradora do trabalho na sociedade”.

No entanto, temos que considerar este movimento dialético no qual a sociedade está inserida, mesmo existindo novas ou recentes manifestações da questão social, sendo estas principalmente oriundas da matriz econômica. Não podemos afirmar que há uma nova questão social. O que podemos dizer, contudo, com base em Santos (2012), é que a questão social é única, oriunda da relação de exploração que há entre capital e trabalho em todo o mundo.

Outro ponto a ser considerado em relação à questão social, segundo Santos (2008), é que as diferenças se dão na esfera da regionalidade. As manifestações das expressões da questão social são mutáveis devido às características da formação social e histórica que definem as particularidades de cada país. Sendo assim, as expressões da questão social que se manifestam no Brasil, por exemplo, não serão exatamente as mesmas que serão evidenciadas na França.

Portanto, é de extrema necessidade que fique claro que a questão social se expressa de formas diversas, com particularidades que são próprias e inerentes aos momentos históricos que vivem as diferentes regiões do mundo, ou mesmo de único país. Desta forma, conforme Yamamoto (2001a, p. 239), de um modo geral, “a questão social é gerada a partir das desigualdades da sociedade capitalista, em que o trabalho é coletivo, porém, a apropriação do capital é cada vez mais privada”.

Sendo assim, institui-se na sociedade um duplo movimento, pois ao mesmo tempo em que se provocam relações de exclusão e desigualdade, catapulta-se um processo de organização de determinados grupos sociais (sindicatos, movimentos de pensionistas, e etc.) em prol da luta e defesa de direitos, configurando um processo de resistência. Processo este que pode ser visto em esfera nacional na aprovação do Estatuto do Idoso, que acabou por garantir constitucionalmente os direitos da pessoa idosa.

2.3 A Política de Saúde brasileira e a sua relação com a pessoa idosa

Questões relacionadas à saúde estão em foco permanente, pois afetam diretamente a qualidade de vida de todos. A história da Política de Saúde brasileira, antes mesmo da ação estatal (intervenção direta), por meados dos séculos XVIII e XIX, foi constituída enquanto assistência médica focada em ações filantrópicas a práticas liberais. No transcorrer da história, a partir do século XX, no Brasil, surgem mudanças econômicas e políticas e, conseqüentemente, iniciativas de organização do setor da saúde. A questão da saúde começa a aparecer como reivindicação do movimento operário, surgindo campanhas limitadas e vigilância do exercício profissional (BRAVO, 2009).

A partir das reivindicações da classe trabalhadora e com vistas a aumentar a produtividade e reduzir o risco de doenças que incapacitam os operários para o trabalho, surge, então, neste cenário, a saúde enquanto questão social no Brasil. Isto se dá devido a fatores econômicos do avanço do perfil de um país exclusivamente agrário para um agrário-exportador que se eleva, neste cenário, por uma indústria cafeeira, refletindo, desta maneira, o avanço da divisão do trabalho e a emergência do trabalho assalariado (FINKELMAN, 2002 p. 119-129). A partir deste contexto, o Estado começa a redefinir seu papel enquanto órgão responsável por políticas públicas de atendimento à saúde.

As precárias condições de higiene, saúde e habitação provocadas pela aceleração da urbanização e o exponencial êxodo rural no Brasil do início do século XX, acarretaram a ampliação de uma massa trabalhadora pauperizada, e, por consequência, um leque de expressões da questão social (FINKELMAN, 2002 p. 119-129). Nesse mesmo período, a Política de Saúde estava organizada em saúde pública e medicina previdenciária. A medicina previdenciária aflora com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (CAPs) com a força da Lei Elói Chaves, em 1923, tendo suas ações focadas somente no atendimento aos trabalhadores formais, a que eram proporcionados alguns benefícios como: “assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral”. (BRAVO, 2009, p. 90). Contudo, a saúde pública predomina até os anos 1960 e centraliza-se na

criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana, dando-se ênfase a campanhas sanitaristas, criação de serviços de combate a endemias, entre outras ações (BRAVO, 2009).

[...] Em abril de 1941 o Departamento Nacional de Saúde Pública foi reformado, assumindo características de órgão normativo das práticas de assistência hospitalar e sanitária, além do controle de doenças transmissíveis e de problemas relacionados à nutrição e à manutenção das condições físicas das unidades hospitalares, instituiu programas voltados para as doenças mentais e degenerativas. Como resultados dessa reforma, foram criadas regiões sanitárias no país em locais considerados estratégicos, tanto do ponto de vista da propagação das endemias, quanto do ponto de vista econômico; institucionalizou-se as campanhas sanitárias, como método de trabalho mais eficaz, passando a ser constituído pelos Serviços Nacionais de Tuberculose, Peste, Malária e Febre Amarela [...]. (SILVA, 1996, p.15).

O modelo de previdência operante nas décadas de 1930 e 1940, no Brasil, foi de orientação contencionista, pois a previdência se preocupou mais com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampliação dos serviços. Desta forma, a Política Nacional de Saúde que se esboçava desde 1930 consolidou-se de 1945 a 1950 e até o ano de 1964 apresentou uma melhoria das condições sanitárias, mas não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e nem a mortalidade infantil da época. A implantação das empresas médicas, a partir dos anos 1950, ligadas a corporações médicas, apresentava forte interesse de ampliação de capital, passando, desta forma, a pressionar o Estado a financiar atendimentos em defesa das privatizações (BRAVO, 2009).

A ditadura militar, apesar de afirmar uma tendência ao desenvolvimento econômico-social e político, não resolveu os grandes problemas estruturais, entre eles o da saúde (BRAVO, 2009), que se aprofundaram devido à redução da atuação do Estado e ao aumento da atuação da iniciativa privada, que se fortaleceu exponencialmente, havendo, assim, uma fissura no que tange o atendimento público de saúde que se agravou nos anos seguintes (SILVA, 1996). Em face da “questão social”, no período de 1964-1974, o Estado pautou sua intervenção com moldes de repressão-assistencial. A política assistencial foi ampliada e burocratizada pelo poder estatal para aumentar o poder de regulação da sociedade. A política social entre 1974 e 1979 tinha por objetivo

trabalhar a “questão social” com mais rigor para que não houvesse tantas reivindicações da população (BRAVO, 2009).

Na década de 1980, apesar de haver o processo de democratização política superado o regime ditatorial, não foram significativos os benefícios destinados à população. Porém, após a ditadura, um número significativo de sujeitos – profissionais de saúde, o movimento sanitário, partidos políticos, sociedade civil – passou a mobilizar-se na promoção de reflexões sobre a importância da ampliação dos atendimentos na área da saúde, pois essa passa a ser, também, questão de discussão entre partidos para que houvesse viabilização de debates a partir dos movimentos sociais urbanos. Acirram-se discussões voltadas para a universalização do acesso à saúde enquanto direito social universal (BRAVO, 2009).

O processo constituinte, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), introduziu diversos avanços que buscavam desfazer todas as injustiças históricas que permeavam o atendimento à população. Em relação à saúde, o texto constitucional veio a sanar grande parte das reivindicações do movimento sanitário, tendo como base o estabelecimento do tripé da Seguridade Social – Previdência, Saúde e Assistência Social – (BRAVO, 2009).

Marco decisório de atendimento à saúde foi a criação (1987) do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, posteriormente (1988) intitulado SUS – Sistema Único de Saúde. O SUS representa evidente conquista de melhoria na qualidade dos atendimentos de saúde. Porém, sua operacionalização vem sendo permeada por avanços e retrocessos políticos por meio de ações governamentais que culminaram com rebatimentos na área de saúde. Destaca-se que houve algumas incertezas quanto à implementação do Projeto de Reforma Sanitária no final da década de 1980, por haver muita ineficácia no setor público e reorganização dos setores conservadores contrários à reforma. A Reforma Sanitária foi impulsionada pela construção democrática mobilizadora de movimentos sociais e profissionais da sociedade civil (BRAVO, 2009).

Nos anos 1990, o Estado redireciona seu papel influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Há um ataque direto por parte dos setores políticos – influenciados por grandes capitalistas – à chamada reforma da previdência, e

não da seguridade. A proposta de Seguridade Social prevista na Constituição de 1988 veio a ser desmontada. A seguridade transformou-se em previdência enquanto seguro. A proposta da Política de Saúde, construída nos anos 1980 vem sendo desconstruída enquanto direito público, assim como, também, não vem sendo cumpridos os dispositivos constitucionais previstos no SUS, pois os gastos com saúde ainda são ínfimos (BRAVO, 2009).

O SUS, como estratégia do Projeto de Reforma Sanitária e mobilização dos profissionais de saúde, tem a preocupação de assegurar que o Estado atue em função da sociedade enquanto denominação de Estado democrático de direito. O Sistema Único de Saúde encontra-se em implantação constante no Brasil. A Política de Saúde incorporou as demandas do movimento sanitário, o qual entendia a saúde como um resultado de políticas econômicas e sociais, além de ser um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2006).

A constituição de 1988 avançou no campo do trabalho e da saúde, tratando a saúde como questão de direito, sendo a saúde percebida, não apenas como ausência de doença, mas sim como “resultante das condições de alimentação, educação, salário, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade, acesso aos serviços de saúde”. A saúde adquire assim, status de direito social. (MENDES, 2002, p.142).

A implementação do SUS produziu alguns resultados imediatos, principalmente em relação à universalização. Esse princípio findou a separação que havia no sistema de saúde pública pela qual o atendimento era diferenciado entre os “incluídos e os não-incluídos economicamente”.

Desse modo, o Estado passou a repensar a sua concepção de cidadania, que entendia que os direitos sociais eram somente para a população inserida no mercado de trabalho formal. Sendo assim, o SUS, em sua estruturação, é de grande importância, e sua operacionalização pode proporcionar à população usuária do serviço de saúde pública muitos resultados positivos. Porém, ainda há problemas a serem superados para a sua consolidação, principalmente em relação à qualidade dos serviços prestados à população usuária do sistema (BRASIL, CONASS, 2009).

Mas os desafios não se resumem à qualidade do serviço, pois o SUS é construído a partir do princípio da universalização. Segundo o Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (BRASIL, 2006), a realidade brasileira

ainda vive uma experiência da segmentação junto a essa universalização do sistema, ou seja, há o SUS operacional, que é o segmentado, e há, ainda, um SUS constitucional, e esse assegura a universalidade do acesso à saúde (BRASIL, CONASS, 2006).

No Brasil, apesar de iniciativas do Governo Federal nos anos 70 em prol das pessoas idosas, apenas em 1994 foi instituída uma política nacional voltada para esse grupo (FERNANDES & SOARES, 2011, p 1495). A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994, assegura os direitos sociais à pessoa idosa, e criou juridicamente condições para promover sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade e reafirmar seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. (BRASIL,)

Um marco contemporâneo referente à saúde da pessoa idosa se concentra na PNSPI – Política Nacional da Pessoa Idosa, que foi aprovada em 2006. Esta legislação abarca avanços importantes como: “ampliação das ações de promoção, atenção integral, provimentos de recursos, participação e controle social” (SOUZA; MINAYO, 2010, p. 2665), além de formação permanente dos profissionais, cooperação internacional e apoio em estudos na área da saúde da pessoa idosa. O texto da política ainda indica uma articulação intersectorial e compartilhada com demais políticas de saúde, como a PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (2001), o Pacto pela Saúde (2006) e a Política de Promoção a Saúde (2006). Entre estas políticas está a preocupação em realizar ações de prevenção e abandono do uso de álcool e tabaco e do sedentarismo, em todos os níveis de atenção a pessoa idosa (SOUZA; MINAYO, 2010).

A PNSPI tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS que direcionam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde.(FERNANDES & SOUZA, 2011, p. 1499)

A legislação brasileira ao que se refere aos cuidados da população idosa, embora vanguardista, não se faz eficiente. Mas os significativos avanços nos últimos 20 anos, assegurou a garantia dos direitos as pessoas idosas no campo legal.

Encontrou-se que as áreas e os serviços elencados na base legal brasileira estudada reportam ao ideal, mas a incipiência de redes e a

não oferta de alguns serviços de cuidados a essa população, denunciam por si só “lacunas” que deverão ser objetos de reorganização, que uma vez superados, serão indicadores do bem-estar, da resolubilidade dos serviços, do acesso e da integralidade da atenção ao idoso. .(FERNANDES & SOUZA, 2011 p.1500)

Na área da saúde, a ampliação da Estratégia Saúde da Família (via SUS), tornou pública a presença de pessoas idosas nos núcleos familiares em todo território nacional. Essa política em consonância com as diretrizes da PNSPI, que veio concretizar um passo importante para a saúde de mais de 18 milhões de idosos no país, que correspondem a aproximadamente 10,5% da população brasileira. Estes números demonstrando as fragilizadas, na saúde das pessoas idosas, e em especial aquelas que estão em situação crítica de vulnerabilidade social. (BRASIL, 2010)

A rede de saúde da pessoa idosa é formada pela sociedade e os gestores das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), que precisam discutir as necessidades de saúde dos idosos em um país continental que detém uma infinita diversidade de atendimentos em relação ao processo de saúde e doenças. Contudo, as ofertas de serviços e promoção a saúde são organizadas e integradas em forma de redes de atenção que mantem a funcionalidade do SUS e da PNSPI em todo país.

Outro ponto, a ser explorado na próxima subseção, consiste na construção da Política de Saúde Mental Nacional e na importância dos centros de atendimento psicossocial para a efetivação de uma rede de proteção à saúde mental para a população brasileira, bem como para o seu avanço nos últimos anos no Rio Grande do Sul.

2.4 A Política Pública de Saúde Mental no Brasil e o surgimento dos Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS

A Trajetória histórica da regulamentação da Política de Atenção Psicossocial em Saúde Mental, no Brasil, passa, inevitavelmente, por uma série de acontecimentos históricos, a começar pela vinda da psiquiatria com a Família Real Portuguesa, chegando até os anos 1970 com o movimento pela reforma psiquiátrica, que teve origem nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais com os trabalhadores das instituições psiquiátricas.

Estes trabalhadores buscavam lutar contra a violência ocorrida nas instituições com pacientes, usuários, trabalhadores e, neste período, presos políticos.

No final dos anos 1980, o Projeto de Lei do então Deputado Federal por Minas Gerais, Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores – PT, dispõe sobre “a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005, p. 7). O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo, mas, ao ser levado a discussão, protagonizou um movimento em defesa da reforma psiquiátrica em todo território nacional.

Os três artigos do projeto consistiam em:

O primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação. (TENÓRIO, 2002, p. 36).

Ainda com o apoio da reforma psiquiátrica na década de 1980 e com a consolidação do modelo de saúde pública que se tornaria o Sistema Único de Saúde – SUS, inicia-se um discurso político que tem como base a concepção de que os problemas associados ao uso de drogas, também, são um caso de saúde pública (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

O movimento pela reforma psiquiátrica e demais movimentos sociais conseguem a aprovação, em 1992 e somente em alguns estados, de leis que passam a vigorar com a determinação de substituir os leitos psiquiátricos por uma rede de atendimento à saúde mental. Passa-se, desse modo, a delinear novos horizontes para a Política de Saúde Mental em esfera nacional, que norteou suas ações, tendo como base os primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Núcleos de Apoio Psicossocial – NAPS e Hospitais-dia⁷.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em

⁷ A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral (BRASIL, 1992).

vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005, p. 8).

A criação oficial dos NAPS e CAPS em 1992 pela portaria governamental 224/92 consolidou os atendimentos realizados no que tange a saúde mental, que seguiram de acordo com as diretrizes da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde. Através desta portaria, os NAPS e CAPS passaram a constituir-se como unidades de saúde locais ou regionais, com atendimentos intermediários que vão do regime ambulatorial ao hospitalar (BRASIL, 2005).

No entanto, a normativa citada acima (224/92), não dá uma regulamentação específica no que se refere ao financiamento dos NAPS e CAPS, bem como não deixa claro o sistema de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos em território nacional. Cabe revisar a história e, ainda, trazer à luz que a primeira conferência nacional de saúde mental, em 1992, representou, nas palavras de Tenório (2002, p. 35), “o fim da trajetória sanitária, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura”, surgindo, assim, a desinstitucionalização. Mas é somente em 2002 que o processo de desinstitucionalização de pessoas com histórico de passagens em hospitais psiquiátricos começa a vigorar, concomitantemente, a questão da redução de leitos passa a se tornar uma realidade (BRASIL, 2005).

Com vistas à realidade emergente das novas regulamentações do Ministério da Saúde e seguindo a lógica de dar condições à inserção social de usuários atendidos pela Política de Saúde Mental, no ano 2000 foi instituído o *serviço dos residenciais terapêuticos*⁸, onde se começa a trabalhar na perspectiva da autonomia dos usuários e da sua reinserção social (BRASIL, 2005).

Em 2001, a Lei Paulo Delgado é sancionada. A Lei 10.216 dispõe sobre os direitos dos usuários da Política de Saúde Mental e orienta para as ações de

⁸ Os **Residenciais Terapêuticos** são definidos como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social”. (BRASIL, 2005).

substituição do modelo de hospital psiquiátrico para o modelo de tratamento comunitário desenvolvido pelos CAPS e Residenciais Terapêuticos. Mas a Lei não deixa clara em sua redação a extinção progressiva dos manicômios. Ainda em 2001, com da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, institui-se um dispositivo de participação e controle social que vem dar voz aos usuários da Política de Saúde Mental no país. Cabe ressaltar, ainda, que somente após a III Conferência e a Lei 10.216 é que a Política de Saúde Mental passa a seguir lado a lado com as diretrizes da reforma psiquiátrica. O Ministério da Saúde passa a implementar financiamentos para instituições de serviço aberto e substitutivo ao regime de hospital psiquiátrico vigente da época, e são criadas novas ferramentas de fiscalização e gestão, bem como um programa específico de redução de leitos psiquiátricos, entre eles o Programa de Volta para Casa, em 2003. Com os novos rumos, cabe, agora, ao atendimento aos usuários da Política de Saúde Mental buscar os CAPS como centro de tratamento de saúde mental e de álcool e outras drogas. Para Junior e Lopez (2011, p. 76):

Vale ressaltar que a possibilidade de reinserir o sujeito em sofrimento psíquico na família, trabalho e comunidade só se tornou possível através da criação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, também chamados CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) [...]. Nesse sentido, em 2002, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental – ocorrida no final de 2001 –, foi editada a Portaria Ministerial 336 (PM 336), que definiu e estabeleceu as diretrizes de trabalho dos CAPS como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que atuariam e organizariam suas equipes para tratar e cuidar dos sujeitos em sofrimento psíquico.

O Centro de Atendimento Psicossocial é uma via de substituição dos atendimentos que eram realizados pelos hospitais psiquiátricos. Desta forma, os CAPS se configuram como uma rede de serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados que detém um papel de articulador de uma rede de saúde. Tal rede tem como objetivo aproximar questões relativas à saúde coletiva e à saúde mental, constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas (LEAL; ANTONI, 2013). Os CAPS são um espaço de trabalho onde se desenvolvem atividades dentro das próprias cidades com pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas, atendendo diferentes faixas etárias e visando a reinserção destas pessoas nas suas famílias e comunidade.

Os Centros de Atendimento Psicossocial são definidos a partir de uma divisão que compreende a sua ordem crescente, complexidade e abrangência populacional, sendo definidos como *CAPS I*, *CAPS II*, *CAPS III*, *CAPS i*, *CAPSad* e *CAPSad III*, como pode se evidenciar no quadro I:

Quadro 1 - Conjunto da Rede CAPS

| Rede CAPS | Cobertura | Equipe de Atendimento | Público |
|------------------|---|--|--|
| CAPS I | São os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, estão situados em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. | Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais de nível médio e superior. | Atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. |
| CAPS II | Consistem em um serviço de médio porte e estão situados em municípios com mais de 50.000 habitantes. | Têm equipe mínima de 12 profissionais de nível médio e superior. | Atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes. |
| CAPS III | Consistem em um serviço de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas todos os dias da semana, incluindo feriados. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. | A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. | Atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. |
| CAPS i | Especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes | A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior. | Atendem crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. |
| CAPSad | Especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Serviço e atendimento realizado 24 horas. São equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua | A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior. | Atendem adultos com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. |

| | | | |
|--------------------|--|---|--|
| | localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental | | |
| CAPSad III 24hs | Especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. São equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. | A equipe mínima prevista para os CAPSadIII é composta por 19 profissionais de nível médio e superior. | Atende adultos com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. |

Fonte: Ministério da Saúde, 2005. Elaborado pelo autor, Porto Alegre, 2016.

A construção da Política de Saúde no atendimento a usuários de álcool e outras drogas no Rio Grande do Sul, sem dúvidas, passa pelo investimento nas três esferas de governo, o que propiciou um aumento sistemático da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas através da rede CAPS.

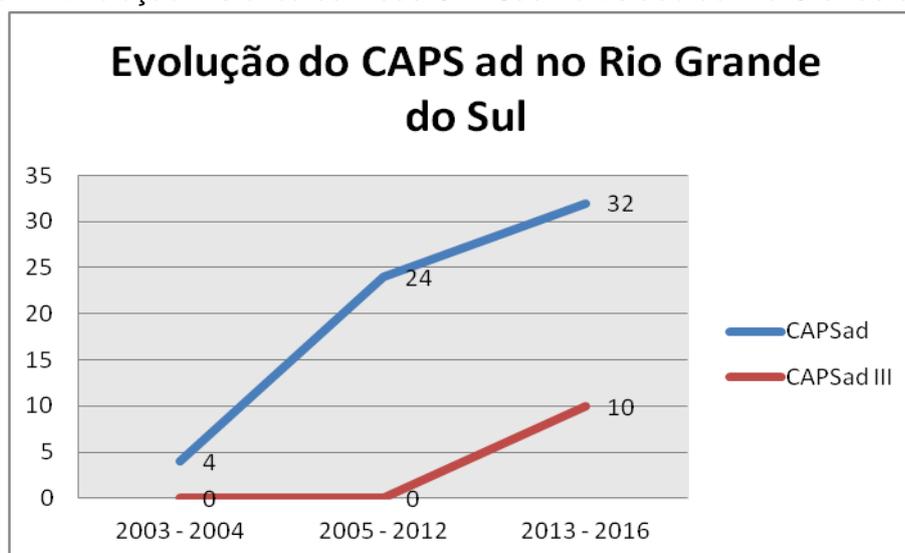
Foi aprovado um conjunto de portarias que regulamentam os diversos aspectos dos Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), incluindo os Centros de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), espaços que priorizam a reinserção social através da atenção integral. A partir deste ponto, a rede de atenção à saúde mental experimenta uma importante expansão, em que a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. (LAPORT; JUNQUEIRA, 2015, p. 77).

No período de 2002 a 2004, quando a política ainda era incipiente, os Centros de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad, no território Rio-grandense, consistiam em quatro unidades, sendo estas nos municípios de Caxias do Sul, Augusto Pestana, Novo Hamburgo e Santa Maria (BRASIL, 2004). No período de 2005 a 2012, vislumbra-se uma expansão nos

CAPSad, sendo registrados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES 24 unidades operando em todo o Estado (BRASIL, 2012).

Atualmente, em pesquisa realizada no CNES, constatou-se que os Centros de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad detêm uma rede com quarenta e duas unidades de atendimento, sendo estas fragmentadas em dez CAPSad III 24 horas e trinta e dois CAPSad espalhados em todas as regiões do estado, como se pode visualizar no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Evolução Histórica da Rede CAPSad no Estado do Rio Grande do Sul



Fonte: Ministério da Saúde – CNES 2016, sistematizações realizadas pelo autor.

Nesta perspectiva, a rede CAPS passa a adquirir um papel estratégico na rede pública de serviços de saúde, desenvolvendo programas e projetos terapêuticos de cunho comunitário e contando com o auxílio das unidades de Estratégia de Saúde da Família – EFS e agentes comunitários (BRASIL, 2005).

Um ponto que merece realce no decorrer desta caminhada histórica na luta pelos direitos dos usuários da Política de Saúde Mental no Brasil é a questão do controle social do SUS. O mesmo impulsiona o protagonismo e, ao mesmo tempo, a autonomia dos “usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva”. (BRASIL, 2005, p. 25). Este fato acaba por resultar em uma efetiva ação dos conselhos e conferências de saúde, que, por sua vez, geram a formação do SUS no que tange ao ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos.

2.5 O uso de drogas na sociedade contemporânea

O uso de drogas no mundo contemporâneo constitui-se através de fatores culturais que permeiam a vida social do ser humano desde o começo da civilização. Segundo o manual sobre Alimentação e Cultura da UNB – Universidade de Brasília, o ser humano começou a se alimentar a partir da observação. Ao visualizar o comportamento dos animais, o homem começou a reproduzi-lo. Segundo Lersch (2010, p. 12), “existem relatos de análise em fósseis de macacos que identificavam a intoxicação desses primatas por meio de frutas fermentadas, as quais em seu processo de fermentação produzem o álcool”. Ressalta-se, ainda, que tais fatores tiveram o seu início quando os seres humanos começaram a manipulação de ervas e substâncias retiradas das florestas para o seu alívio frente às doenças, dores e até mesmo para caça. A revista Scientific American Brasil, em sua edição on-line, destaca que uma equipe de arqueólogos identificou a primeira evidência química de medicamentos egípcios antigos em vasilhames de 5 mil anos na tumba do faraó Escorpião I, esses medicamentos teriam sido reforçados com vinho de uva importado do vale do rio Jordão para potencializar seus efeitos.

Ainda cabe ressaltar que o uso de drogas em inúmeras civilizações teve um papel religioso, sendo ingeridas para obter o contato com deuses, como é o caso do álcool. Mas a humanidade, em sua grande maioria, sempre buscou o uso de drogas como uma porta de entrada ao “prazer”.

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno que acompanha a humanidade em diversos períodos de sua história, variando segundo critérios relativos a cada cultura, a cada época. Ao longo da história, os homens utilizaram os produtos naturais para obter um estado alterado de consciência, em vários contextos como no religioso, místico, social, econômico, medicinal, cultural, psicológico, militar e principalmente na busca do prazer. A alteração deste estado de consciência tinha por objetivo proporcionar melhor ligação com o sobrenatural/divino, como no caso do álcool que era usado para favorecer o contato com os deuses. (SILVA, 2013, não paginado).

Como retrata Silva (2013) logo acima, o uso de substâncias psicoativas derivadas do ópio, por exemplo, não é algo novo na sociedade. Os primeiros relatos do uso de medicamentos derivados da papoula asiática, chamados,

também, de opióides⁹, foi na Guerra Civil Americana. A morfina era utilizada para aliviar as dores dos soldados, por isso a dependência a essa droga recebeu o nome de “mal do soldado”.

Ainda temos, no final dos anos 1950 e começo dos anos 1960, a ligação do “movimento hippie” com o consumo de drogas, quando os jovens tinham como lema “Sexo, drogas e rock 'n' roll”. O movimento não ficou somente nos EUA, mas atravessou fronteiras e se espalhou por todo o mundo. Assim, o governo Norte Americano propôs para a ONU – Organizações das Nações Unidas, em 1961, uma resolução pela qual se criminalizaria o consumo de drogas ilícitas. Resolução esta que foi aprovada e vigora até hoje.

A morfina ainda foi utilizada em outras guerras, como no Vietnã. Segundo Metri e Portugal (2012, p. 10), “no início dos anos 70, observou-se um número considerável e crescente de dependentes em heroína nos Estados Unidos como influência da Guerra do Vietnã”.

A sociedade começa a diferenciar as drogas por lícitas, como o álcool, cigarro e medicamentos, e drogas ilícitas, como cocaína, maconha, crack etc. Apesar de saber que a “droga” é toda e qualquer substância que possa causar um nível de alteração de consciência e humor, em 1978, a OMS definiu que droga é “qualquer substância capaz de modificar o funcionamento dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento”. Assim, tais drogas foram definidas como psicoativas ou psicotrópicas. Contudo, Silva (2013, não paginado) define que drogas psicotrópicas “são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando nossa maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir”.

Na atualidade, pesquisas revelam a proporção em que o uso de drogas vem atingindo a população brasileira. De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, 108 cidades da região sul do país tem um percentual de 14,8% de pessoas que admitiram usar drogas ilícitas como maconha e cocaína. Já no que tange as drogas lícitas, a região tem o maior número de consumidores de tabaco do

⁹ Os opióides representam uma classe de medicamentos descobertos e utilizados há muitos anos no tratamento das dores aguda e crônica e, apesar de serem uma dessas substâncias que são utilizadas como drogas de abuso e apresentarem um alto poder de indução de dependência, continuam a ser utilizadas em protocolos terapêuticos por apresentarem propriedades analgésicas imprescindíveis e insubstituíveis para algumas patologias.

país, constituindo 10,7% do número total de usuários autodeclarados no Brasil, e representando 9,0% dos consumidores de álcool. No entanto, ainda cabe destacar que a maior prevalência de uso de drogas na vida dos sujeitos pesquisados encontra-se entre os homens com mais de 35 anos, que atingem o percentual de 83,2% dos entrevistados (BRASIL, 2005).

A sociedade capitalista madura exige, cada vez mais, que a disputa individual a favor da extração de mais valia para o capital seja algo cotidiano no ambiente de trabalho. Esta competição determina, por parte do modo de produção capitalista, um processo de subjetivação social que causa uma produção social que, por sua vez, acaba por se tornar totalidade social a que se objetiva, segundo Alves (2014, p. 15), em um “modo de vida Just-time”, em que o tempo de vida está diretamente ligado ao tempo de trabalho deste trabalhador. Esta extração de mais valor em benefício exclusivo do capital segrega e isola a espécie humana em seus mundos, e neles cada indivíduo aprende a valorizar as suas conquistas pessoais e deixa a coletividade de lado. O consumo e a ostentação, seja de bens materiais ou de serviços, incidem por vezes nas relações interpessoais. Desse modo, o status social passa a reger a vida no mundo capitalista.

Aos que não conseguem adquirir o tão sonhado status e aos que são explorados cotidianamente, resta, por muitas vezes, a busca de uma felicidade passageira no uso de drogas. Em Trabalho Assalariado e o Capital, Marx faz uma relação entre a força de trabalho e o seu envolvimento com a vida social do trabalhador.

A força de trabalho é, assim, uma mercadoria que seu possuidor, o assalariado, vende ao capital. Por que a vende? Para viver. [...] Mas a força de trabalho em ação, o trabalho mesmo, é a atividade vital peculiar ao operário, seu modo peculiar de manifestar a vida. E é esta atividade vital que ele vende a um terceiro para assegurar-se os meios de subsistência necessários. Sua atividade vital não lhe é, pois, senão um meio de poder existir. Trabalha para viver. Para ele próprio, o trabalho não faz parte de sua vida; é antes um sacrifício de sua vida [...] O operário que, durante doze horas, tece, fia, fura, torneia, constrói, maneja a pá, entalha a pedra, transporta-a, etc., considera essas suas doze horas de tecelagem, fiação, furação, de trabalho de torno ou de pedreiro, de manejo da pá ou de entalhe da pedra como manifestação de sua vida, como sua vida? Muito pelo contrário. A vida para ele principia quando interrompe essa atividade, à mesa, na taverna, na cama. Em compensação, ele não tem a finalidade de tecer, de fiar, de furar, etc., nas doze horas de trabalho, mas a finalidade de ganhar dinheiro para aquilo que lhe assegura mesa, taverna e cama. (MARX, 1849, p. 10).

O uso de drogas como o álcool, muito utilizado no século XIX em tavernas como parte da socialização dos trabalhadores após as altas jornadas de trabalho, ainda é uma realidade contemporânea. Nas últimas décadas, com a expansão do capitalismo global e sua gestão toyotista, a pressão por mais produtividade e metas a serem cumpridas gerou, segundo Alves (2014, p. 99), “a captura da subjetividade pelo capital (corpo e mente)”, o que “contribui para o crescimento das doenças do trabalho”, como os transtornos mentais. Estes atingem com mais frequência os trabalhadores das “camadas médias assalariadas expostas ao modo de vida Just-time”. (Ibidem).

Esta nova configuração do mundo do trabalho acarreta no aumento do uso de drogas farmacológicas, como medicamentos tarja preta e antidepressivos, que acabam por ser um novo refúgio dos trabalhadores frente à pressão que o mercado de trabalho exerce sobre os mesmos. Assim sendo, o uso de drogas tornou-se uma constante no campo da resistência no cotidiano de trabalho da classe proletária, compondo, assim, mais uma expressão da questão social que emerge dessa configuração de confronto entre capital x trabalho.

O uso de drogas sempre existiu, mas atualmente o abuso de entorpecentes acentuou-se a partir da combinação de vários fatores que marcam também as mudanças ocorridas na sociedade no último século. A mundialização do capital, a dificuldade dos Estados em manter sua soberania e governança diante de um poder transnacional, o conseqüente enfraquecimento dos Estados, com uma economia de incertezas promovida pela globalização, às mudanças no mundo do trabalho e a emergência da sociedade de consumo, trouxe o aumento das desigualdades, da miséria e do desemprego. (NONTICURI apud SANTOS; SILVEIRA, 2010 p. 12).

A organização econômica mundial do capital que cerca e afeta diretamente o Estado e a sua relação com os detentores dos meios de produção, produz as chamadas crises cíclicas, que, por sua vez, afetam todo o sistema. Segundo Alves (2007 p. 144), “é parte da natureza da economia capitalista, como sistema mundial produtor de mercadorias, ter crises cíclicas, com períodos de crescimento seguidos por períodos de recessão”. Tais períodos de recessão acabam gerando desemprego e menos investimentos em pontos fundamentais, como saúde, assistência e educação, desta forma

acirrando ainda mais o leque de expressões da questão social e novas formas de resistência nestes períodos.

Neste contexto, a sociedade entra em um novo estágio de individualismo, trazendo a identidade simbolizada por Narciso, figura mitológica que representa a beleza vaidosa de si mesma, mas fragilizado e inseguro. Nas relações consigo e com os outros Narciso tem dificuldades e medo de sofrer. Quer o prazer imediato. Com esses sentimentos, as relações são fluidas, pouco comprometidas. Consumir passa a ser o objetivo da existência, uma compensação para o que não vai bem na vida. (Idem, 2010, p.12).

Seguindo a linha de raciocínio do autor, podemos constatar que o consumo de drogas pode ser considerado como um processo de resistência de Narciso devido às frustrações que envolvem a vida do mesmo.

Cabe ressaltar que, na atualidade, o combate ao uso de drogas vem sendo realizado em todo o mundo em forma de ações governamentais. No Brasil, a SENAD – Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas, vem atuando na capacitação de profissionais para a orientação da população no que tange o uso de drogas. No contexto atual, o consumo de drogas só tem aumentado, principalmente das drogas ilícitas, por todas as faixas etárias em todo o território nacional. É neste cenário que a presente dissertação de mestrado se torna de suma importância, pois a mesma tem em seu DNA o compromisso de dar visibilidade às experiências sociais das pessoas idosas usuárias de álcool e outras drogas nos municípios de fronteira do Rio Grande do Sul atendidas pelos CAPSad. Assim, seguindo o fio condutor teórico que norteia a pesquisa, é que se faz necessário evidenciar a Política de Saúde Mental desde sua gênese até a contemporaneidade, bem como os marcos legais que legitimam o atendimento do CAPSad ao público usuário da Política de Saúde.

2.6 Drogas lícitas e ilícitas: da economia à violência

O uso de drogas na sociedade é algo comum desde os primeiros povos que habitavam o planeta; esse consumo tinha fins distintos, como o medicinal e o religioso. Com o passar do tempo, novas drogas foram surgindo e sendo utilizadas pela coletividade. Tais drogas foram condicionadas pela sociedade como lícitas e ilícitas. Salienta-se, ainda, que o uso abusivo de drogas, atualmente, é considerado um dos principais problemas de saúde pública, assim como um fator causador de casos de violência visto diariamente na

comunidade, como acidentes de trânsito, brigas, homicídios, entre outros (SILVA et al, 2010, p. 606).

Ao realizar um resgate histórico, percebe-se que, no Brasil, o uso de drogas foi sendo rejeitado por uma parcela da sociedade devido aos seus efeitos, vindo a ser criminalizada.

As primeiras leis promulgadas para tratar de temas relacionados às “substâncias venenosas”, à embriaguez e à venda de bebidas alcoólicas só se voltavam para os chamados “vícios elegantes”, incluindo o ópio, a morfina e a cocaína, usados geralmente por jovens brancos das classes altas, em locais de boemia, como bares e bordéis. Os problemas que o “ópio do pobre”, a maconha, poderia trazer para a saúde da população negra não interessavam aos médicos e legisladores. Quando o governo ditatorial de Getúlio Vargas sentiu, no entanto, a necessidade de controlar mais rigidamente essa população, a Cannabis foi acrescentada à lista de entorpecentes banidos. Isso ocorreu em 1932, antes mesmo de os americanos proibirem o uso da planta. (MACRAE, 2014, p. 38).

Faz-se importante ressaltar que, no território brasileiro, o combate às drogas é realizado desde que o país era então colônia Portuguesa. Em 1603, o transporte, uso e comercialização de substâncias tóxicas, começaram a ser reprimidos seguindo as ordens das Ordenações Filipinas. Esta postura proibicionista e criminalizadora continuou sendo adotada pelo Estado Brasileiro desde outrora até a cena contemporânea.

O comportamento adotado quanto ao uso, plantio e comercialização de drogas ilícitas foi denominado como “guerra às drogas”. O posicionamento do Estado foi bem claro quanto ao objetivo de promover uma abstinência de drogas ilícitas e a sua expurgação do convênio em sociedade, assim atendendo às influências das convenções internacionais de combate às drogas regidas pela ONU (RONZANI et al, 2015).

Para entendermos essa relação de embate, fiscalização e punição de uma droga e não de outra, devemos, em suma, aprofundar o olhar frente à história que permeia essa subdivisão criada pela sociedade entre drogas lícitas e ilícitas.

As drogas utilizadas pela sociedade são juridicamente rotuladas como lícitas e ilícitas, ou seja, permitidas e não permitidas e, assim sendo, as drogas lícitas detêm a permissão do Estado e da sociedade brasileira.

Atualmente, o álcool, o tabaco e medicamentos compõem a lista das drogas de livre circulação no Brasil, são substâncias confeccionadas pelas grandes indústrias e têm a sua venda e consumo permitidos em todo território nacional. Já as drogas ilícitas (cocaína, canabis, crack etc) tem seu consumo, plantio, venda e porte proibidos em todo o território nacional, cabendo as devidas sanções e restrições legais a quem infringir tais leis.

As drogas no Brasil, sem dúvida, exercem influência nas condições de saúde da população brasileira. Atualmente, pode-se verificar que as drogas lícitas compõem, segundo a OMS, o rol das drogas que propiciam as maiores causas de doenças entre seus usuários. Contudo, tais números epidemiológicos não são vistos na grande mídia devido à importância que as grandes indústrias exercem sobre a economia e o modo de produção capitalista, estando neste ponto (o econômico) a real razão para a aceitação de uma parcela da sociedade pelas drogas lícitas em detrimento das drogas ilícitas.

É importante ressaltar que não é pelo fato de serem lícitas, que essas drogas são pouco ameaçadoras; o alerta é da Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo o órgão, as drogas ilícitas respondem por 0,8% dos problemas de saúde em todo o mundo, enquanto o cigarro e o álcool, juntos, são responsáveis por 8,1% desses problemas. Nesse sentido, muitos questionam a aceitação, por parte da sociedade, das drogas lícitas, uma vez que as mesmas são prejudiciais para a saúde e também causam dependência nos usuários. Assim, o critério de legalidade ou não de uma droga é historicamente variável e não está relacionado, necessariamente, com a gravidade de seus efeitos. Alguns até mesmo afirmam que esse critério é fruto de um jogo de interesses políticos, e, sobretudo, econômicos. (DANTAS, 2014, não paginado).

Podem-se observar os impactos do uso e abuso de drogas na vida dos sujeitos usuários, independentemente de a droga ser lícita ou ilícita, da mesma forma que o envolvimento existente entre o mercado capitalista e o consumo de drogas. Mas cabe aqui refletir a aceitação pela sociedade das drogas lícitas. Partindo do exemplo das grandes cervejarias, hoje, estas multinacionais movimentam números cada vez mais expressivos, que afirmam a sua influência no mercado brasileiro e internacional, consolidando, deste modo, a aceitação de seus produtos pela sociedade.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Fundação Getúlio Vargas (FGV) apontam, em levantamento realizado no ano

de 2014, que a indústria cervejeira atualmente conta com mais de dois milhões de postos de trabalho. Este número expressivo de trabalhadores pode ser comparado à população da capital do Maranhão. Tais dados impressionantes são alcançados pela cadeia de ramificações que constitui a produção e comercialização de cerveja. Esta rede está, neste momento, presente em todas as cidades do país, pois não há um só lugar no Brasil em que não se tenha acesso ao consumo de álcool. Ainda, segundo a Fundação Getúlio Vargas, para cada emprego gerado em uma cervejaria, outros 50 são criados em toda a cadeia produtiva (agroindústria, transporte, comercialização, varejo e etc.). O levantamento realizado pela Abrasel - Associação Brasileira de Bares de Restaurantes intitulado *Impacto Econômico da Indústria da Cerveja*, revela, também, que a cadeia produtiva da cerveja paga 21,6 bilhões de reais em salários por ano em todo o Brasil, assim trazendo um impacto considerável para a economia (ABRASEL, 2014).

Enquanto isso, as drogas ilícitas, por sua vez, criam seu Estado Paralelo¹⁰ dentro das grandes metrópoles, também com suas ramificações nas pequenas cidades. Calcula-se que o mercado do narcotráfico movimenta uma rede que, segundo a ONU, arrecada anualmente US\$320 bilhões de dólares, o que corresponderia a R\$720 bilhões de reais (UNODC, 2014, não paginado).

À frente destas voluptuosas cifras está a realidade de trabalhadores “que vivem nas periferias da cidade, cujas as perspectivas que se apresentam em relação à escola e ao trabalho são muito poucas” (FEFFERMANN, 2007, p. 42) e que são facilmente recrutados pelo comércio de drogas ilícitas. O negócio de drogas ilícitas (tráfico) não é tão criterioso quanto o mercado formal de trabalho no que tange à escolaridade ou experiência profissional. Isso fica evidente no documentário “Falcão – meninos do tráfico”, produzido pelo rapper Mv Bill e Celso Athayde. O filme que revela com detalhes a vida dos trabalhadores do tráfico nas favelas brasileiras. A grande maioria destes trabalhadores é de adolescentes menores de 18 anos e de etnia negra que buscam um modo de

¹⁰ “Em sua obra *O Crime Organizado Como Precursor Do Estado Paralelo E O Seu Confronto Perante O Estado Democrático De Direito*, Daniela Madrid conceitua como Estado Paralelo aquele que surge, cresce e se desenvolve ao lado de um outro Estado, sendo este oficial. A ação concomitante do Estado Paralelo perante o Estado Oficial beneficia-se das áreas de inoperância deste [...] A expressão Estado Paralelo começou a ser utilizada a partir dos anos oitenta para definir o poderio do narcotráfico no Rio de Janeiro. É a atual situação em que se encontram os moradores das 600 favelas cariocas, governadas por traficantes, com leis próprias e distintas das vigentes no Brasil”. (MADRID, 2004, p. 54-55).

subsistência para sua família e, também, uma forma de se incluírem dentro do Estado paralelo criado nas comunidades em busca de status social e de poder, como podemos evidenciar no trecho da música do rapper Mv Bill intitulada *Falcão*: “Mete Bronca, entra no cão pra ganhar. Joga no ataque, se defende com AK. Pupila dilatada, dedo amarelo, jovem guerrilheiro no seu mundo paralelo, bate o martelo”. (Mv Bill, 2006).

Mas enganam-se aqueles que acham que os crimes referentes às drogas ilícitas estão concentrados somente nas mãos da juventude. Segundo dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN – junho de 2014, a maioria das pessoas privadas de liberdade, hoje, em presídios federais, está cumprindo pena devido a crimes associados às drogas ilícitas, correspondendo a 40,2% do total da população carcerária. As pessoas idosas que compõe presentemente o sistema penitenciário federal do Brasil compreendem 10% do total. Assim, as estatísticas nos apontam que 4 em cada 10 pessoas idosas privadas de sua liberdade nos presídios federais estão cumprindo sua pena devido ao seu envolvimento com as drogas ilícitas (BRASIL, 2014).

Não obstante, ainda cabe ressaltar que “a atribuição de uma série de características negativas às drogas ilícitas e a seus usuários tem tido papel importante na ordenação da sociedade brasileira com todas as suas desigualdades” (MECRAE, 2014, p. 37). Estas características negativas são potencializadas na imagem do usuário de drogas, que, geralmente, tem sua representação associada à irresponsabilidade, incapacidade e total falta de gerência sobre sua vida. Sem falar na questão da violência gerada a partir do uso de drogas que está reiteradamente associada pela empresa e políticos ao consumo de drogas ilícitas, assim mascarando os casos de violência pelo uso de drogas lícitas, bem como a própria violência estrutural que está inserida no sistema.

Dessa forma, problemas estruturais da sociedade, como a má distribuição de renda, as deficiências dos sistemas de educação, saúde e segurança pública não são levados em conta. Formadores de opinião, como políticos, líderes religiosos, jornalistas e policiais, elegem um inimigo imaginário: o “drogado” ou “viciado”, para servir de bode expiatório. É ele o responsabilizado por todos os problemas que afligem a sociedade. Sob o pretexto de combatê-lo e ao tráfico que lhe sustenta, são propostas medidas repressivas que, de fato,

servem, primordialmente, para a manutenção do sistema político-econômico. (Ibidem, p. 37).

É este sistema político-econômico que legitima o uso de drogas lícitas ao mesmo tempo mascara as consequências do uso abusivo do álcool, por exemplo. Conforme se retira a venda que existe em relação às drogas lícitas, vislumbra-se que “o consumo nocivo de bebidas alcoólicas, especialmente durante os episódios de intoxicação, representa um saliente risco para a perpetração de atos violentos, incluindo homicídios, crimes sexuais e violência familiar”. (BALTIERE; CORTEZ, 2009, p. 142).

O número de casos de violência que tiveram a influência do uso de drogas lícitas, mais especificamente do álcool, chegam a patamares impressionantes, segundo o estudo VIVA (Vigilância de violências e acidentes 2009-2011) realizado pelo Ministério da Saúde em 71 hospitais que fazem seus atendimentos de urgência e emergência pelo SUS e que contou com 47 mil sujeitos entrevistados em todas as capitais e Distrito Federal. Esse levantamento acabou por revelar que, entre as pessoas envolvidas em acidentes de trânsito, 22,3% dos condutores, 21,4% dos pedestres e 17,7% dos passageiros apresentavam sinais de embriaguez ou confirmaram consumo de álcool (BRASIL, 2012). Por isso, incluímos aqui que, “de maneira geral, o álcool etílico está relacionado a 50% de todos os homicídios, 30% dos suicídios e das tentativas de suicídio e à maioria dos acidentes fatais de trânsito” (BALTIERE; CORTEZ, 2009, p. 143), como pode-se observar nas estatísticas.

Os crimes sexuais e a violência familiar, em especial, com as mulheres, são outro ponto que conta com uma contribuição do uso abusivo de drogas lícitas. Baltiere e Cortez apontam em seus estudos que:

O abuso de álcool por agressores e/ou vítimas está presente em 30 a 70% dos casos de estupro. Uma proporção bastante variável de mulheres abusadas sexualmente (30 a 55%) refere história regular de uso de álcool e de outras substâncias [...] apontaram para a grande frequência de abuso e dependência de álcool entre mulheres vítimas de agressão sexual familiar. Em estudo sobre o uso de drogas e a perpetração de agressão, as vítimas reportaram que seus agressores estavam sob a influência de álcool em 53,3% dos casos. Nos casos em que as vítimas estão intoxicadas, o comportamento sexualmente ofensivo do perpetrador tem sido relatado como mais violento. (Ibidem, p. 147).

Ainda segundo dados da pesquisa VIVA, a suspeita de ingestão de bebida alcoólica por parte do agressor foi observada em 18,3% dos atendimentos hospitalares, variando de 16,4% entre os homens a 19,3% das mulheres. A pesquisa ainda aponta que o provável autor da agressão, na maior parte dos atendimentos, tratava-se do gênero masculino (59,3%), destes, 57,8% mantinham relação com a vítima, sendo cônjuges, amigos ou conhecidos. Entre as vítimas do gênero masculino, o principal autor da agressão era outro homem em 51,9% dos casos; no caso das vítimas mulheres, a violência foi cometida por um único indivíduo (em 67,5% dos casos), sendo este do gênero masculino (60,9%) que mantinha relação próxima com a vítima (BRASIL, 2012).

Pode-se aqui visualizar, a partir das pesquisas, a relação entre situações de violência e o consumo de drogas lícitas, em especial o álcool, na cena contemporânea. Mas não se pode deixar de lado a relação existente entre as drogas ilícitas e a atual conjuntura. Sabe-se que, nos dias de hoje, o Brasil é um dos países mais violentos do mundo e que esta violência é fortemente exercitada através de chacinas e homicídios encomendados pelo tráfico de drogas. Os números brasileiros são impressionantes. A Organização das Nações Unidas – ONU lançou, no Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), o Relatório Global sobre Homicídios ocorridos em 2013. O documento evidencia que, somente no ano de 2012, o Brasil, onde vive quase 3% da população mundial, registrou 50.108 homicídios, aproximadamente 10% de todos os homicídios ocorridos no mundo (ONU, 2014).

Na mesma direção da pesquisa realizada pelas Nações Unidas, está a pesquisa realizada no Brasil pela equipe do Grupo UN¹¹ de notícias, que aponta, em matéria produzida em 2012, que 56,12% dos homicídios ocorridos em solo brasileiro são provocados pelo tráfico de drogas.

Em todo o Brasil, 56,12% dos assassinatos têm ligação direta com o tráfico. Os mortos, em sua grande maioria são de jovens pobres de 15 a 25 anos. Os crimes geralmente são cometidos entre às 18hs e às 23hs e na maior parte, em bairros de periferia. A escolaridade das vítimas também chama a atenção, a maior parte dos mortos não concluiu o ensino médio e foram assassinados por arma de fogo e com requintes de crueldade extrema. Pelo menos 70% dos jovens

¹¹ O Grupo UN de notícias trabalha em todo território nacional realizando matérias referentes ao antiproibicionismo do uso da canábis e à luta antimanicomial.

assassinados sofreram qualquer tipo de agressão física antes de serem mortos e tiveram partes dos corpos cortadas após os homicídios. (GRUPO UN, 2012, não paginado).

A violência proveniente do tráfico de drogas que se instalou no bojo das relações sociais e que tem sua concentração nas periferias vem, nas últimas décadas, sendo o principal motivador dos altos índices de homicídios no Brasil. A guerra pelo controle das grandes periferias acaba por tirar a vida brutalmente de muitos jovens que estão na condição de trabalhadores do tráfico (FONSECA JR, 2015).

O alto índice de mortes somado aos grandes lucros obtidos pelo comércio de drogas ilícitas, que só vêm aumentando no decorrer dos anos, acaba por nos demonstrar a existência de um exército industrial de reserva do tráfico, repleto de trabalhadores que também vivem a reprodução do capitalismo perverso e que pagam com suas vidas, no que Alves (2014) retrata como o sociometabolismo da barbárie, que consiste no trabalho precário e no adoecimento/morte dos trabalhadores sem vínculo empregatício.

Entre alguns dos efeitos que resultam da comercialização e dos rendimentos do mercado das drogas, tanto lícito quanto ilícito, dentro da sociedade, está a aceitação das drogas lícitas pelo papel que a mesma detém dentro da ordem social devido à inserção que a mesma proporciona aos trabalhadores no mercado de trabalho formal e aos tributos que são destinados à receita federal pelos grandes monopólios do capital. Já a posposição que existe por parte da sociedade, as drogas ilícitas estão na sua cadeia de produção e comercialização (tráfico) e nos efeitos sociais que o uso abusivo de delas acarreta na sociedade. Como exemplo, podemos apontar o uso do crack, que chega a levar, atualmente, no Brasil, 51,76% dos seus usuários à situação de rua, segundo pesquisa realizada pelo SENAD e Fiocruz (2014). Essa realidade também foi vivenciada por um dos idosos do estudo, que esteve em situação de rua e foi usuário de crack.

Apesar da construção de um discurso em que o uso de drogas é referenciado como prejudicial à saúde, seja essa droga lícita ou ilícita, a sociedade ainda continua se servindo dela. Contudo, a relação da sociedade com as drogas vai além de um discurso, chegando até a uma dependência financeira por parte de uma parcela da comunidade. Esta dependência

financeira que existe do sistema frente ao uso de drogas lícitas, como a cerveja, por exemplo, acaba por justificar, pela inserção de milhões de empregados e pelos tributos arrecadados pelo Estado, o seu comércio e a legalização. Na outra via, as drogas ilícitas são repudiadas por uma parcela hegemônica da sociedade devido ao fato de essas drogas gerarem um comércio que movimentava bilhões de reais de forma ilegal, tendo como sombra da ilegalidade milhares de mortes brutais. Assim, a sociedade despreza os pontos negativos em favor do capital, no que se refere às drogas lícitas, enquanto exige do Estado uma intervenção constante no comércio e uso de drogas ilícitas.

3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA

Neste capítulo, apresenta-se o movimento que foi realizado para o desenvolvimento da pesquisa. Desta forma, aqui se materializaram os limites e as possibilidades para uma profícua investigação em um campo da gerontologia que ainda carece de pesquisas. Esta investigação buscou em si o desenvolvimento total da pesquisa, as técnicas, o método e as categorias do método e seu envolvimento com o movimento da realidade que circunda o objeto pesquisado, buscando, assim, uma aproximação do leitor com o pesquisador e com a metodologia adotada no presente estudo.

A metodologia tem em seu objetivo sinalizar um percurso por onde se possa caminhar a partir de uma investigação; ou, como diz Minayo (2007, p. 35), realizamos “uma pesquisa para mapear um caminho a ser seguido durante a investigação”. Sendo assim, apresenta-se neste capítulo o caminho que se delineou, de onde partimos e até onde chegamos, e as ferramentas utilizadas no processo de pesquisa. Dentre os trajetos da pesquisa, está o referencial teórico, que constitui a sustentação da pesquisa.

Sendo assim, “a Metodologia tem como função mostrar a você como andar no ‘caminho das pedras’ da pesquisa, ajudá-lo a refletir e instigar um novo olhar sobre o mundo: um olhar curioso, indagador e criativo”. (SILVA; MENEZES, 2005, p. 9).

O presente estudo tem como base o método materialista, histórico e dialético, de Karl Marx, ressaltando as suas categorias teóricas. Para que, desta forma, o pensamento possa se mover do abstrato até o concreto, movendo-se do seu próprio elemento através do abstrato, assim negando a imediaticidade da evidência e da concreticidade sensível. Faz com que o movimento dialético supere a abstratividade, chegando à concreticidade, assim havendo o movimento da parte para o todo e do todo para a parte (KOSIK, 1976).

3.1 O método

Para Sposati (2007, p. 20), a primeira característica apontada para o conhecimento produzido pelo Serviço Social é a “interlocução com o

movimento da sociedade”. Desta forma, cabe ressaltar que o processo de pesquisa é uma reflexão do compromisso profissional, que passa desde a formação até à prática, travando uma luta constante com o projeto hegemônico vigente que constitui a sociedade moderna.

Sendo assim, o Serviço Social dedica-se a desvendar os invisíveis, os sem voz, sem teto, sem cidadania. Constitui-se, por tudo isso, em um conhecimento contra-hegemônico. (Sposati, 2007).

Seguindo na perspectiva do materialismo histórico-dialético, esta será a base fundamental para compreender-se a perspectiva que emerge da realidade cotidiana dos atendimentos desenvolvidos pelos CAPS aos idosos atendidos nas instituições de saúde pública presentes nos municípios de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul.

Desta forma, Lukács (1979) afirma que “o Método Dialético em Marx tem por objetivo o conhecimento da sociedade como totalidade”, pois somos todos sujeitos de uma totalidade que está intimamente ligada aos processos de produção e reprodução do mundo do trabalho. Assim sendo, o método consiste em estabelecer a base para a compreensão das particularidades e singularidades que permeiam o cotidiano dos usuários da terceira idade da Política de Saúde Mental que acessam o Serviço do CAPS.

Contudo, Marx constitui seu método no movimento dialético que emerge do pensar e agir, da previa ideação, ou melhor, da práxis que se constitui como categoria fundante do ser social, pois, para Marx, cada ação humana tem uma determinação na sua evolução social e, somente através da práxis, o ser humano consegue produzir condições apropriadas para a sua existência material e intelectual. Para Lessa (2012, p. 25),

[...] não pode haver existência social sem trabalho. A existência social, todavia, é muito mais que trabalho. O próprio trabalho é uma categoria social, ou seja, apenas pode existir como partícipe de um complexo composto, no mínimo, por ele, pela fala e pela sociabilidade (o conjunto das relações sociais).

Segundo Triviños (1987), o método do materialismo histórico-dialético busca proporcionar explicações coerentes, lógicas e racionais aos fenômenos do pensamento, sociedade e natureza. Isto porque o método se constitui a partir do trabalho, que, como mencionado acima, é o mecanismo de evolução

do ser social que o idealiza e objetiva. Nesta perspectiva, ressalta-se que Marx anotou em seus escritos que:

Meu método dialético, por seu fundamento, difere do método hegeliano, sendo ele interiramente oposto. Para Hegel, o processo do pensamento [...] é o criador do real, e o real é apenas sua manifestação externa. Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ele interpretado. (MARX apud NETTO, 2011, p. 21).

Assim, pode-se afirmar que a teoria de Marx é nada mais, nada menos que o reflexo do real; é o espelho do cotidiano vivido, especialmente das contradições da sociedade capitalista madura que exclui e segrega aqueles que não detêm os meios de produção.

3.2 Categorias do método

Dentro da pesquisa, o caminho metodológico a ser seguido através do método dialético-crítico tem por alicerce fundamental as seguintes categorias teóricas que lhe amparam: a alienação, historicidade, totalidade e contradição. Türck (2012, p. 13) define tais categorias da seguinte forma:

Historicidade – como um processo que compreende a processualidade dos fatos, sua provisoriedade e seu movimento permanente de superações; [...] Totalidade – como um todo articulado por conexões que permite a apropriação do cotidiano a partir da compreensão histórica, econômica e política como constituintes da construção da sociedade capitalista ocidental; [...] Contradição – é a força motriz (C x W) que provoca o movimento de transformação instigando a partir da luta dos contrários, os processos de mudança, devir na realidade dos sujeitos.

A totalidade não significa apenas o todo, mas sim a reunião de todas as partes em um só elemento. Significa, sim, a articulação, a conexão que realiza a ação entre todas as partes que acabam compreendendo um todo em seu movimento com a realidade. Sendo assim, para Prates (2012, p. 87), “a totalidade concreta não é um todo dado, mas em movimento de autocriação permanente, o que implica a historização dos fenômenos que a compõem”. Desta forma, o movimento, frente à realidade, que constitui a sociedade está articulado dialeticamente, formando, desse modo, relações contraditórias. Não obstante, a contradição está inserida na totalidade concreta e no pensamento

frente ao movimento dialético que permite a superação dos impasses que emergem dessa relação de superação.

Para entender a dialética da totalidade não basta só compreender que as partes se encontram em um ciclo de interação e vinculação entre si e com o todo, mas também, como salienta Kosik (1976, p. 34), temos que compreender “que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes”. Para tanto, Prates (2003, p. 95-96) afirma que:

Este movimento pressupõe a historicidade dos fenômenos sociais, reconhecendo a processualidade, o movimento e dos fenômenos. Significa que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser prendidos a partir do desenvolvimento deste movimento, por cortes históricos.

A historicidade, enquanto categoria teórica ligada ao método dialético-crítico, surge a partir da compreensão de que a história, aliada a práxis, torna-se a força motriz que proporciona não só a evolução do ser humano, mas também as contradições oriundas do movimento dialético de superação do campo material. Não há produção sem contradição, sem conflito, a começar pela relação do ser social (o homem) com a natureza através do trabalho (LEFEBVRE, 1995).

A categoria contradição, segundo Cury (1985, p. 27), “é a base de uma metodologia dialética que reflete o movimento mais originário do real”. Portanto, é a partir da realidade que os movimentos de contradição se acirram, e é através do fenômeno contraditório que se constrói e desconstrói a superação dos conflitos, sendo, assim, uma via de mão dupla. Pode-se afirmar que a contradição permeia as relações da sociedade.

Não menos importante, temos a categoria alienação como fruto das categorias do método dialético-crítico citadas acima. A exploração, fruto do modo de produção capitalista, acaba por alienar e coisificar o ser humano, produzindo um individualismo cada vez maior na sociedade. Para Marx (2006), o problema da alienação humana incide em todos os níveis da sociedade, seja no trabalho, na religião, na política etc. Mauro Iasi (2007, p.33) relata que “o estatuto da burguesia é baseado na propriedade privada e no assalariamento da força de trabalho”, e, seguindo esta perspectiva, acaba por promover as

condições ideais para a alienação da atividade humana em vez de humanizá-la. Nesta constituição, a alienação acaba por se instituir em três níveis:

- (i) [...] O ser humano aliena-se da sua própria relação com a natureza [...] vivendo relações em que ele próprio se coisifica, onde o produto de seu trabalho lhe é algo estranho e não lhe pertence, [como resultado] a natureza se distancia e fetichiza;
- (ii) o ser humano aliena-se de sua própria atividade, [pois] o trabalho transforma-se, deixando de ser a ação própria da vida para se converter num “meio de vida”. Ele trabalha para o outro, contrafeito o trabalho não gera prazer, é a atividade imposta que gera sofrimento e aflição. Alienando-se da atividade que o humaniza, o ser humano se aliena de si próprio (auto-alienação);
- (iii) Alienando-se de si próprio como ser humano, tornando-se coisa, o indivíduo afasta-se do vínculo com a humanidade, a produção social da vida, metamorfoseia-se num meio individual de garantir a própria sobrevivência particular. (PAIVA, 2014, p. 220).

Ao trabalhar a categoria alienação e os seus níveis que compreendem a historicidade da classe trabalhadora, pode-se considerar que o envelhecimento da população trabalhadora acaba por acarretar a reprodução do *status quo* dominante que rege a sociedade. Status este que detém em seu núcleo estruturante a desvalorização deste idoso frente à cadeia produtiva que impulsiona a sociedade capitalista.

Sendo assim, a pseudonatureza do trabalho alienado é o fator determinante que acaba por desenvolver a lógica de que o ser humano é regido por um tempo pré-determinado, fruto do valor que a sociedade aponta ao trabalho formal que o mesmo executa e que, por não mais ter condições de executá-lo por conta da idade elevada, ou mesmo por doenças adquiridas na vida profissional, como o etilismo, tem a sua condição de trabalhador negada pela sociedade, gerando no mesmo uma alienação em si. Ao cabo, estaremos demonstrando, no próximo subitem, a modalidade da presente pesquisa, demonstrando sua natureza, tipo e universo a ser pesquisado.

3.3 Modalidade da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad localizados nos municípios de São Borja e Santana do Livramento, em entrevistas com usuários e informantes-chave (trabalhadores do CAPSad) que estiveram na Política de Saúde Mental municipal no ano de 2016. A pesquisa se apresenta com uma configuração

qualitativa. A escolha pelos *loci* de estudo foi realizada seguindo os critérios adjacentes: ser município limítrofe com Argentina ou Uruguai, que tenha CAPSad e com população idosa superior a 10% da população total. Segundo censo realizado pelo IBGE (2010), a população de cada uma dessas cidades não ultrapassa 80 mil pessoas.”

A investigação é feita de forma exploratória¹² e descritiva¹³, através de formulário semiestruturado, a fim de evidenciar as experiências sociais das pessoas idosas atendidas no serviço, contando a investigação com duas informantes-chave (as informantes-chave são trabalhadoras dos CAPSad). A averiguação buscou analisar dois universos. O primeiro envolve os usuários idosos da Política de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas dos respectivos municípios; e o segundo, os relatos das informantes-chave dos CAPSad localizados em São Borja e Santana do Livramento. Os critérios de inclusão e exclusão da amostra utilizados obedeceram à divisão desses universos, visando os usuários que estavam na faixa etária acima dos 60 anos, em atendimento nos CAPSad que efetivamente disponibilizem o serviço ao tratamento do uso de drogas nos municípios de Santana do Livramento e São Borja no ano de 2016, resultando em um total de dez usuários participantes da referida pesquisa, selecionados através de sorteio realizado pela instituição.

Quadro 2 - Quadro demonstrativo de entrevistados

| Nome ¹⁴ | CAPSad | Situação | Idade |
|--------------------|-----------|----------|---------|
| Juca | São Borja | Usuário | 60 anos |
| Maneco | São Borja | Usuário | 80 anos |
| Pedro Missioneiro | São Borja | Usuário | 60 anos |
| Toríbio | São Borja | Usuário | 63 anos |

¹² Pesquisa Exploratória, segundo Gil (1987), visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume, em geral, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de Caso.

¹³ Pesquisa Descritiva (GIL, 1987) visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de Levantamento.

¹⁴ O Quadro demonstrativo destaca os usuários e informantes-chave entrevistados, tendo o cuidado de preservar os nomes dos mesmos segundo os preceitos éticos da pesquisa. Os nomes foram retirados da obra *O Continente*, de Érico Veríssimo.

| | | | |
|-----------------|-----------------------|------------------|---------|
| Florêncio | São Borja | Usuário | 65 anos |
| Pedro Terra | Santana do Livramento | Usuário | 63 anos |
| Rodrigo Cambará | Santana do Livramento | Usuário | 67 anos |
| Licurgo | Santana do Livramento | Usuário | 60 anos |
| Henriqueta | São Borja | Informante Chave | - |
| Bibiana | Santana do Livramento | Informante Chave | - |

Fonte: Elaborado pelo autor, Porto Alegre, 2016.

Primeiramente, a amostra intencional foi estabelecida através de sorteio, um total de quatro entrevistas foram realizadas com usuários de cada espaço (dois CAPSad) e suas respectivas coordenações, sendo os usuários previamente sorteados pela coordenação, totalizando oito sujeitos. Inicialmente 12 usuários haviam sido selecionados para a entrevista, mas apenas oito se sentiram à vontade para realizá-la. Desse modo, o número total, somando usuários e trabalhadores (informantes-chave) da equipe técnica, foi de dez entrevistas. Os usuários (N=8) e as informantes-chave (N=2) entrevistados atenderam aos critérios de inclusão e exclusão da amostra impreterivelmente.

A coleta de dados se realizou nos CAPSad dos municípios de São Borja e Santana do Livramento, por meio de formulário de coleta de dados e roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndices I, II e III). Cabe salientar que tal instrumental de aplicação da presente pesquisa constitui-se a partir das questões norteadoras evidenciadas na mesma e que detém em seu objetivo apontar uma solução para o problema de pesquisa. Ressalta-se, ainda, que os dados coletados foram, posteriormente, analisados conforme se visualizará no próximo subitem.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados coletados foi realizada com base na análise de conteúdo de Gil (1987), que tem três etapas distintas, denominadas pelo autor como *pré-análise*; *exploração do material*; e *tratamento dos dados e inferência e/ou interpretação*.

A pré-análise é a fase da organização. Nessa etapa foram realizados os primeiros contatos com os documentos (transcrições das entrevistas), ou seja, fez-se uma leitura “flutuante” destes. Em seguida houve a escolha dos

documentos (transcrições das entrevistas) e preparação para análise do material (GIL, 1987). A exploração do material consiste nas tarefas de codificação, que envolvem: o recorte (ou seja, a escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação (escolha das categorias) (GIL, 1987).

Por último, o tratamento dos dados e a interpretação tratam de validar os dados, tornando-os significativos. Para isso, foram utilizados procedimentos, como transcrição das narrativas dos sujeitos pesquisados, que culminaram em quadros, diagramas e figuras que sintetizam e destacam as informações obtidas (GIL, 1987).

Para o processo de análise, foi adotada uma postura que vai ao encontro de um olhar crítico, baseada na compreensão de que a realidade não se apresenta no aparente de forma total, mas apenas parcial ou, como relata Kosik (1995), como um “claro-escuro de verdade e engano” que permeia o ser social em seu cotidiano. Sendo assim, a análise dos dados constitui-se na perspectiva de uma postura investigativa de desvendamento do fenômeno pesquisado.

3.5 Princípios éticos da pesquisa:

Partindo do Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais, pode-se evidenciar, em seu artigo 5º, o compromisso que a categoria profissional detém em seu cotidiano frente aos atendimentos realizados com os usuários. Este mesmo compromisso foi estendido aos sujeitos pesquisados. Segundo Barroco (2005, p. 6), “entendemos que é pertinente partir da identificação dos sujeitos de nossas pesquisas, o que já remete à sua consideração como sujeitos pertencentes a um universo de vulnerabilidade e/ou exclusão social” e, sendo assim, quanto ao aspecto ético que permeou a pesquisa, cabe ressaltar que as fontes consultadas, assim como os nomes dos usuários, foram preservadas, bem como foi preservada a integridade dos dados coletados.

Dentre os procedimentos éticos da pesquisa, ainda se encontra a apresentação prévia que ocorreu para os gestores municipais, em especial os Secretários da Saúde municipais e coordenadoras dos CAPSad pesquisados. No momento da apresentação deste projeto de pesquisa aos secretários de

saúde, foi disponibilizada em duas vias a Autorização Condicionada de Instituição Co-Participante (Anexo B), oferecida pela Universidade.

Conforme Barroco (2005, p. 5), resoluções como a 510/16 “colocam aspectos importantes quanto à defesa dos direitos humanos dos sujeitos envolvidos na pesquisa, dentre eles, a elaboração do” TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, providenciado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio grande do Sul (Anexo I), que foi enviado em duas vias: uma para pesquisador e outra para a coordenação dos CAPS, desta forma primando pela ética na pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE pode ser considerado uma proteção legal e moral do pesquisador e do pesquisado, ao assiná-lo, ambos estão assumindo a responsabilidade.

Houve uma preocupação, por parte do pesquisador, de disponibilizar um retorno dos resultados aos sujeitos da pesquisa, bem como aos gestores municipais, pois, segundo Barroco (2005, p. 7), “a alteridade ou o respeito ao outro exige especial atenção quanto aos resultados da pesquisa; tratando-se de uma problemática complexa, tendo em vista que raramente a população alvo tem acesso ao produto da investigação”.

Contudo, o retorno dos dados foi realizado pela apresentação da dissertação de pós-graduação em Serviço Social, que ocorreu na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, e através de relatório final de pesquisa, que foi enviado aos gestores municipais (Secretária de Saúde Municipal) e aos usuários por meio de um boletim informativo.

4 RETIRANDO A VENDA – O BORRACHO, O BOLICHO E A FRONTEIRA

Este capítulo tem por finalidade apresentar a análise e a interpretação dos dados coletados nos Centros de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas dos municípios de fronteira, através de entrevistas realizadas no período entre julho a setembro de 2016 com pessoas idosas usuárias de drogas que estavam em atendimento nos centros mencionados. A presente análise busca compreender as experiências sociais no que se refere aos efeitos que o uso de drogas tem no cotidiano dos entrevistados, bem como no que se refere ao que mudou na vida destes com sua entrada no serviço de saúde pública. Sendo assim, trabalhar com a categoria “experiência social” significa “conhecer o modo de vida do sujeito” (MARTINELLI, 1999, p. 23) pesquisado. Assim compreendemos que é a partir do histórico social do(a) entrevistado(a) que se revelam seus traços culturais e suas concepções de vida na esfera cotidiana.

Quando trabalhamos com a categoria experiências sociais, pretendemos analisar histórias de vida, considerando-as como interpretações individuais de experiências sociais. Ao trabalhar com as experiências sociais visualizou-se à distinção entre “estórias de vida” e “histórias de vida”, “biografia” e “autobiografia”. Evidentemente em todos estes casos trata-se do levantamento de toda, ou de uma parcela, da vida de um indivíduo entrevistado. (KOFES, 1994)

Para Kofes (1994) ao sistematizar as experiências sociais, as mesmas estarão sendo consideradas como:

Fontes de informação (falam de uma experiência que ultrapassa o sujeito que relata); como evocação (transmitem a dimensão subjetiva e interpretativa do sujeito); como reflexão (contêm uma análise sobre a experiência vivida. Neste sentido, o próprio entrevistado articula reflexão e evocação). (KOFES, 1994,p. 118)

A categoria experiências sociais, possibilitou uma análise mais profunda frente o envolvimento dos usuários pesquisados com a família, trabalho, tratamento e amigos.

O estudo possibilita a retirada da venda que cobre o uso de drogas por pessoas idosas usuárias do serviço de saúde pública ofertado pelas CAPSad,

demonstrando, desta maneira, que a sociedade deve estar mais atenta a esta questão que vêm se perpetuando ao longo dos anos silenciosamente. Para tanto, num primeiro momento, foram analisadas as características dos idosos usuários de drogas entrevistados neste estudo, objetivando dar visibilidade a dados como gênero, raça (etnia), escolaridade, média salarial etc.

Cabe pontuar que, no processo de retirada desta venda, foram evidenciados, em alguns extratos de falas que representam o início do uso de drogas pelos entrevistados – bem como situações de violência na sua trajetória –, pontos de melhoria no atendimento e acolhimento institucional e nos demais itens.

O último momento de análise do referido capítulo trouxe a realidade institucional dos CAPSad na perspectiva dos(as) coordenadores(as) dos espaços, seu processo de planejamento e execução das atividades, em especial aquelas destinadas às pessoas idosas usuárias do serviço de saúde mental do referido espaço ofertado nos municípios de fronteira a usuários de álcool e outras drogas.

4.1 Do primeiro gole de pura¹⁵ até a velhice: as características de pessoas idosas que estão em atendimento nos CAPSad

Ao se iniciar o processo de desvendamento do uso de drogas por pessoas idosas, fez-se necessário realizar um exercício de aproximação dos sujeitos pesquisados na sua totalidade. Este exercício constituiu na composição, a partir das características das pessoas idosas pesquisadas, de um perfil dos oito usuários atendidos, contando, também, para a formação deste perfil, as contribuições dos informantes-chave (membros da equipe de trabalho dos espaços). Assim potencializando as possibilidades de obtenção de um quadro geral onde se possa vislumbrar um perfil consistente das pessoas idosas usuárias de drogas atendidas nos CAPSad de São Borja e Santana do Livramento. Tal quadro foi construído em consonância com as sucessivas aproximações realizadas nas entrevistas.

¹⁵ Forma como os entrevistados nomeiam a cachaça

Tabela 2 - Principais características dos entrevistados

| Nome | Idade | Escolaridade | Profissão | Religião | Reside com a Família |
|-------------------|-------|-------------------------------|-------------------|---------------|----------------------|
| Juca | 60 | Ensino médio incompleto | Motorista | Católico | Sim |
| Maneco | 80 | Ensino fundamental incompleto | Campeiro | Católico | Não |
| Pedro Missioneiro | 60 | Ensino fundamental incompleto | Serviços Gerais | Católico | Sim |
| Toríbio | 63 | Ensino superior completo | Professor | Não respondeu | Não |
| Florêncio | 65 | Ensino fundamental incompleto | Trabalhador Rural | Católico | Sim |
| Pedro Terra | 63 | Ensino médio completo | Pintor e Pedreiro | Evangélico | Sim |
| Rodrigo Camará | 67 | Ensino médio incompleto | Serviços Gerais | Católico | Não |
| Licurgo | 60 | Ensino fundamental incompleto | Trabalhador Rural | Umbanda | Não |

Fonte: Elaborado pelo autor, Porto Alegre, 2016.

Os oito usuários entrevistados apresentaram, como se pode observar na Tabela 3, uma média etária de 64 anos e quatro meses. As idades dos mesmos foram de 60 até 80 anos de idade, sendo todos frequentadores dos espaços há, em média, mais de um ano e sete meses. Todos os entrevistados são do gênero masculino, contudo, a ausência do gênero feminino nas entrevistas não significa uma ausência de mulheres idosas em atendimento pelo CAPSad.

Segundo as informantes-chave dos espaços, o gênero feminino se apresentada da seguinte forma nos atendimentos:

E o gênero é o masculino, sem dúvidas. Dos idosos, a maioria é homem. As mulheres que tivemos aqui. É idosas, pelo que lembro, assim, na maioria das vezes, e foram três ou quatro, uma delas veio com o companheiro tratar junto, mas, assim, na maioria das vezes, elas não gostam de ficar, preferem ser atendidas no ambulatório e fazer o tratamento em casa. É que... Elas, algumas falam que não gostam de ficar com os homens, e tem também as coisas de casa para fazer sabe. Elas sempre falam isso. (HENRIQUETA).

As mulher é o que eu te coloquei. As mulheres é mais para o atendimento ambulatorial, até por essa questão de ser mulher, de ter filho, de ter casa, de ter marido, então quem vem é a Anita¹⁶, que vem e fica o dia conosco, e tem a Luiza¹⁷, que vem de vez em quando. Mas quando tem uma atividade, assim, fora, aí elas vêm e participam. Até teve uma gincana no final do ano, e aí as idosas participaram junto com as outras mulheres. Foi bem legal. (BIBIANA).

É visível que, no caso do gênero feminino, há uma barreira cultural socialmente construída que não permite que as utilizadoras do serviço aceitem o tratamento por completo. O fator que envolve esta decisão consiste na “divisão do trabalho baseada no gênero pela qual as mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado das crianças, da família e das tarefas domésticas independente de ter ou não outro trabalho”. (STREY, 2012, p. 55). Algo que corrobora a não adesão completa ao tratamento está no que Saffioti (1997) define como *síndrome do pequeno poder*, que seria exercido pela mulher no seu ambiente doméstico, sendo, desta forma, mais cômodo para elas aceitar o tratamento onde as mesmas exercem o seu poder nos momentos em que o companheiro não está em casa.

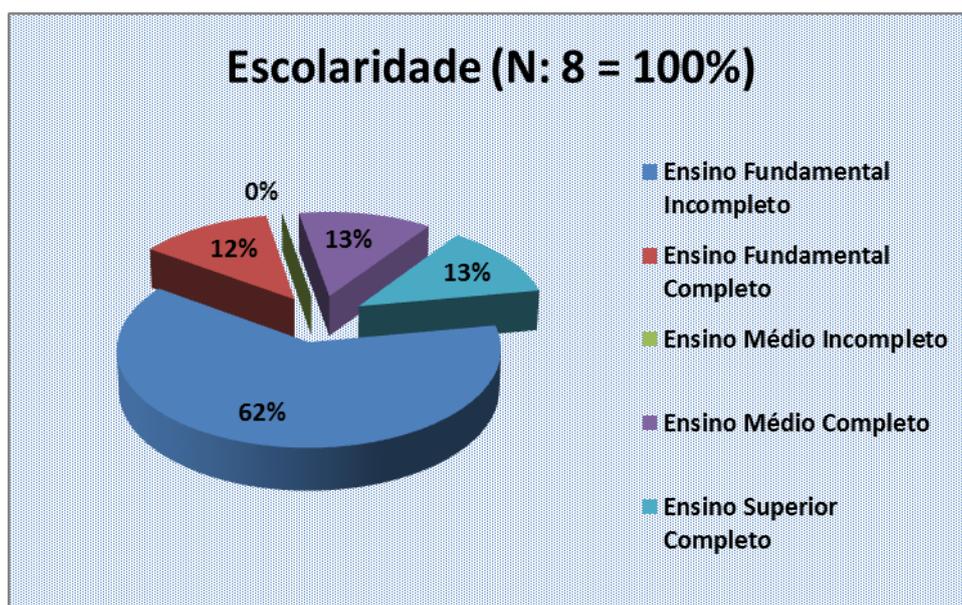
Outro fator que se soma a invisibilidade do gênero feminino está no planejamento e implementação de intervenções para pessoas que fazem uso de drogas. Isso porque, segundo Bolzan (2015), as ações de planejamento são fundamentadas em necessidades masculinas, havendo pouca consideração para quaisquer diferenças entre os sexos, sejam elas fisiológicas, psicológicas ou sociais.

Ao formar um perfil dos(as) usuários(as) idosos(as), compreende-se que se deve, também, olhar para a sua média salarial e a sua escolaridade, visto que ambas são indissociáveis no mercado formal de trabalho. Segundo Rodrigues (2012, p. 123), “o nível de escolaridade aparece como uma variável significativa, pois, na maioria das vezes, determina ao trabalhador as oportunidades de emprego”. Desta maneira, os trabalhadores com melhor qualificação acabam por deter as melhores remunerações.

¹⁶ Nome fictício.

¹⁷ Nome fictício.

Gráfico 2 - Escolaridade dos idosos pesquisados



Fonte: Elaborado pelo autor, Porto Alegre, 2016.

Observa-se no gráfico acima que 62% (N=5) dos usuários entrevistados não chegaram a concluir o ensino fundamental. Ainda, 13% (N=1) dos entrevistados completaram o ensino médio, e 12% (N=1) detêm ensino superior completo. Cabe ressaltar que 13% (N=1) dos entrevistados, após o início do tratamento, completou o ensino fundamental e, atualmente, encontra-se matriculado no ensino médio modalidade EJA – Educação de Jovens e Adultos.

Os usuários entrevistados, em sua maioria, ainda apresentaram renda mensal de um salário mínimo, 62% (N=5), sendo que, destes, 60% (N=3) recebem um salário mínimo no momento por se encontrarem na condição de beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC. Ao questionar os usuários que recebem o BPC quanto ao processo para o encaminhamento do benefício, os mesmos apontaram que a família e os profissionais do CAPSad foram essenciais para que obtivessem êxito.

Por idade, sabe no INPS, minha filha me ajudou a ir lá lidar com os papéis. Encaminhar tudo. Junto com a menina aqui assistente social da aqui, né, graças a Deus, tá tudo certo. (Maneco).

Sim, é BPC, foi a Henriqueta (assistente social) que conseguiu pra mim lá pelo CAPSad. (Florêncio).

Ainda, 25% (N=2) dos entrevistados relataram não ter renda fixa e 13% (N=1) não informaram a renda na entrevista.

Marx constitui, na sua teoria do valor-trabalho, que o que realmente importa são as horas de trabalho, que, no caso de um engenheiro qualificado, por exemplo, podem valer cinco ou até dez vezes o valor da hora de um trabalhador da construção civil ou de um trabalhador soldador. Portanto, quanto mais qualificado for o trabalhador, maior será a sua valorização enquanto mercadoria força de trabalho (MARX, 1996, p. 90-100). Desta forma, a escolaridade, somada à teoria do valor, torna-se um dos pontos centrais para entendermos a baixa média salarial apresentada pelos usuários do presente estudo.

O segundo ponto central que consolida a teoria de Marx consiste na questão da “precarização do mercado de trabalho”, que culminou com a “nova precariedade salarial” (ALVES, 2007), que é visualizada nas narrativas dos entrevistados quando os mesmos falam da sua profissão.

Agora estou desempregado, mas trabalhava de serviços gerais. Trabalhava em lavoura, construção. Só que agora não posso trabalhar, tenho problema de coluna. (JUCA).

Minha profissão, tchê¹⁸, eu ultimamente tô trabalhando em firma de maçã, trabalhador rural no caso. Mas a minha profissão mesmo é pintor e pedreiro. (PEDRO TERRA).

Não tenho. Trabalhava em serviços gerais. Trabalhava de servente, trabalhava em tosquilha¹⁹. Trabalhei muito tempo em tambo, trabalhava em tambo de leite, leitaria antigamente, sabe, desde os dez, doze anos em leitaria, sempre trabalhei pra fora²⁰. (LICURGO).

Esta nova precarização do mercado de trabalho constitui-se na informalidade dos empregos e, também, na formalidade, atravessando a *totalidade de vida de trabalho* dos entrevistados que buscam estratégias de sobrevivência dentro das crises cíclicas do capital. “Mas o novo mundo da *precariedade* salarial é constituído não apenas pelo trabalhador assalariado empregado, do setor formal e do setor informal, mas pelo trabalhador imerso no desemprego de longa duração”. (ALVES, 2007, p. 259). No caso dos entrevistados, todos são trabalhadores com mais de 60 anos e apresentam

¹⁸ Expressão popular típica.

¹⁹ Tosquilha – trabalho de retirada da lã de ovelha.

²⁰ Trabalhar pra fora – significa trabalhar na zona rural, ser trabalhador rural.

problemas de saúde; eles demonstram em suas falas que sofrem mais para retornar ao mercado de trabalho, ficando imersos no desemprego de longa duração.

Quanto às drogas, os usuários pesquisados relataram que suas experiências com o uso de substâncias tiveram início ainda quando crianças ou adolescentes. O começo do uso pelos, hoje, idosos passou pela família, na figura do pai como o primeiro a ofertar álcool e/ou tabaco.

Segundo pesquisa realizada pela Senad (2012, p. 14-15), “o consumo abusivo de álcool na terceira idade pode ser classificado em dois tipos”: primeiro, os idosos que iniciaram um consumo pesado de álcool na juventude e o mantiveram ao longo da vida. Estes são provenientes de famílias com histórico etílico, 80% destes sujeitos podem, frequentemente, desenvolver algum transtorno de personalidade (com maior prevalência de esquizofrenia), possuem baixo nível socioeconômico, má nutrição e história de múltiplos problemas físicos. O segundo tipo é o dos idosos que iniciaram o consumo pesado na maturidade. Nestes casos, não é frequente um histórico familiar etilista. 40% destes sujeitos tem um bom ajuste social durante a vida. São raros os casos *skidrow* (bêbados de sarjeta). Normalmente residem com a família e apresentam história de bom desempenho no trabalho.

Todos os idosos entrevistados relataram fazer uso de álcool antes de começar o tratamento, ou seja, 100% dos idosos ingeriam diariamente álcool, sendo o mesmo potencializado por alguma outra droga, por uma parcela dos entrevistados. O consumo excessivo de álcool evidenciado nos relatos dos usuários pesquisados está aliado a fatores culturais, econômicos e familiares.

Ah, oito anos. Meu pai me ofereceu álcool e cigarro [...] teve um dia que cheguei da escola muito nervoso, tinha perdido o emprego sabe? Cheguei diretamente no bar, era um prédio alto sabe? E pedi uma caipirinha de vodca. E bebi em dois tempos, de uma vez. E automaticamente pedi um beck²¹ [...]. E foi assim que começou, bebidas, drogas. Mas só maconha. (TORÍBIO).

Quando eu comecei a beber eu tinha 9 anos [...]. Meu pai me deu, né, e daí se eu não tomasse ele me surrava²². E aí tomei e aí gostei. Meu pai era muito bêbado e disse “ou tu bebe ou vou te cagar de pau²³”, e aí, né. (FLORÊNCIO).

²¹ Cigarro de maconha

²² Expressão utilizada para se referir a uma agressão física

²³ Expressão utilizada para se referir a uma agressão física

Comecei cedo 8, 9 anos, bebia com a família só em casa, em bar, pra dizer, assim, era muito difícil. Só as vezes quando encontrava alguém, sabe, aí tomava uma cerveja, mais era só em casa. (JUCA).

Eu comecei cedo, com uma base de 13, 14 anos, juntamente com meu irmão, e dali foi um passo para passar para maconha e para a cocaína e eu usei até o crack. (PEDRO TERRA).

Os fatores econômicos se fazem palpáveis pela sua importância na cadeia produtiva, na vasta oferta de bebidas alcoólicas e na voluptuosa mão de obra que se emprega para a fabricação dos produtos, mas, também, como reflexo do desemprego que permeou a vida dos entrevistados. No entanto, os fatores sociais, onde está presente a cultura e os episódios de violência psicológica a que foram acometidos os entrevistados, são mais subjetivos e passam desde a aceitação para entrada em um grupo até a ascensão a uma fase adulta, como a fuga dos problemas enfrentados cotidianamente. Observa-se o uso de álcool e outras drogas pelos idosos na tabela abaixo.

Tabela 3 - Drogas mais utilizadas juntamente com o álcool pelos usuários:

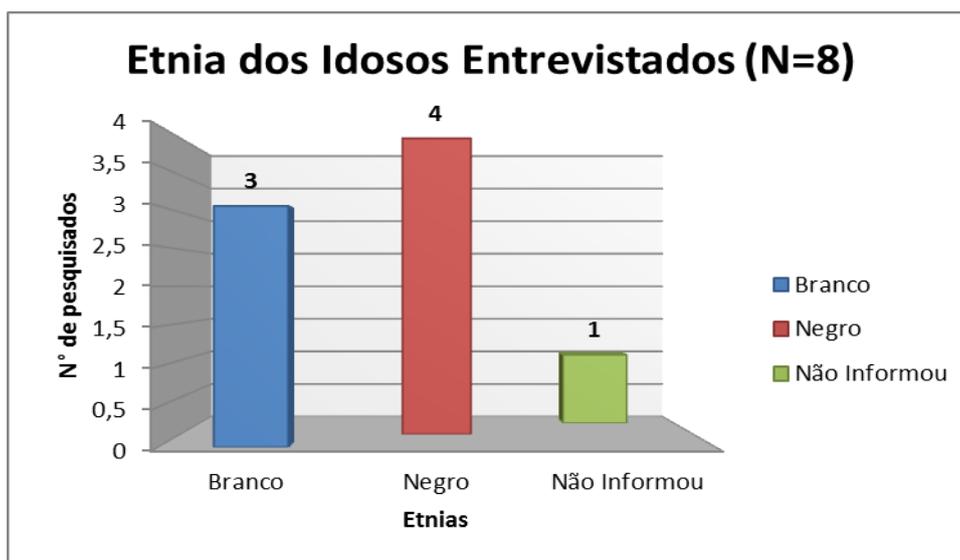
| Drogas mais utilizadas | | |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| | Nº de usuários | Porcentagem % |
| Álcool | 8 | 100% |
| Tabaco | 4 | 50% |
| Canabis | 3 | 37,5% |
| Cocaína | 1 | 12,5% |
| Crack | 1 | 12,5% |

Fonte: Elaborado pelo autor, Porto Alegre, 2016.

A segunda droga mais consumida no grupo entrevistado foi o tabaco, que ainda é utilizado por 50% dos sujeitos da pesquisa. As entrevistas também revelam que, em alguma fase da vida, os idosos fizeram uso de outras drogas em conjunto com o álcool, sendo a canabis, dentre estas, a mais comum, tendo sido consumida por 37,5% dos entrevistados; a cocaína e o crack foram consumidos, cada, por 12,5% dos idosos pesquisados.

Outro dado importante que se obteve para a construção do perfil dos idosos entrevistados foi o referente ao grupo étnico.

Gráfico 3 - Etnia dos idosos entrevistados



Fonte: Elaborado pelo autor, Porto Alegre, 2016.

Desta forma, o gráfico acima pode nos auxiliar na visualização das etnias mais presentes no estudo. Observa-se que a etnia negra é a mais atendida neste serviço, somando 50% (N=4) dos atendimentos pesquisados. Em segundo lugar está a etnia branca, com 40% (N=3) dos atendimentos, e 1 dos entrevistados (10%) não informou sua etnia.

Estes números, ao serem convergidos para uma análise, levam-nos a concluir que os usuários acima de 60 anos entrevistados que estão em atendimento nos CAPSad dos municípios da região de fronteira do estado do Rio Grande do Sul, tem como principais características: média de idade de 64 anos e 4 meses, baixa taxa de escolaridade e renda mensal de até um salário mínimo, sendo a maioria dos usuários beneficiários do programa sócio-assistencial do INSS, o BPC. Também se destaca que 50% (N=4) dos entrevistados residem com familiares e 50% (N=4) residem sozinhos.

4.2 O bochincho²⁴ está armado: as expressões de violência vivenciadas através do uso de drogas no cotidiano dos usuários do CAPSad

As formas de violência que se apresentam na esfera do uso de drogas são múltiplas e variáveis e atravessam a vida de todos os entrevistados, que

²⁴ Confusão, discussão ou até uma agressão física.

ora são vítimas, ora são agressores. A violência exercida contra as esposas/companheiras e filhos é tão frequente quanto a violência vivenciada nas ruas, como se pode observar nas seguintes falas:

Eu comecei bem devagarzinho, assim, eu tomava uma canha por dia, mas depois a patroa chegava e dizia “mas Licurgo, tu bebeu de novo”, e já dava a briga. Mas, aí, quando não tinha, eu pedia para ela. “O Aurora me dá dinheiro pra compra uma canha”, e aí ela dizia que não tinha, que não ia me dar, que era só pra eu beber e brigar depois. Porque a briga era sempre em casa. Porque eu bebia só em casa. (LICURGO).

Ah com a família, aí às vezes dava discussão porque o seguinte, eu chegava alegre né, e eles queriam me izicutar²⁵, aí o certo era eu izicutar eles. Mas eu cheguei à conclusão que o errado era eu. Porque agora eles querem o meu bem e o errado era eu. Brigava com os filhos, com a mulher. (MANECO).

Sabe-se que a violência contra a mulher se manifesta de diferentes formas em nossa sociedade, e, como podemos analisar nos relatos acima, a violência passa pela constituição de uma “família patriarcal, [que,] como o próprio nome sugere, se baseia fundamentalmente na exploração do homem sobre a mulher”. (PINHEIRO, 2008, p. 1). Desta forma, a mulher vem sendo vítima da violência impingida por seu companheiro nas situações em que o mesmo se encontrava sob efeito do uso de álcool ou drogas. Nestes casos, a violência contra a mulher adquiriu papéis simbólicos que são pré-estabelecidos e socialmente impostos, e que podem chegar até à violência física (GROSSI, 1994).

Cabe ressaltar, ainda, que as situações de violência se inserem nas relações familiares por que as mesmas são:

Fundamentadas em sentimentos contraditórios que envolvem amor, amizade, proteção, ódio, inveja, ciúmes, e que produzem relações igualmente contraditórias de dominação-resistência, obediência-transgressão. Essas relações atuam entre os indivíduos mantendo-os sob controle contínuo e permanente, provocando e justificando atos tanto de amor e cuidado quanto de violência. (BELLINI, 2002, p.153).

As ruas e o uso de drogas são outra combinação que provoca violência e que, por muitas vezes, afetou diretamente a vida dos idosos entrevistados, que trouxeram situações que resultaram, até mesmo, no óbito de seus familiares e amigos, como se pode verificar:

²⁵ *Izicutar*: Ato de violência, a mesma pode ser verbal ou física.

Foi em umas carreiras [corrida de cavalo], ele [irmão] andava namorando uma guria e, por lá, nas carreiras, andaram convidando ele, era um baita machão [homem grande e forte], para ir no baile que tinham arrumado tudo, só faltava o gaiteiro. E ele tava na casa da guria, de frente pras carreiras, e nós tinha um tio que era gaiteiro, e ele, pra não larga o namoro, eu fui. Cheguei lá, tava ele deitado na rede, era pertinho, e tava deitado e gostava de uma canha e pediu antes de ir pra tia alcançar uma canha pra nós. E se fomos pro baile. No baile nós cansamos de dança, saímos um pouco pra fora. Aí a gente viu aquele zaino (cavalo) todo embarrado e o capataz da fazenda vindo, mas acontece que não podia entrar no baile armado, e o capataz tava com o revólver na cintura, assim, sabe, tava com um casaco preto por cima e dançando. E ele começou a se encarna em mim, e eu, novo na cidade, não sabia brigar, e ele dê-lhe a me encher o saco. Mais aí me retirei e juntei aquela faca. E meu irmão viu aquela arruaça e saiu pra fora, e meu tio também, e deram o tiro. E pegou, assim, pelas paletas do meu irmão e Deus o livre. Aí ele deu o tiro e disparou pra casa de um vizinho, e eu persegui ele, me embodoquei [ficar bravo, com raiva], mas ele não me dava frente nunca, ele disparou na frente. Aí acabou que a gente veio na delegacia, que era na prefeitura, dar o depoimento, mas, assim, comigo foi só isso. (MANECO).

Geralmente o caso é o seguinte, no consumo exagerado sempre vai haver alguma coisa, e geralmente se juntar o álcool, né. O álcool, o álcool é um estopim para tudo, né. Geralmente é. No caso, eu nunca fui de compartilhar, né, mas no uso do crack, e eu usei crack e vi situações de camarada brigarem por causa, né. Então. Isso gera muita violência, né. No caso, eu perdi, vai fazer três anos, dois filhos meus, né, dois filhos meus que tavam envolvidos, né. Aí foram mortos, foram mortos envenenados por causa disso aí, né. Isso aí foi uma das coisas que gravou muito na minha mente, né. Até agora ficou por isso mesmo [...]. Aqui, onde chamavam a rua de cracolândia. Vai fazer uns três anos morreu eles. Eduardo, meu filho, João, meu filho, e o Adão que era amigo deles três. É, envenenaram eles na bebida. Isso aí repercutiu na época em Porto Alegre e tudo aí. (PEDRO TERRA).

Eu e meu filho acabamos se envolvendo em um acidente, ele também parou, sem tratamento, sem nada, e ele bateu, mas ele nunca tinha bebido e dirigido e, um dia, acabou bebendo e bateu em outra pessoa e se envolveu e gerou um problema, né, e agora tá com a carteira caçada, e no outro dia resolveu parar. Deu zebra que se envolveu na primeira vez, né, mas, graças a Deus, resolveu para no outro dia, né, se deu conta na hora. (PEDRO MISSIONEIRO).

Nas três situações, observam-se episódios de violência que foram associados ao uso de álcool e outras drogas no decorrer da vida dos usuários, seja na juventude do senhor Maneco, ou na velhice do senhor Pedro Terra e de Pedro Missioneiro. Contudo, concorda-se com Baltieri e Cortez (2006, p. 141), pois “o consumo nocivo de bebidas alcoólicas, especialmente, durante os episódios de intoxicação, representa um saliente risco para a perpetração de atos violentos, incluindo homicídios, crimes sexuais e violência familiar”, o que

se exemplifica principalmente ao se analisar o primeiro trecho da fala do usuário Pedro Terra. O mesmo, ao ressaltar que o uso de álcool “é um estopim para tudo”, converge com as estatísticas. De maneira geral, o álcool está relacionado a 50% de todos os homicídios e a 30% dos suicídios e das tentativas de suicídio, e a maioria dos acidentes fatais de trânsito também tem o álcool como motivador (BALTIERI; CORTEZ, 2006). Tais dados vão ao encontro da realidade vivenciada pelas pessoas idosas pesquisadas.

Já ao realizar a análise do caso de extermínio das populações que utilizam crack nos espaços definidos como crackolândias, seja nas grandes ou pequenas cidades, como se pode observar com os filhos do Sr. Pedro Terra, deve-se levar em conta dois pontos. O primeiro é o caráter marginalizatório que incide nos usuários de crack nestes territórios, tendo como base a estratégia da diferenciação. Esta estratégia está calcada em uma diferença radical entre “usuário e traficante, entre rico e pobre, entre quem é a favor e quem é contra a sociedade, leva à outra construção ideológica, muito perigosa: o expurgo do outro. Essa estratégia envolve a construção de um inimigo comum” (ROMANINI; ROSO, 2013, p. 379), está baseada no conceito de bem contra o mal, em que uma parcela da sociedade é convocada a resistir, ou melhor, a combater este mal. “Essa estratégia é levada ao extremo no caso citado do extermínio de usuários de crack (pobres), pois leva a pensar que pior que usar drogas é usar crack; e pior que ser usuário é ser pobre!” (Ibidem).

Outro fator que merece análise está no traço cultural que permeia a imagem do gaúcho, presente principalmente na fala do senhor Maneco. Estes fatores culturais explicam o jeito de ser do gaúcho, que está arraigado no machismo, no uso da força para obtenção de algo e na postura altiva de dominador. Todos estes elementos podem ser observados em letras de música ou na literatura que abarca os costumes e hábitos do gaúcho. Como no clássico musical de Leopoldo Rassier (Não Podemos Se Entregá Pros Home, Califórnia da canção nativa, 1986, gravadora: Usa Discos), que exalta que “o gaúcho desde piá vai aprendendo a ser valente não ter medo ter coragem”, ou mesmo na obra de Érico Veríssimo, “O Tempo e o Vento” e “O Continente”, romances onde se encontram as seguintes características do gaúcho:

[...] O código de honra daqueles homens possuía um nítido sabor espanhol. Falavam muito da honra. No fim das contas o que

realmente importava para eles era 'ser macho'. Outra preocupação dominante era 'não ser corno'. Não levar desaforo para casa, saber montar bem e ter tomado parte pelo menos numa guerra eram as glórias supremas daquela gente meio bárbara que ainda bebiam água ardente em guampas de boi [...] Era preciso ter paciência e compreender que aquele era um país novo, ainda na sua primeira infância. Havia nas gentes da Província um certo acanhamento desconfiado que nos homens se transformava num ar agressivo. Falavam alto, com jeito dominador, de cabeça erguida. Entre fascinado Winter assistia a várias carreiras em cancha reta, e mais de uma vez o haviam chamado para atender algum homem que fora estripado num duelo por causa duma 'diferença de pescoço'. (VERÍSSIMO, 1962, p. 363-364).

Este estereótipo de gaúcho pode ser observado na fala do senhor Maneco, que menciona desde a cultura de frequentar as corridas de cavalo, relatadas brilhantemente por Verissimo, até os “atos de valentia”, que culminaram em um confronto que gerou o ferimento de terceiros. Tudo motivado pela exagerada ingestão de álcool somada a costumes culturais.

Outra face da violência na vida das pessoas idosas pesquisadas é a violência financeira, como se pode observar:

Era um salário, mais agora tô pagando um empréstimo aí, e agora tô recebendo 300 pila só. O empréstimo esse que eu tirei, como se diz, é [...] Banco de crédito, eles me descontam, eu fico apavorado porque eu acho que até o INPS não sabe disso. O empréstimo foi para eles lá (família da ex-companheira), eu não queria fazer mais pra não me incomodar né. (RODRIGO CAMBARÁ).

Esta forma de violência infringida ao usuário pesquisado termina por restringir a sua vida. A coerção de familiares acaba, muitas vezes, por levar os idosos a situações de endividamento e, não raro, a sofrerem violência patrimonial ou financeira de filhos, netos e parentes. A violência financeira “consiste na utilização do benefício previdenciário do idoso sem a sua autorização ou desejo para provimento das necessidades da sua família”. (GOERCK, 2007, p. 82).

Outra forma de violência que se manifesta no cotidiano dos usuários atendidos nos CAPSad pesquisados é a violência estrutural. Esta é a “violência gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à opressão dos indivíduos”. (MINAYO, 1994, p. 8). A violência estrutural se manifesta na vida dos usuários pesquisados como não acesso

aos direitos básicos, como acesso à saúde, alimentação, moradia e transporte público.

A violência estrutural reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e das discriminações que os desprovidos de bens materiais mais sentem. A desigualdade não é privilégio da população idosa, pois em geral, os mais pobres o foram durante a vida toda. Mas nessa etapa da vida, a indigência ou a falta de recursos materiais castiga mais. (MINAYO, 2014, p. 59)

Os depoimentos dos participantes da presente pesquisa carregam em si, na sua totalidade, relatos de violência estrutural, como se pode visualizar a seguir:

Fiz seis fisioterapia, né, e depois de tudo isso aí o médico disse que eu devia ter operado, e outra coisa, quando eu cheguei em Livramento, porque meu acidente foi lá em Vacaria, eu tinha que engessar e eu só vim com uma tala, entendeu. Eu tive que entrar no Ministério Público para poder fazer o tratamento, aí agora tô com problema de próstata e a próstata já tá crescida e já trouxe o exame para a doutora, a clínica geral, para ela passar para um especialista, mas tudo isso aí, entende, eu tive que entrar no Ministério Público. E o exame de olhos que tive que fazer também, então tive que entrar no Ministério Público 3 vezes, senão ia ficar prolongando e não sabia quando iam me atender, tive que judicializar. (FLORÊNCIO).

O remédio vem, eu tomo quando tem aqui na farmácia, agora o doutor receitou, mas não tem aqui, aí não posso tomar porque não consigo trabalhar, não tenho renda nenhuma. (JUCA).

Eu trabalhei mais rural e um pouco aqui no mercado, e eles não querem aceitar, juntar, contar o tempo, né, mas eu tenho o tempo e eles não querem aceitar. Eu pleiteei me aposentar, sabe, me acidentei da coluna trabalhando em lavoura em Uruguaiana, fui embora, não consegui me encostar, não consegui, a aposentadoria é complicada a coisa [...]. Agora tô tentando ver se o advogado resolve, mas já foi em final de 2013, 2014 e até agora não tenho resposta de nada e é difícil, né. Fiz umas oito perícia e o médico chegou a me dizer que o trabalho dele é negar a perícia, até, na última perícia, eu disse que não ia mais lá e não fui mesmo. Ele me disse que “se tu quer tentar em outro estado, vai, porque aqui eu vou negar sempre”. (PEDRO MISSIONEIRO).

Eu moro no albergue já faz uns bons tempos, eu saí, fui pra casa da mulher, mas tive que voltar de novo e agora não queriam eu lá. Aí a professora lá, a mandona, disse pra mim que albergue não é lugar pra mim, que eu tenho 60 e poucos anos e que ali vai todo tipo de gente, que ali vai maconheiro e que ali não é lugar pra mim. (RODRIGO CAMBARÁ).

Acredita-se que a origem destas ações violentas esta arraigada na estrutura social, nos laços que existem entre a desigualdade social, exclusão

social, miséria e pobreza, todos frutos de uma sociedade que vivencia cotidianamente o conflito entre capital e trabalho, que detém como produto final a Violência Estrutural. “Nos estudos de Marx sobre o capitalismo, a violência, embora não seja o eixo central de suas reflexões, aparece nas relações de classe, através da exploração no processo produtivo que se manifesta de múltiplas formas”. (CAVALLI, 2015, p. 4).

Esta cadeia de relações que forma a violência estrutural se faz presente quando os mesmos afirmam o não acesso ou acesso precário aos serviços de saúde e o não acesso ao direito básico da aposentadoria, mesmo tendo a pessoa idosa atendido a todos os requisitos de tempo e idade, além de ter uma situação de adoecimento motivada pelo trabalho, pela qual o mesmo deveria ter assegurado seu direito. Destaca-se, ainda, que o município onde reside o Sr. Rodrigo Cambará não detém serviços de acolhimento a idosos, como lares ou residenciais conveniados com a esfera pública, desta forma aflorando a perda não só de direitos, mas de uma possibilidade de construção de sua privacidade. Contudo, concorda-se com Oliveira (2001, p. 122):

O fato de o idoso estar na rua denota a condição de perda de sua privacidade. Acredita-se que o abrigo, albergue, ou casa de convivência, dependendo da abordagem realizada, poderá representar a ante-sala, para que estes sujeitos que moram nas ruas reconstruam espaços que garantam a sua privacidade. A privacidade de suas ideias, de seus desejos de sonhar, de poder relatar para o outro o que pensam, ser sujeito na construção de sua privacidade enquanto pessoa.

Estes caminhos que circundam as diversas formas de violência que se fazem presentes nas vidas das pessoas idosas pesquisadas, devem ser encarados como um fenômeno biopsicossocial, complexo e dinâmico, pois a violência se manifesta na cotidianidade da vida em sociedade. Sendo assim, estes comportamentos violentos estão espelhados e refletidos por uma cultura já arraigada socialmente.

4.3 *Mui borrachos*: a pura, a família e o tratamento.

Neste subcapítulo que compõe a análise dos dados, será observada a relação que os usuários pesquisados mantinham com o uso de drogas, família e como foi o processo de tratamento realizado pelos CAPSad aos mesmos. Ao

realizarmos o movimento de análise em espiral, trazendo para a luz o que estava no escuro, podemos afirmar que o uso de álcool e outras drogas tornou-se habitual para os usuários pesquisados, ao ponto de os mesmos assumirem para si o estereótipo de “borracho”, palavra típica da região de fronteira do Rio Grande do Sul que deriva do espanhol e significa uma pessoa bêbada, ou, no caso, um alcoólatra. Este ruído que circundou as narrativas frente às experiências sociais dos entrevistados, por muitas vezes foi utilizado pelos idosos como forma de identificar que os mesmos tiveram sua entrada no serviço devido ao abuso de álcool, e não de drogas ilícitas, como os mais jovens. Também foi utilizado nas suas narrativas como forma de preconceito e rótulo social que lhes foi dado por vizinhos, amigos e familiares. Portanto, ao evidenciar as experiências sociais dos idosos, consegue-se observar a influência decisiva que o álcool e outras drogas exerceram na sua relação com a família, os amigos e o trabalho, como se pode observar a seguir.

A primeira separação foi por causa do uso da droga e do álcool, não deu pra ficar junto. E a segunda, né, é foi também, né, não adianta o cara ficar falando que não, mas foi por causa disso, né. Não se tinha um diálogo em casa, né, a coisa começou a desandar, né. [...] meus amigos perdi, aí comecei a me afastar, eu já levantava pensando na droga, é, a droga tinha mais importância pra mim do que qualquer outra coisa. (PEDRO TERRA).

Eu tomava 3, 4 garrafas e canha por dia, eu dormia com a canha no costado, eu tenho família e sou separado da esposa, mas me dou bem com ela [...] aí já estava achando por demais, já estava destruindo minha vida, uma filha mora junto comigo no pátio, ficava horrorizada de ver o meu estado, porque ela que cozinha pra mim, lava roupa, ela que faz tudo pra mim, né. Mas tem uma coisa nunca fui agressivo, de briga. De primeiro eu me vingava, chegava da rua borracho e borracho sempre acha que tem a razão, né, e chegava em casa e brigava com a mulher [ex-esposa], putiava ela e aí acontecia, mas na rua, graças a Deus, não acontecia. (RODRIGO CAMBARÁ).

Ao analisar os relatos feitos, constata-se que o uso de álcool e droga foi preponderante para a maioria dos conflitos familiares. Estes conflitos acarretaram a separação dos usuários de suas companheiras e, em alguns casos, mais de uma separação, como se pode observar. O número de usuários separados de suas companheiras chegou a 75% (N=6). Estes conflitos foram, novamente, geradores de violência física e verbal por parte dos usuários de drogas a seus familiares, além de haver uma banalização da violência no

âmbito doméstico por parte dos usuários, como se, no ambiente familiar, sejam aceitáveis tais atos.

Em suma, o álcool e outras drogas tiveram um efeito nas “suas relações dificultadas com as pessoas em sua volta, principalmente, com o cônjuge e os filhos” (Jorge; Lopes et al, 2007, p. 36), desta forma afetando a vida familiar e comunitária dos usuários pesquisados.

As expressões da questão social oriundas do uso de drogas não estão dissociadas do cotidiano laborativo dos usuários. “Sabemos que as sequelas da questão social permeiam a vida das classes subalternas destituídas de poder, trabalho, e informação” (YAZBEK, 2001, p. 39), o que acaba por ser visível nos relatos, principalmente nos relatos que permeiam o mundo do trabalho, como está demonstrado nos seguintes trechos.

Quando eu tomei que me viciiei na bebida foi com uns 50 anos, eu tomei e depois fui trabalhar, eu trabalhei 15 anos fora de Uruguaiana, fui em 2000, pra lá nessa época eu bebia um horror [...] olha tchê eu muito preocupado, as coisas não davam certo, e o serviço tava meio mau, e o cara se preocupa e por isso eu bebia. (PEDRO MISSIONEIRO).

Teve uma vez, e eu não tenho vergonha, trabalhava no tambo com trator e tudo, e, bueno, um dia me emborrachei e não tirei leite, deixei o trator ligado e telefonaram pro patrão para ir lá. Mas, se eu ia para campanha, não pensava na canha só, mas chegava aqui, me emborrachava e pra voltar era uma briga, né [risos], é verdade. Porque a pessoa borracha, assim, é uma pessoa sem confiança, né, irresponsável, né. (LICURGO).

Ao constatar o uso de álcool nas experiências que envolvem o mundo do trabalho dos usuários entrevistados, analisa-se que a escassez de trabalho foi o motivador para isso em taxas excessivas. Outro usuário relata que o contato com o álcool em taxas excessivas teve consequências na sua atuação profissional, pois provocava mudanças no seu comportamento.

Para Carlini (2001, p. 4):

Apesar do desconhecimento da maioria das pessoas, o álcool também é considerado uma droga psicotrópica, pois, ele atua no Sistema Nervoso Central, provocando uma mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência. O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Esse é o motivo pelo qual é encarado de forma diferente, quando comparado com as demais drogas.

A busca pelo tratamento dos usuários entrevistados nos CAPSad é realizada de várias maneiras. Mas, como se pode analisar nas falas, o serviço não era conhecido pela maioria dos usuários do estudo, que foram, a priori, levados ao tratamento por indicação das unidades básicas de saúde, ou pela família ou conhecidos.

Eu fui consultar, tava com um problema na garganta, lá no posto perto de casa, aí eu não sabia que tinha o Caps aqui. Aí eu parava e depois continuava de novo e aí o doutor lá disse “por que tu não vai no Caps?” [...] Bom, disse pra mim, “vou ver agora”, sabe, eu vim para consultar, não sabia bem o que tinha aqui, aí resolvi ficar, eles me disseram “fica aí”, até meu irmão veio, me trouxe umas coisas aí, acabei ficando. Fiquei, gostei e coisa do tratamento e de tudo aí, fiquei, comecei a vir e agora venho uma vez por semana, na quinta-feira, sempre que passo perto venho aqui ver elas. (JUCA).

O motivo é que eu não comecei a me sentir bem mal e comecei a ter perdas, né. Perdas eu tive, né, tive dois casamentos destruídos por causa disso, né, e a prova é a seguinte, né, eu tava me alcoolizando demais e não tava me coordenando, entendeu. Toma umas atitudes que depois, bah, vinham me falar “mas, Pedro, tu fez isso, Pedro, tu vez aquilo”, e eu não fiz isso, entendeu, essa coisas assim. E aí eu também cansei, tinha que dar um basta nisso, ando muito doente. (PEDRO TERRA).

Outro fator determinante para o tratamento é a busca espontânea destes usuários pelo atendimento. Esta busca, geralmente, ocorre depois de complicações de saúde percebidas pelos usuários, como no caso do Sr. Pedro Terra, e, também, por perdas no convívio familiar e social.

Ainda referente ao tratamento dos usuários, estes foram questionados sobre como avaliam o serviço, quais são os pontos positivos, negativos e o que poderia melhorar na sua visão.

Mas, olha, esse negócio do atendimento, a dedicação, o carinho que elas têm com a gente que vem aí. Isso eu falo, porque não é uma, são todas. Frisa bem aí, todas. Por isso que eu digo que todas são importantes pra mim, pode não ser pros outros, mas pra mim são. Escutam, apoiam a gente, esses dias mesmo vim aí pra um consulta, eu tava assim, tinha perdido o meu irmão fazia uns 3 dias, aí, chegando aí, elas tá com problema aí, eu não, aí elas mais senta aí e vamos conversar. Aí fui conversar, e isso é importante, a dedicação delas. [...] Negativo, é, o espaço pra elas trabalhar é pequeno. [...] e melhorar. Acho que um pouco mais de espaço pra elas. Porque até agora tem pouco gente. Mas teve época de ter 40, 50 pessoas aí. Não é fácil. Tinha os internados que ficavam 24 horas aí e tinha nós, que vinha de fora. Nós entrava de manhã e saía de tarde, o espaço físico era pouco. A gente tem aqui jogo de bocha, futebol, mas é pequeno aqui dentro. A gente saía a caminhar lá pra não atrapalhar aqui dentro. (JUCA).

Eu acho o seguinte aqui, tchê. De positivo é o acolhimento, é a refeição, é o carinho que eles tem, é a dedicação que eles tem com as pessoal, né. E as oficinas, as de serviço, as oficinas que a gente faz aqui, os trabalhos, né [...]. Tchê, os negativos eu acho o seguinte, falta mais um apoio do governo, né, na realidade falta mais um apoio, como falta aqui, se chega um paciente, não tem uma viatura disponibilizada para eles se precisam se locomover para buscar um paciente, isso faz falta aqui, né, isso é uma das coisas que faz falta. O espaço é seguinte, isso tá faltando para uma atividade física também, para se locomover a gente depende do quartel. No caso, aqui, tem as oficinas, e o problema é que nem todos querem participar, as gurias se enforcam, mas não querem participar. Se houvesse uma participação maior, eu acho que melhoraria, né. No caso, agora, tem oficina de música, mas falta instrumentos, né, falta instrumentos, né, os instrumentos que tem é que os guris conseguem emprestado, o pessoal que vem aqui ensinar musica são simpatizantes, entendeu, essas pessoas vêm aqui pra dar uma força, mas, assim, pra dizer que é do município, isso não é. (PEDRO TERRA).

Negativos não tem, não. São legais. Positivos tem vários, são atenciosos. Tudo é bom. Pra melhorar, um aumento de salário [risos] sempre é bom, o prédio poderia ser maior, aumentar as alas, um som pra gente ouvir, adoro música. (TORÍBIO).

A avaliação dos idosos é formatada em eixos de fácil visualização que convergem apontando fatores potencializadores, mas, também, obstaculizadores para o tratamento. Dentre os pontencializadores, está a eficiência no atendimento, o carinho e atenção dispensados pela equipe como um todo, além da ação dos voluntários e parceiros. Contudo, os pontos obstaculizadores estão centrados na falta de recursos e na precarização dos equipamentos que compõem o atendimento aos usuários e usuárias, como a falta de um carro para os atendimentos, a falta de material para as oficinas, a falta de espaços de lazer e atividades ao ar livre e a necessidade de uma adequação dos prédios onde se encontram os CAPSad pesquisados para que possa haver um espaço maior para as atividades internas e externas.

Ressaltamos que utilizamos usuário no masculino no decorrer do estudo pelo fato dos nossos sujeitos de pesquisa, os idosos entrevistados, serem todos do sexo masculino, o que não configura o uso de uma linguagem sexista. Reconhecemos que o serviço prestado nos CAPS Ad atende homens e mulheres, apesar dessas últimas serem em menor número, e que as questões de gênero devem ser consideradas no atendimento, bem como as questões geracionais relacionadas ao envelhecimento.

4.4 Os CAPSad pelas informantes-chave

Antes de analisar a realidade institucional dos CAPSad, partindo do relato das informantes-chave dos espaços, bem como o planejamento do trabalho executado com os idosos no período pesquisado, evidencia-se, primeiramente, a categoria “trabalho” para depois entrarmos no trabalho executado pelos CAPSad.

O trabalho é uma categoria central do ser humano, sem o trabalho, a espécie humana não teria evoluído, porque o trabalho é uma condição inerente ao ser humano. Entende-se por trabalho todas as atividades executadas pelo ser humano que envolvam a sua manutenção ou subsistência. Cabe, ainda, salientar que a categoria trabalho tem sua interação com a natureza, em que o ser humano, pela ação do seu trabalho, transforma a natureza ao mesmo tempo em que transforma a si.

Marx ressalta que a diferença do trabalho executado pelo ser humano em relação ao trabalho realizado por outros seres consiste em seu caráter teleológico, ou seja, o ser humano detém a capacidade de pré-idealizar suas ações. Assim, Antunes (2001, p. 136) relembra o clássico exemplo de Marx referente ao arquiteto e à abelha:

É bastante conhecida a distinção marxiana entre a abelha e o arquiteto. Pela capacidade de prévia ideação, o arquiteto pode imprimir ao objeto a forma que melhor lhe aprouver, algo que é teleologicamente concebido e que é uma impossibilidade para a abelha.

O planejamento das ações, seja na mente ou em um plano de ações para um futuro, é imprescindível para a implementação e funcionamento do trabalho. Baptista (2013, p. 103) ressalta que “implementar significa tomar providências concretas para a realização de algo planejado”. Seguindo esta lógica, avaliar o processo que foi proposto pela pesquisa de analisar as experiências sociais de pessoas idosas atendidas nos CAPSad, requer examinar a realidade institucional dos espaços. Desta forma, deve-se tomar como base de estudo tanto a execução quanto o processo de implementação e os passos do planejamento que permeia o cotidiano dos atendimentos realizados na instituição de saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPSad devem atuar na “prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas [que] pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução” (BRASIL, 2004, p. 24) de riscos particulares e fortalecimento do caráter protetivo (BRASIL, 2004), algo que vem sendo executado pelas equipes, mas com algumas deficiências, como se pode visualizar nas seguintes falas referentes à equipe de trabalho e à Política de Redução de Danos com os idosos.

É que, assim, já teve educadora física que agora não tem mais, alguns se perderam, né. Hoje tem uma clínica geral, psicóloga, tem um enfermeiro e tenho três técnicos de enfermagem, tenho dois redutores de danos que se dividem entre o CAPSad e dois postos de saúde, né, eu tenho um cozinheiro, eu tenho uma auxiliar de cozinha que esta cedida, como o refeitório público está fechado, ele é da assistência e ele fica aqui cedido pra nós mais de ano e tomara que não tirem [risos] porque é muito bom, e eu tenho uma da higiene e duas estagiárias, uma que fica na recepção e outra na que fica ali na parte administrativa. Tivemos assistente social e psiquiatra, mas acabou o contrato e, com a função que teve, o concurso, então a gente não tem psiquiatra e assistente social e, enfim, nomearam alguns, mas nenhum pra cá ainda. (BIBIANA).

São 20, aproximadamente. Assistente social, psicóloga, coordenadora, quatro enfermeiras, seis técnicos, dois terapeutas ocupacionais, um psiquiatra, um clínico geral, um educador físico, um motorista, uma artesã, dois cozinheiros, uma agente ocupacional e um servente. (HENRIQUIETA).

Um dos pontos propostos para a investigação consiste em analisar se o quadro profissional dos CAPSad está em conformidade com o exigido pelo Ministério da Saúde. Conforme este, o CAPSad necessita ter uma equipe que deve conter 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 as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004).

A garantia de um caráter protetivo ao usuário, bem como a capacidade de planejamento da coordenadora Bibiana acaba por ser extremamente prejudicada pelo déficit no quadro de pessoal, que termina por não suprir por

completo as atividades exercidas pelo CAPSad. Desta forma, além da falta de médico psiquiatra, assistente social e de uma carência no número de profissionais de nível técnico, Henriqueta também não conta com nenhum técnico administrativo para auxiliar nas funções burocráticas da instituição.

A Política de Redução de Danos²⁶ é o ponto central dos atendimentos realizados pelos CAPSad. Sendo assim, as informantes-chave expressam em suas falas as dificuldades que os(as) idosos(as) enfrentam em perceber que redução de danos não significa abstinência e que recaídas são frequentes no processo, como se pode constatar nas seguintes falas:

Bom eles cobram da gente, principalmente os mais velhos, eles não entendem a política de redução de danos. Hoje mesmo teve um que veio com a cachaça escondida no guarda chuva e trouxe pra dentro, e aí os guris pegaram e ele saiu e depois perto do meio dia queria voltar para almoçar. (BIBIANA).

É difícil explicar pra eles, por ser uma questão cultural, desde a infância, que beber aos 12 anos era algo normal. Não se tinha visão da infância. Alguns até quando questionados falam que bebiam desde os 10, 11 anos... Até dizem não se ver sem a bebida. Precisamos explicar e falar que é possível parar ou ao menos reduzir. A maior busca é pela parada total com a bebida, alguns casos só preferem a redução significativa de danos causados pelo álcool. (HENRIQUETA).

Henriqueta traz à luz a dificuldade de transmitir a essência da Política de Redução de Danos para as pessoas idosas atendidas no serviço, muito por fatores culturais. A lógica que permeia o planejamento nos atendimentos do CAPSad por determinação do Ministério da Saúde deve ser a da redução de danos, buscando-se práticas voltadas para minimizar as consequências do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). O processo de planejamento, implantação e implementação das estratégias deve ser inserido na comunidade em todas as esferas sociais. “A prevenção teria como objetivo impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma ‘escalada’ do uso e minimizar as consequências de tal uso”. (BRASIL, 2004, p. 24).

A família desempenha um papel social básico, com ações protetivas, econômicas, educacionais, reprodutivas, entre outras (OLIVEIRA, 2001) e, por esse motivo, detém uma importância especial no tratamento dos usuários. Em relação ao trabalho com as famílias, as informantes-chave revelam que:

²⁶ A redução de danos caracteriza-se como uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas.

Fazemos com todos um grupo, as mães sempre são mais presentes, porque é como se diz, né, mãe é mãe. Às vezes tem as companheiras dos veteranos, né, filhas que vem, os que têm família sempre têm alguém que vem. Até porque eles são o grupo mais assíduo. Eu até falo pra elas que as recaídas são normais e que o apoio da família é muito importante. (BIBIANA).

Sim, existe a visita a domicílio para elas. Já tentamos os grupos familiares, mas dependia muito de quem estava internado. Alguns casos que não demonstram evolução no tratamento acabam por cair no descaso da família, pois elas cansam de voltar, retomar o tratamento e não verem resultados. É complicado trabalhar com a família de usuários, ainda mais idosos. Todas as etapas do vício já passaram pela família, elas acabam por ignorarem ou desistirem por se tratarem de pessoas com mais idade. Lembrando que são os casos onde a família ainda procura e tenta ajudar. Alguns usuários nem querem reconhecimento da família, são largados aqui e ficam. Já tive que pedir intervenção judicial porque largaram um usuário em estado precário, sem ninguém, não havia familiar, telefones ou referências para o mesmo, e não tínhamos o que fazer. (HENRIQUIETA).

A família é o primeiro grupo social a que o ser humano pertence. A sua importância já foi explorada resultando em várias concepções a respeito, desde as que a consideram como um grupo vital até as que questionam sua influência no crescimento do indivíduo (BELLINI, 2002). É evidenciado nas entrevistas que a família exerce uma visível influência no tratamento dos(as) usuários(as). O apoio familiar influencia positivamente o processo de recuperação. Assim, compreende-se este apoio como sendo partícipe do processo de redução dos danos. Contudo, os casos de abandono de idosos usuários de álcool e outras drogas pela família são frequentes nos CAPSad. Chegando a situações extremas, como a relatada por Henriqueta, em que o serviço de saúde acaba tendo que se reportar à esfera judicial para encontrar os familiares.

Ao questionar as informantes-chave sobre o fluxo de atendimento de idosos as mesmas relataram que:

Possivelmente no inverno. Eles geralmente nos procuram por não terem condições de moradia, o que deixam todos mais vulneráveis. Logo, a procura aumenta nessa época do ano. Já nas festas de final de ano até o carnaval eles diminuem, a procura só vem para o ambulatório e buscar os remédios. (HENRIQUIETA).

Nunca fiz essa observação de me chamar a atenção. Sabe que tem épocas do ano que diminui o atendimento, depois do carnaval aumenta a demanda sempre. Agora vem janeiro, fevereiro chega essa época das festas de final de ano aí diminui. Porque, assim, estes idosos estão sempre aqui. E sempre é depois do carnaval porque um ou outro deles aproveitam e bebem todas no carnaval e depois vêm recomeçar o tratamento, assim como tem aqueles que

vêm, buscam remédios e seguem o tratamento em casa mesmo. (BIBIANA).

As narrativas das informantes-chave nos possibilitam uma visão mais clarificada do fluxo de atendimento que se constitui com mais intensidade no serviço de março a dezembro, segundo as trabalhadoras dos CAPSad. Consta-se, igualmente, que os idosos, em sua maioria, seguem o tratamento mesmo no período em que se ausentam das atividades diárias do CAPSad, tendo um baixo número de usuários idosos reincidentes. Outro ponto essencial das narrativas está na observação de Henriqueta, que ressalta em sua fala as condições de vulnerabilidade social que se expressam na vida dos usuários idosos, principalmente nas suas condições de moradia. Segundo a informante, o traço de vulnerabilidade é fator decisivo para a permanência no serviço. Isso porque os CAPSad, trabalham na lógica de um atendimento que dura o dia inteiro, assim havendo refeições para os usuários entre as atividades.

Um dos questionamentos feitos às informantes-chave foi referente à formação continuada dos profissionais que atuam nos CAPSad.

Eu fiz especialização também em gestão e tratamento de crack e outras drogas, foi quando deu aquele programa do governo do SENAD, que era uma parceria com a UFRGS. A gente sempre tenta, procura participar. Assim, todos têm curso na área da dependência química, porque ano passado teve um que também foi ministrado pelo pessoal de Rio Grande (FURG) e aí todos nós participamos. (BIBIANA).

Sim. Temos os técnicos que possuem curso superior ou nível técnico. Tenho uma colega enfermeira que tem mestrado em saúde coletiva também. Nosso clínico geral tem formação superior em saúde mental também. (HENRIQUETA).

Nas considerações de ambas informantes-chave, constatou-se que as equipes dos CAPSad detêm profissionais com especialização, mestrado e cursos de qualificação na área de dependência química, saúde coletiva e saúde mental. Mas também se verifica a carência de profissionais com qualificação nas áreas do envelhecimento, gênero e violência. Desta forma, o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam no CAPSad deve ser expandida para além da saúde mental ou dependência química, englobando também questões geracionais, de gênero etc., para que, desta forma, se tenha um serviço qualificado, visando um atendimento integral. Assim, concorda-se com

Alves (2015, p. 19) quando a mesma afirma que, para se atender às individualidades e singularidades da população idosa na saúde, deve-se ter um processo de educação continuada dos profissionais.

Faz-se indispensável a qualificação dos profissionais que atuam junto aos idosos, ressaltando a importância da educação permanente. A velhice é uma fase do ciclo vital que traz consigo limitações, bem como doenças características, exigindo dos profissionais de saúde que atuam junto aos idosos, conhecimentos e cuidados específicos.

Ao investigar como se delinea a estrutura dos atendimentos específicos a idosos nos CAPSad, as informantes-chave relataram que:

Não temos nada específico para idosos. Temos as oficinas, a gente está com a oficina de música, a de pintura, que eles fazem também, a gente tem a oficina com a nutricionista, a oficina da bolacha²⁷, batizada assim [risos] por causa da nossa região. (BIBIANA).

Não. Específico, assim, para eles, não. Temos grupos, oficinas terapêuticas, acompanhamento terapêutico, educador físico. Atividades iguais para todos. (HENRIQUETA).

Através das falas das senhoras Bibiana e Henriqueta, pode-se observar que não há um trabalho diferenciado com idosos. Desta forma, o serviço demonstra não estar estruturado para atender as demandas específicas dos idosos. Bem como se mostrou mais uma vez “a necessidade de qualificar a formação dos profissionais que atuam na Política de Saúde Mental, de um modo geral, no sentido de viabilizar ações baseadas na integralidade e intersetorialidade”. (ALVES, 2015, p. 128).

Ao final procurou-se investigar como as informantes-chave percebem as experiências sociais dos idosos no serviço.

Bom, baseado nas respostas de alguns usuários, eles valorizam muito o acolhimento, a aceitação. Muitos já vêm com histórico de crimes ou violência, com alguns medos do CAPSad. Mas ao chegar aqui, eles veem que o tratamento que eles recebem é diferente. Eles são vistos como pessoas, como cidadãos [...] O vínculo com a equipe também é algo primordial no atendimento. Muitos colegas saem e voltam, mas aquele acolhimento com a equipe acaba ajudando na recuperação dos mesmos. De todas as faixas etárias, com certeza os idosos são os que apresentam uma transformação maior e mais rápida e aceitam melhor o tratamento. A evolução é clínica com uma melhora na saúde e social também. (HENRIQUETA).

É eles modificam muito, chegam aqui barbudos, cabeludos e a gente busca primeiro mudar o visual. Porque é importante para eles ao olhar no espelho se verem diferentes. Outros homens, entende? E

²⁷ Pão em formato de biscoito típico da região de fronteira.

isso é a questão da acolhida mesmo, assim, do vínculo, da confiança que se cria. Depois de umas semanas, a família mesmo fala pra nós o quanto significativo é o tratamento. Teve uma filha que me disse no grupo que o pai começou uma vida nova, agora estudando de novo, são novas experiências que ele nunca poderia sonhar se continuasse borracho do jeito que era. (BIBIANA).

As narrativas apresentam uma visão dos trabalhadores diferenciada no que concerne as experiências sociais dos idosos no atendimento. Para as informantes-chave, o processo de aceitação do tratamento passa impreterivelmente pelo processo de acolhimento e tratamento humanizado que é dispensado pelos trabalhadores dos CAPSad. Não obstante, ainda é apresentado pelas informantes-chave que os idosos atendidos no serviço são, dentre os usuários, os que mais demonstram uma evolução no processo de tratamento. Assim vivenciando uma velhice que passa a deter cuidados maiores com a saúde, bem como vivenciando um processo de novas experiências sociais que transbordam a ceara do tratamento, chegando a transformações que rebatem em seu cotidiano, lhes proporcionando uma maior qualidade de vida. Neste sentido, concorda-se com Margarita Pino, que afirma que “La calidad de vida referida a personas mayores lleva consigo cuestiones tan determinantes como la salud y el bienestar y está intimamente relacionada com su entorno ambiental y afetivo, su formación y el apoyo social” (PINO et al, 2010, p. 2966). Desta forma, os CAPSad são um espaço propício para o desenvolvimento de novos hábitos para os idosos atendidos no serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegada a hora de retomar o presente estudo com a certeza de que, aqui, não haverá uma conclusão, mas sim algumas considerações frente ao processo vivenciado dentro desta trajetória que compõe o mestrado, onde se fecha um ciclo. O primeiro ponto a ser respondido consiste no problema de pesquisa: quais são as experiências sociais das pessoas idosas usuárias de álcool e outras drogas que frequentam os CAPSad em municípios da região de fronteira do Rio Grande do Sul? Os resultados revelam que as experiências sociais das pessoas idosas são diversas, porém são atravessadas por uma cultura patriarcal, violenta, pauperizada, em que se pode pontuar a relação do uso de álcool e outras drogas em suas relações sociais, familiares e comunitárias. Cabe ressaltar, ainda, que estes idosos acabaram por ser carrascos ou vítimas de seus familiares ou amigos em momentos de uso excessivo de álcool e outras drogas no decorrer de suas trajetórias. Em quase todas as falas, um núcleo de violência dentro da própria residência foi citado, sendo as vítimas as mulheres e filhos. Estes atos de violência foram encarados como algo comum, rotineiro e normal. Isso se dá devido ao fato de que “em determinadas épocas, a violência contra filhos e mulheres não era considerada crime e, sim, um direito ou exercício de uma função”. (BELLINI, 2002, p. 33). Este atravessamento das experiências sociais na família, como o uso de álcool passado de pai para filho e as situações de violência do patriarca com o restante da família, esta nucleado no modelo predominante da família brasileira, que, segundo Romanelli (1991, p.44):

O modelo predominante na sociedade brasileira é o da família nuclear cujos atributos básicos são a dominância masculina, exercida em uma estrutura hierarquizada de poder e autoridade, a divisão sexual do trabalho, a presença de vínculos afetivos entre marido e esposa e pais e filhos, o controle da sexualidade feminina e a dupla moral sexual.

Os entrevistados demonstraram que são criteriosos e observadores de um processo de precarização do sistema de saúde, em especial do CAPSad, o qual frequentam. Todos enfatizaram que há problemas de estrutura, de falta de pessoal e equipamentos básicos, como carros para o transporte, e falta de material para a prática das oficinas e, até mesmo, de oficinairos.

O segundo apontamento, que emergiu a partir da segunda questão norteadora, consiste na seguinte questão: quais são as principais características dos usuários acima dos 60 anos que estão em atendimento nos CAPSad no ano de 2016 em municípios de fronteira do RS? Ao observar os usuários pesquisados, chegou-se ao perfil da amostra. Este perfil nos demonstra que os usuários entrevistados são do gênero masculino, com baixa escolaridade, muitos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados em decorrência do uso de álcool e outras drogas. A grande maioria possui renda salarial abaixo de um salário mínimo, e uma parcela encontra-se como beneficiária do BPC. A maioria não conseguiu a aposentadoria e tem seus direitos negados diariamente devido ao traço marcante de violência estrutural que percorre a totalidade das experiências sociais dos idosos atendidos. Apesar da amostra ter sido somente de homens idosos, existem mulheres idosas sendo atendidas nos CAPs ad, mas estas não aceitaram participar do estudo.

Em sua totalidade, os idosos entrevistados são consumidores de álcool, com grande porcentagem de usuários de tabaco e de maconha, e porcentagens menos significativas de usuários de cocaína e crack. O encaminhamento desses idosos ou a procura pelo serviço foi feita pela família, amigos, unidades do ESF, ou por demanda espontânea. Residem metade dos usuários sozinhos, e outra metade com a família ou amigos. A ausência do gênero feminino na pesquisa não significa a sua ausência no serviço, mas, sim, a internalização de uma cultura machista e patriarcal que estigmatiza a mulher usuária de álcool e outras drogas. Desta forma, concorda-se com Bolzan (2015, p. 112), que sustenta os:

entraves para o processo de cuidado em saúde das mulheres são atravessados por estigmas sociais com relação ao uso de drogas realizado por elas, através da concepção social de que o uso de drogas é um ato que condiz ao universo masculino, o que coloca essas mulheres num lugar de descumprimento das normas sociais que secularmente lhes são atribuídas, como o cuidado com os filhos e a família.

O terceiro apontamento se refere à terceira questão norteadora, que visa desvendar como é a realidade institucional dos CAPSad em municípios de fronteira do RS e em relação ao atendimento a pessoas idosas. Tal investigação foi feita a partir da comparação entre as respostas de usuários e

de informantes-chave que compõem a equipe dos serviços. Assim, conseguiu-se verificar que as ações destinadas ao atendimento dos idosos usuários de álcool e outras drogas no período pesquisado foram realizadas com um nível de precarização por falta de estrutura governamental, reflexo da precarização do mundo do trabalho, que se soma à cultura de violência estrutural observada nos organismos governamentais.

Ainda assim, é possível compreender os efeitos positivos que estes atendimentos tiveram no cotidiano dos usuários devido ao caráter de agradecimento e afeto que os usuários idosos demonstram em suas narrativas quando mencionam as equipes. Contudo, estes dados acabam por demonstrar que a necessidade de planejamento é eminente. A falta da mesma pode acarretar a ineficiência da ação dos profissionais, além de estar em discordância com o plano nacional de saúde mental. Desta forma, não conseguindo vislumbrar uma Política de Redução de Danos capaz de dar conta dos atendimentos. Cabe, principalmente, aos gestores das secretarias de saúde municipais e prefeitos municipais o papel de pressionar os níveis estadual e nacional, garantindo, assim, mais investimentos na área da saúde, em especial, à saúde mental.

Ao averiguar os inúmeros processos referentes às etapas que circundam a pesquisa, encontra-se o problema de pesquisa, que consiste no seguinte questionamento: como se constituem as experiências sociais das pessoas idosas, usuárias de álcool e outras drogas, nos CAPS dos municípios de Santana do Livramento e São Borja, na fronteira do Rio Grande do Sul?

A pesquisa em torno da realidade dos atendimentos realizados aos idosos usuários de álcool e outras drogas pelos CAPSad, no período pesquisado, consiste em um detalhado processo que demonstra, a priori, um número acentuado de experiências sociais diversas em convergência para uma cultura patriarcal violenta e pauperizada, na qual se pode apontar a ligação entre o uso de álcool e outras drogas com as suas relações sociais, familiares e comunitárias dos entrevistados, sendo possível apontar o uso de tais substâncias como uma expressão da questão social, fruto da vinculação com o trabalho, desemprego e com o processo de violência estrutural que circunda o cotidiano desses idosos.

Após identificar a realidade dos atendimentos realizados pelos CAPS ad, busca-se, aqui, destacar pontos que possam ser de melhoria para o serviço. O primeiro é o da necessidade de haver grupos de convivência específicos para idosos e idosos, onde os(as) mesmos(as) possam trocar experiências. Outra proposição é a construção de um planejamento estratégico, no qual se tenha a descrição das ações que devem ser desenvolvidas com os usuários e usuárias, para que, desta forma, potencialize-se a Política de Redução de Danos com as pessoas atendidas pelo serviço. No processo de pesquisa foram encontrados, ainda, alguns desafios no decorrer do caminho.

O referido estudo torna visível o número de pessoas idosas que estão em processo de tratamento de consumo de drogas e a tendência deste número a aumentar nas próximas décadas devido a uma nova geração de idosos que, no seu cotidiano, tiveram um acesso maior a outras substâncias, como a cocaína ou o crack. A pesquisa sinaliza que as pessoas idosas têm maior disposição para o uso de drogas lícitas, de fácil acesso, devido aos fatores culturais, pois as mesmas começaram a ser usadas dentro de suas casas, em família, na sua grande maioria. Também se ressalta a invisibilidade de gênero no atendimento nos CAPSad, a baixa procura do serviço por mulheres, de diferentes gerações, o que pode estar relacionado com a cultura machista e patriarcal e à própria organização dos serviços, que não estão preparados para atender às especificidades de gênero. Aponta-se também a necessidade de qualificação dos profissionais no campo da gerontologia social, gênero e violência, para que, desta forma, se tenha um atendimento integralizado e humanizado, respeitando as particularidades e necessidades dos diferentes públicos atendidos, em especial as pessoas idosas. Contudo, finaliza-se as proposições com a emergente necessidade de realização, por parte do Ministério da Saúde, Justiça e universidades, de pesquisas na área do uso de álcool e outras drogas por idosos, de modo a se romper com a invisibilidade deste fenômeno que vem crescendo e que foi demonstrado pelos dados coletados na presente pesquisa.

Para finalizar, considera-se que a pesquisa foi de suma relevância, uma vez que demonstrou que o uso de álcool e outras drogas provocou consequências negativas nas relações estabelecidas pelos idosos em seus

círculos familiares e de amizade, tornando-os fragilizados. Um aspecto positivo a se ressaltar é a inclusão de idosos no atendimento de saúde pública dos CAPSad, pois esse movimento possibilita a reabilitação social e melhorias na saúde da pessoa idosa, permitindo a superação dos estigmas sociais adquiridos pela idade e pelo consumo de álcool e outras drogas na sociedade.

REFERÊNCIAS

ABRASEL. Associação Brasileira de Bares e Restaurantes. **Cervejarias geram 2 milhões em emprego**. Disponível

em: <<http://www.abrasel.com.br/index.php/noticias/2818-01d082014-cervejarias-geram-2-mi-de-empregos.html>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da Reestruturação Produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2. Edição. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e neodesenvolvimentismo**: Choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil. São Paulo: Praxis, 2014.

ALVES, Vanessa Castro. **PARA ALÉM DOS MUROS DO MANICÔMIO: A ATENÇÃO AOS IDOSOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS**. Dissertação de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

AUGUSTIN, Pedro Valter. Envelhecimento ativo: enfocando a tristeza e a depressão atípica. In: TERRA, Newton Luiz; BÓS, Angelo J.; CASTILHOS, Nara (org.). **Temas sobre envelhecimento ativo**. Porto Alegre: Edipucrs, 2013.

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. **Envelhecimento, Contexto Social e Relações Familiares**: O Idoso, de Assistido a Provedor da Família. Tese (Doutorado em serviço social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2008

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Considerações sobre a ética na pesquisa a partir do Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, 2005.

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

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 18 out, 2014.

_____. Departamento Penitenciário Nacional - Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional De Informações Penitenciárias Infopen**, jun. 2014.

_____. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Lei Paulo Delgado Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. **Manual do Programa De Volta para Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Residências Terapêuticas: o que são e para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Supervisão Técnica e Científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Responsáveis Técnicos Lísia Von Diemen, Silvia Chwartzmann Halpern e Flavio Pechansky – UFRGS. Brasília: SENAD, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretarias da Saúde - CONASS. 1. ed. Brasília, 2006.

_____. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2014.

_____. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. Taxas de Fecundidade, Natalidade e Mortalidade. Disponível em: <teen.**ibge.gov.br**/biblioteca/274-teen/.../1726-**fecundidade-natalidade-e-mortalidade**>

_____. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Disponível em: <**www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm**>

_____. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas ; FioCruz. Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack. 2014. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>

BALTIERI, Danilo Antonio; CORTEZ, Fernanda Cestaro Prado. A violência e o consumo nocivo de álcool,2009. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap7.pdf>>

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete; et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez 2009.

BAPTISTA, Myrian Veras, **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. 3. ed. São Paulo: Veras Editora, 2010.

BELLINI, Maria Isabel de Barros. **A Arqueologia da Violência**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

BERZINS, M. A. V. S. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Serviço Social & Sociedade**, v. 24, n. 75, 2003.

BEHRING, Eliane Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOLZAN, Liana de Menezes. **Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas. Dissertação de mestrado** pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. M. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO (org.). **Os novos idosos brasileiros**. Muito além dos 60? Brasília: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; PASSINATO, M. T. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. Rio de Janeiro, IPEA: 2004

CARLINI, Elisaldo Araújo; et al (sup.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores**

idades do país: 2005. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, Elisaldo Araújo; et al. Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem. **Revista IMESC**, n. 3, 2001.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. São Paulo: Vozes, 2008.

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANK, Carla Helena Augustin. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2012.

CAVALLI, Michelle. **Violência estrutural**: enfrentamentos para o serviço social? Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/2596/2302>> Acesso em: 20-10-2015.

COCKELL, Fernanda F. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. **Revista Psicologia & Sociedade**, n. 26, v. 2, p. 461-471, 2, 2014.

COUTINHO, C N. **O estruturalismo e a miséria da razão**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **CFESS Manifesta 18 anos da Lei 8.662/1993**. Brasília, 2011. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>

CFESS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS N° 273/93. 2010. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf>

CURY, C. R. J. **Educação e contradição**. São Paulo: Cortez, 1985

DANTAS, Tiago. **Drogas lícitas e ilícitas**. Mundo e educação. Disponível em: <<http://www.mundoeducacao.com/drogas/drogas-licitas-ilicitas.htm>>. Acesso em: ago. 2014.

FERREIRA, José Wesley. **Sociologia do trabalho**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2012.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira & SOARES, Sônia Maria. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. Rev Escola de Enfermagem - USP, 2012.

FINKELMAN, J. (org). Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FEFFERMANN, Marisa. **A vulnerabilidade dos jovens trabalhadores do tráfico de drogas**. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* 2007, n.41, pp. 41-42.

FONSECA JR, Roberto da Cruz. **O uso de drogas**: um “velho” problema na sociedade. Unipampa, 2015

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GOERCK, Caroline. Velhice: como uma expressão de violência social. In: LAFIN, Silvio Henrique Filippozzi; et al. **Pelos caminhos da gerontologia**: Repercussão da atividade física no processo de envelhecimento bem-sucedido. Porto Alegre: Evagraf, 2007.

GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOLDMAN, Sara Nigri. Velhice e Direitos Sociais. In: **Envelhecer com Cidadania**: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: ANG-CBCISS, 2000.

GROSSI, Patrícia Krieger. **Violência contra a Mulher na Esfera Doméstica: Rompendo o Silêncio**. Dissertação de Mestrado. PUCRS. 1994

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2012a.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012b

IASI, M. L. **Ensaio Sobre Consciência e Emancipação**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2010.

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

LAFIN, Silvio Henrique Filippozzi; et al. **Pelos caminhos da gerontologia**: Repercussão da atividade física no processo de envelhecimento bem-sucedido. Porto Alegre: Evagraf, 2007.

LAPORT, Tamires J; JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A Intersetorialidade nas Políticas Públicas Sobre Drogas. In: *Redes de Atenção ao usuário de drogas: políticas e práticas/ Telmo Mota Ronzani...[et al], (org)*. – São Paulo. Cortez, 2015.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa . Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Aletheia 40, p.87-101, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a08.pdf>>

LERSCH, Cintia. Comunidades Terapêuticas na Fronteira. (Monografia) Universidade Federal do Pampa, 2010.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal, lógica dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LESSA, Sérgio. **Mundo dos homens: trabalho e ser social**. 3. ed. revista e corrigida. Instituto Lukács. São Paulo, 2012.

LUKÁCS. **Ontologia do ser social**. Os princípios ontológicos fundamentais de Marx. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: L. Ciências Humanas, 1979.

Kofes, Suely. **EXPERIÊNCIAS SOCIAIS, INTERPRETAÇÕES INDIVIDUAIS: histórias de vida, suas possibilidades e limites**. Cadernos Pagu (3) 1994: pp. 117-141.

MECRAE, Edward. A história e os contextos socioculturais do uso de drogas. In: Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas : capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6. ed. – Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

MADRID, Daniela Martins. **O crime organizado como precursor do estado paralelo e o seu confronto perante o estado democrático de direito**. Faculdades Integradas: Antônio Eufrásio De Toledo. Faculdade De Direito De Presidente Prudente. São Paulo, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

MARX, Karl. **Trabalho Assalariado e o Capital**. Disponível em: <<http://www.intersindical.inf.br/livros/trabalho%20assalariado%20e%20capital.pdf>> Maio 2012.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica a economia política: Livro I**. Karl Marx. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 24. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MARTINELLI, Maria L. Seminário Sobre Metodologia Qualitativas de Pesquisa. In: Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio/ Maria Lucia Martinelli (org).São Paulo: Veras Editora, 1999.

MENDES, Jussara M. R.; NUNES, Elaine Engel. A Trajetória do Trabalhador Portador de Ler/Dort: afinal que caminho é esse? In: MENDES, Jussara Maria

Rosa; DESAULNIERS, Julieta Beatriz Ramos (org.). **Textos e contextos:** Perspectivas da Produção do Conhecimento em Serviço Social. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade. São Paulo 14. ed. Editora Vozes, 2007.

_____. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa.** É possível prevenir. É necessário superar. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 07-18, 1994. Disponível em: <<http://w.observatorioseguranca.org/pdf/aviolenciasociaisobaoticadasaudepublica.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

MOTA, Ana Elizabete; et al (org.). **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

MV BILL. **Falcão**, o bagulho é doido. Falcão. Universal Music, 2006.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. **Temporalis**, n. 3, Brasília, 2001.

NETTO, José Paulo. Introdução do Estudo do Método em Marx. Ed: expressão popular, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política:** uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, Jairo da luz. **Vida cotidiana do idoso morador de rua:** as estratégias de sobrevivência da infância à velhice: um círculo da pobreza a ser rompido. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

OLIVEIRA, Jaio da luz; FONSECA JR, Roberto da cruz; Vargas, Vania; ANDRADE, Maria M. Brasil, um País de Cabelos Brancos: a Busca pela Dignidade de se Envelhecer. In: OLIVEIRA, Simone Barros de; et al (org.). **Serviço Social:** Políticas Sociais e Transversalidades no Pampa.. São Borja: Faith, 2012.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo E. **Envelhecimento, Saúde e Trabalho no Tempo do Capital.** 1. Ed. Editora: Cortez, São Paulo, 2014.

PEDROZO, Silvana Kemmerich; PORTELLA, Marilene Rodrigues. **Boletim da saúde.** V. 17, n. 2. Porto Alegre, jul./dez. 2003.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 1, p. 116-128, jan./jul. 2012.

PINO, Margarita; RICOY, Maria C; PORTELA, Julio. Diseño, implementación y evaluación para la salud com personas mayores. ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Vol. 15 n6, Setembro 2010.

PINHEIRO, Leonardo José Cavalcanti . O Patriarcado presente na Contemporaneidade: Contextos de Violência. Florianópolis, 2008.

PONTAROLO, Regina Sviech; OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. Terceira idade: uma breve discussão. **Publ. UEPG Ci. Hum; Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes**, n. 16, v. 1, p. 115-123, jun, 2008.

RONZANI, Telmo Mota. Redes de Atenção ao usuário de drogas: políticas e práticas/ Telmo Mota Ronzani [et al], (org). – São Paulo. Cortez, 2015.

ROMANELLI, G. famílias de camadas médias: a trajetória da modernidade. Ribeirão Preto, 1991.

ROMANINI, M; ROSO, A. Mídia, Ideologia e Cocaína (Crack). Psico-USF, Bragança Paulista, v. 18, n. 3, p. 373-382, set/dez 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n3/a04v18n3.pdf>>

RODRIGUES, Priscila Françoise Vitaca. **O trabalhador e as repercussões do adoecimento e acidente de trabalho na sua vida**. Tese (doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

SAFIOTTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero , patriarcado , violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1997.

SANTOS, Josiane Soares. **Particularidades da “questão social” no capitalismo brasileiro**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

SANTOS, Mariana Glenda; SILVEIRA, Thais Elizabeth Santos. O Uso Crescente das Drogas e o Processo de Criminalização da Pobreza. In: **III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**: Expressões Socioculturais da crise do Capital e as Implicações para a garantia dos direitos sociais e para o Serviço Social, Belo Horizonte, 2010.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katályses**. V. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2012.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, Heliana Marinho da. **A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS.** Dissertação (mestrado em Administração Pública) – Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Fundação Getulio Vargas, 1996.

SILVA, João Luiz Barbosa. **Módulo I - Visão Histórica e Contextualizada do Uso de Drogas.** 2013. Disponível em: <<http://www.direcionaleducador.com.br/drogas/modulo-i-%E2%80%93-visao-historica-e-contextualizada-do-uso-de-drogas>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

SOUZA, Edinilsa R; MINAYO, Maria C. S. Inserção do Tema Violência Contra Pessoa Idosa nas Políticas Públicas de Atenção à Saúde no Brasil. In: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Vol. 15 n6, Setembro 2010.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. In: Estudos de Psicologia outubro - dezembro 2008. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013>

SINGER, Ana Elisa Vieira; ELY, Luísa Scheer; GANDOLFI, Talita; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; GOMES, Irênio; CARLI, Geraldo Attilio. Alcoolismo e Tabagismo, Idosos Porto Alegre. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011

SPOSATI, Aldaíza. Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social. **Rev. Katál**, v. 10, n. esp., p. 15-25, 2007.

STREY, Marlene N. Violência e Gênero: um casamento que tem tudo para dar certo. In: violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber/ Patrícia k. Grossi [et al] (org). 2 ed – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

TEIXEIRA, Solange Maria. **ENVELHECIMENTO DO TRABALHADOR NO TEMPO DO CAPITAL: problemática social e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira contemporânea.** (tese de doutorado em serviço social) Universidade Federal do Maranhão Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2006.

TENÓRIO, F. 'A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TÜRCK, Maria da Graça Mauer Gomes. **Metodologia da Prática Dialética.** Porto Alegre: Graturck, 2012.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Relatório mundial sobre drogas 2014**. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/.../2014/06/26-world-drug-report-2014>>

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Relatório Global sobre Homicídios ocorridos em 2013**. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/index>>

VERAS, Renato P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002.

_____. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 75, ano XXIV, out. 2003.

VARANI, Gisele. **Repercussão da atividade física no processo de envelhecimento bem-sucedido**: Pelos caminhos da gerontologia. Porto Alegre: Evagraf, 2007.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**. N. 3, ano II, jan./jun., Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O USO DE DROGAS E O ENVELHECIMENTO: A REALIDADE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Patricia Krieger Grossi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54448016.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.568.155

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa versa sobre o uso de drogas e o envelhecimento. A realidade dos atendimentos realizados pelos CAPS nos municípios de Fronteira visa enxergar os processos que permeiam as experiências sociais, o fluxo de atendimentos e a realidade institucional das pessoas idosas usuárias de álcool e outras drogas atendidas pela política municipal de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial da região da fronteira nos municípios de Santana do Livramento e São Borja no período de 2016. Todavia, a pesquisa se faz necessária, pois a temática (uso de drogas e Envelhecimento) não vem sendo abordada pelo Serviço Social, se tomando assim um campo fértil para uma análise das expressões da Questão Social que afloram deste fenômeno. Dentro do processo de análise, se buscará verificar qual é o fluxo de acolhimentos realizados às pessoas idosas atendidas nos CAPS no período de 2016 e as experiências sociais de pessoas idosas no serviço; Reconhecer o perfil dos usuários acima de 60 anos da amostra que estão em tratamento nos CAPS em função do uso de álcool e outras drogas no período de 2016, para que se possam desvendar as particularidades neste público; Conhecer a realidade institucional dos CAPS em municípios de fronteira, no que tange às demandas da população idosa, a fim de fornecer subsídios para qualificar as políticas públicas de

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO B

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.588.155

saúde nos municípios de Santana do Livramento e São Borja. A metodologia do processo de pesquisa é norteada pelo método materialista histórico e dialético com uma configuração qualitativa, seguindo a técnica de análise de conteúdo com a utilização de roteiro semi-estruturado à coleta de dados como instrumental de execução da presente pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as experiências sociais das pessoas idosas usuárias de álcool e outras drogas em relação ao atendimento realidade nos CAPS no ano de 2016 a fim de qualificar e ampliar o atendimento prestado em municípios de Fronteira do Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário:

A- Identificar o fluxo de acolhimentos realizados as pessoas idosas atendidas nos CAPS no período de 2016, a fim de evidenciar o fluxo de atendimento e as experiências sociais de pessoas idosas no serviço;

B- Identificar as características sócio-demográficas, (gênero, composição familiar, renda, escolaridade, ocupação, religião, raça/etnia, entre outras, das pessoas idosas da amostra). Reconhecer o perfil dos usuários acima de 60 anos que estão em tratamento nos CAPS em função do uso de álcool e outras drogas no período de 2016, para que se possam desvendar as particularidades neste público; C- Conhecer a realidade institucional dos CAPS em municípios de fronteira, no que tange às demandas da população idosa, a fim de fornecer subsídios para qualificar as políticas públicas de saúde nos municípios de Santana do Livramento e São Borja.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa oferece riscos mínimos aos usuários. se houver algum desconforto emocional na entrevista, esta poderá ser interrompida e o usuário poderá receber assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo pertinente e relevante para a área da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Aprovação.

Endereço: Av. Ipiranga, 6691, prédio 40, sala 505
Bairro: Pedroni CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: oep@pucrs.br

Página 02 de 06

ANEXO C

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.988.155

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_639101.pdf | 29/04/2016 19:17:52 | | Acerto |
| Outros | CartaAoCEP.docx | 29/04/2016 19:16:34 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Outros | CartaAoCEPparecerista.pdf | 20/04/2016 17:11:30 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETOPesquisamestradorevisado20Abril16OK.pdf | 20/04/2016 17:05:37 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Outros | cartadeaprovacapesq.pdf | 21/03/2016 20:09:10 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | DocumentoUnificadoProjetoPesquisa.pdf | 21/03/2016 20:05:43 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TermodeConsentimentoPesquisa.pdf | 21/03/2016 20:05:00 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Orçamento | OrçamentoProjetoPesquisa.pdf | 21/03/2016 20:04:44 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Outros | Listacomlinkdospesquisadores.pdf | 18/03/2016 18:16:34 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Declaração de Pesquisadores | cartasaoCoordenadoroCEP.pdf | 18/03/2016 18:16:04 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Folha de Rosto | Folhad RostoPesquisa.pdf | 18/03/2016 17:14:09 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Outros | cartadeautizacaoepesquisaSantanad oLivramento.pdf | 18/03/2016 11:13:00 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |
| Outros | cartadeautizacaoepesquisaSaoBorja.pdf | 18/03/2016 11:09:58 | ROBERTO DA CRUZ FONSECA JUNIOR | Acerto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Itália, 6601, prédio 40, sala 505
 Bairro: Parkson CEP: 91.519-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucr.br

Página 03 de 04

ANEXO D

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.155

Neocessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 31 de Maio de 2016

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6691, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.519-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

Página 01 de 01

ANEXO E



SIPESQ
Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 6952

Porto Alegre, 18 de novembro de 2015.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "O USO DE DROGAS E O ENVELHECIMENTO: A REALIDADE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA DO RIO GRANDE DO SUL" coordenado por PATRICIA KRIEGER GROSSI. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ANEXO F

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO Carta de Conhecimento e Autorização

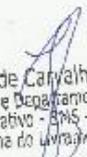
Ao Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS

Prezados Senhores:

Eu, Juliana de Carvalho Silveira, RG 4044895094, coordenadora do CAPS ad, do município de Sant'ana do Livramento, declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do Projeto de Pesquisa intitulado "O USO DE DROGAS E O ENVELHECIMENTO: A REALIDADE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELOS CAPS NOS MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA", proposto pelas pesquisadoras Roberto da Cruz Fonseca Junior (Mestrando) e pela Profª Drª Patrícia Krieger Grossi (Orientadora), que possui como objetivo "Conhecer a realidade dos atendimentos realizados a idosos que estiveram em atendimento nos CAPS. A fim de qualificar e ampliar o atendimento prestado aos idosos nos municípios de Fronteira".

O referido projeto será realizado nos municípios de São Borja e Sant'ana do Livramento na fronteira do estado do Rio Grande do Sul, nos centros de atendimento psicossocial que tenham atendimento a idosos usuários de drogas e, só poderá ocorrer a partir da apresentação da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente,


Juliana de Carvalho Silveira
Diretora de Departamento Técnico
Administrativo - CAPS - Matr. 81501
Sant'ana do Livramento - RS

Nome

(assinatura e carimbo)

ANEXO G

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO Carta de Conhecimento e Autorização

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS

Prezados Senhores:

Eu, Claudia Adelaide Schmitt RG 4076257927, Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de São Borja-RS, declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do Projeto de Pesquisa intitulado "O USO DE DROGAS E O ENVELHECIMENTO: A REALIDADE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELOS CAPS NOS MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA", proposto pelas pesquisadoras Roberto da Cruz Fonseca Junior (Mestrando) e pela Profª Drª Patricia Krieger Grossi (Orientadora), que possui como objetivo " Conhecer a realidade dos atendimentos realizados a idosos que estiveram em atendimento nos CAPS nos anos de 2013 a 2015. A fim de qualificar e ampliar o atendimento prestado aos idosos nos municípios de Fronteira".

O referido projeto será realizado nos municípios de São Borja e Sant'ana do Livramento na fronteira do estado do Rio Grande do Sul, nos centros de atendimento psicossocial que tenham atendimento a idosos usuários de drogas e, só poderá ocorrer a partir da apresentação da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente,

CLÁUDIA SCHMITT
Psicóloga
CRP 02/18447

Claudia S.

Nome

(assinatura e carimbo)

APÊNDICE I

Roteiro de entrevista com usuário(a):

1. Qual a sua escolaridade?_____.
2. Qual a sua Profissão?_____ ()aposentado.
3. Qual a sua Raça/Etnia?_____
4. Qual a sua Religião?_____
5. Qual o seu gênero?_____
6. Reside com quem?
7. Tem Filhos? Se sim quantos?
8. Recebe algum tipo de benefício assistencial?___ Qual? ()Bolsa Família
9. ()BPC
10. Qual a sua renda mensal?_____
11. Quando o (a) senhor (a) começou a utilizar drogas?Porque?
12. Quais são as drogas mais utilizadas pelo(a) Senhor (a)?
13. Como chegou ao serviço?
14. Como foi o acolhimento no Serviço?
15. Já havia procurado outro tipo de serviço semelhante?
16. Porque resolveu começar o tratamento? Quais foram os motivos?
17. Com quem o (a) senhor(a) Reside?
18. Para você o uso de drogas pode gerar algum tipo de violência? Qual?
19. Teve alguma experiência de violência decorrente do uso de drogas?
20. O uso de drogas afetou a sua convivência com familiares, amigos ou trabalho?
21. Quais são os serviços que o Sr(a) utiliza?

22. Quais são os aspectos positivos do atendimento?
23. Quais são os aspectos negativos do atendimento?
24. O que poderia melhorar no serviço?
25. O que mudou na sua vida após a inserção no serviço ofertado pelo CAPS?

44

APÊNDICE II

Roteiro de entrevista com os Informantes Chaves:

1. Qual o número de trabalhadores no serviço?
2. Como é formado este quadro técnico?
3. Há uma rotatividade de profissionais no serviço?
4. Qual é a política utilizada pelo serviço nos atendimentos?
5. Qual é o fluxo de pessoas idosas atendidas no serviço? Qual é o gênero que mais procura o serviço?
6. Como se dá o ingresso no serviço de pessoas idosas? É uma demanda espontânea ou através de outras instituições como CRAS, CREAS, UBS, MP? Como é à interface do CAPS com a Rede?
7. No decorrer do ano qual é o período de maior atendimento a idosos(as)? E qual é o tempo médio de permanência destes idosos(as) no serviço?
8. Qual é a Rede de serviços do município para atendimento a idosos usuários de álcool e outras drogas?
9. Quais são os serviços ofertados pelo CAPS?
10. Alguém recebeu ou tem formação especializada para atuar no serviço?
11. Recebeu antes ou após o início do trabalho?
12. Quais são os aspectos positivos do atendimento?
13. Quais são os aspectos negativos do atendimento?
14. O que poderia melhorar no serviço?
15. O serviço detém um atendimento diferenciado visando os idosos, como grupos, oficinas etc.?
16. Quais são as estratégias utilizadas para a efetivação da política de redução de danos a idosos atendidos pelo serviço?
17. O serviço realiza algum trabalho com os familiares das pessoas idosas atendidas?