

TERCEIRA IDADE E OS DESAFIOS NA CONVIVÊNCIA COM FAMILIARES DEPENDENTES QUÍMICOS

Eunice Neves de Assis¹

Letiene Pessoa de Medeiros (Orientadora)²

RESUMO

No Brasil vê-se o aumento da população idosa e da dependência química entre a população jovem, propiciando a concomitância destas situações na mesma família. O objetivo deste estudo é investigar a convivência com familiares dependentes químicos no olhar do idoso, seus desafios e os recursos psicossociais utilizados. A partir de uma visão sistêmica, foram realizados seis encontros de discussão com idosos que viviam o problema. Conclui-se que há uma grande fragilidade no apoio familiar e comunitário, despreparo de órgãos públicos e vulnerabilidade frente à violência e sofrimento psíquico. Os recursos de apoio citados para o enfrentamento do problema são a religiosidade, a participação em serviços para idosos e comportamentos que facilitam o acesso a redes que desenvolvem programas sobre o tema, mas ainda são necessários estudos e pesquisas que se aprofundem no assunto, trazendo indicações de outras ações.

Palavras-chave: Idoso. Família. Dependência Química.

ELDERLY AND THE CHALLENGES IN THE RELATIONSHIP WITH ADDICTED FAMILY MEMBERS

ABSTRACT

¹ Psicóloga do Centro de Referência do Idoso em Juazeiro do Norte-CE

E-mail: eunicedeassis@yahoo.com.br

² Psicóloga, especialista em orivnowieth e professora do Curso de Especialização em Intervenção Familiar Sistêmica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte-UNI-RN

E-mail: brisasolta@gmail.com

In Brazil sees the increasing elderly population and addiction among young people, allowing the association of these situations in the same family. The aim of this study is to investigate the interaction with chemical dependents in the look of elderly its challenges and psychosocial resources used. From a systemic perspective, six discussion meetings with elderly people who lived the problem were conducted. We conclude that there is a large weakness in family and community support, unpreparedness of public agencies and vulnerability to violence and psychological distress. Support resources cited to face the problem are religiosity, participation in services for older people and behaviors that facilitate access to networks that develop programs about the topic, but studies and research that deepen the subject is still needed, bringing indications to other actions.

Key-words: Elderly. Family. Addiction.

INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX e início do século XXI a comunidade global experimentou uma escalada científica e tecnológica cujos desdobramentos alcançam as regiões mais remotas do planeta. Tal escalada possibilitou um incremento no fluxo de informações trocadas entre pessoas organizações políticas, culturais e econômicas, ao mesmo tempo que colocou em evidência um cenário inédito nas diferentes instâncias das relações sociais.

A necessidade deste fluxo de informações é explicada, em parte, pela constatação da complexidade dos fenômenos que nos cercam no cenário atual. Observamos que a “causa” dos problemas e dos sucessos que experimentamos cotidianamente não pode ser explicada tão facilmente através do paradigma tradicional da ciência, mesmo em áreas científicas tradicionais (VASCONCELLOS,2002).

Nas chamadas Ciências Humanas e nas Ciências Sociais Aplicadas a complexidade dos problemas e fenômenos a serem estudados parecem se agigantar, seja pela impossibilidade de cindir os indivíduos envolvidos em “componentes” menores e previsíveis, seja pela observação de que a junção de tais “componentes”, em geral, resultam em sistemas muito diferentes do que se suporia através da simples soma de suas partes.

Como parte deste conjunto de fenômenos, o tema convivência de pessoas idosas com familiares dependentes químicos, sobre o qual nos debruçaremos neste artigo, se compõe por

fenômenos que “isoladamente” se configuram como importantes objetos de investigação para o mundo acadêmico, ainda longe de se esgotarem, posto que estão em constante transformação e que apresentam facetas e entrelaçamentos específicos quando observados em conjunto

Assim, sem pretender simplificar o tema dividindo-o em partes ou esgotar as nuances que estas partes apresentam, e sim oferecer uma visão geral capaz de chamar a atenção para a complexidade e relevância do mesmo, faremos uma breve exposição de três subtemas que se mostram cruciais no entendimento desta questão: a dependência química, a transformação da configuração familiar em curso em nossa sociedade e o envelhecimento da população brasileira.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM PROBLEMA EM CRESCIMENTO

O meio acadêmico, em suas diversas áreas do conhecimento, tem discutido há anos o tema da dependência química. Este fato não causa surpresa quando percebemos os importantes desdobramentos bioquímicos, políticos, econômicos e sociais que este fenômeno apresenta. Há que se destacar que dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas psicotrópicas no Brasil realizado em 2005 (CEBRID, 2006) ao comparar seus resultados com os do levantamento realizado em 2001 apontam para o um crescimento do consumo de drogas em geral e do número de indivíduos dependentes dessas substâncias nas últimas décadas.

Esta realidade traz em seu bojo diversos problemas relacionados e a sociedade tem se voltado para a discussão visando a construção de estratégias de combate a este avanço, algumas delas bastante polêmicas, como os recentes casos de internação compulsória e as intervenções do poder público nas chamadas “cracolândias” das grandes cidades.

Fato é que a despeito das diversas campanhas de prevenção, estratégias de redução de danos, internações compulsórias em clínicas fechadas ou tratamentos em meio aberto, o números de dependentes químicos tem crescido em um ritmo maior que a oferta de tratamento. Além disso a intensa procura por tratamento tem adubado o surgimento de diversas instituições que nem sempre ofertam um cuidado adequado. No relatório, da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, o Conselho Federal de Psicologia (2011), aponta além da precariedade dos espaços físicos e das

equipes profissionais das comunidades terapêuticas, importantes violações aos direitos humanos dos internos o que sugere descaso com os aspectos bioquímicos e sociais dos dependentes.

Mas o que acontece com os dependentes que não conseguem acessar quaisquer formas de tratamento? Várias são as possibilidades, no entanto, na maioria delas o sofrimento resultante das consequências da adição às mais diferentes drogas envolve mais que o indivíduo dependente, envolve sua família.

Nas discussões sobre o tema nos meios de comunicação de massa muito se tem falado no papel da família como agente influenciador no consumo de drogas, tanto no afastamento como na aproximação de seus membros destas substâncias, bem como atribuem a esta família um papel primordial no tratamento e recuperação de seus membros dependentes. No entanto, pouco se tem discutido sobre as reais possibilidades de ajuda que essas famílias podem oferecer. Poucas também são as iniciativas de apoio às famílias que convivem dia após dia com os sintomas de um dependente químico e suas consequências na rotina familiar perpassada por diversos desafios impostos pela atualidade.

Há também na sociedade resquícios de crenças que creditam a dependência química à falhas de caráter ou como sinal de degeneração moral que muitas vezes levam as famílias a encobrir a situação, dificultando a busca de ajuda especializada.

Atualmente o enfrentamento deste problema tem produzido mais debates acalorados, acusações ao poder público, aos usuários de drogas e suas famílias e condenações de situações de abuso e negligência que propostas e estratégias efetivas de enfrentamento ao crescimento da dependência. O que pode sugerir que estejamos nos refugiando em explicações simplistas incapazes de dar conta da complexidade real do fenômeno.

NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: NOVOS MODELOS, NOVOS DESAFIOS

Ao longo do século passado a família tradicional sofreu transformações radicais em sua estrutura. Passamos de um modelo familiar patriarcal onde cabia ao pai a responsabilidade de prover o sustento e chefiar os demais membros. Às mulheres cabia o papel de cuidadoras das crianças e idosos e de ordenadora das tarefas domésticas; sua inserção no mercado de trabalho não era estimulado e quando ela acontecia geralmente assumiam profissões

relacionadas ao cuidado e com remunerações mais baixas. Aos filhos restava a obediência até que constituíssem sua própria família.

No Brasil, assim como em outros países latino-americanos, há uma presença marcante das famílias extensas especialmente em áreas afastadas dos grandes centros urbanos e entre os segmentos mais pobres da população. Este tipo de família acolhia como integrantes além dos indivíduos ligados por consaguinidade, os laços de compadrio e os agregados, ligados por afinidade (SARTI, 2011). Porém se mantinha a chefia patriarcal e o casamento indissolúvel como marco de início da família.

Com a necessidade de inserção da mão de obra feminina no mercado de trabalho no pós guerra, o desenvolvimento das tecnologias de controle de natalidade e os avanços na área da saúde e do direito, abriu-se a possibilidade de redesenho da família a partir de relações mais igualitárias entre homens e mulheres, do aumento da longevidade, da diminuição da natalidade e da possibilidade do divórcio e do recasamento.

Assim, adentramos no novo século com uma família brasileira com mais membros idosos, menos crianças e adolescentes e com chefes de família que acumulam os cuidados familiares com a responsabilidade de serem provedores econômicos, não sendo incomum que esta chefia seja exercida por apenas um dos pais, o que possibilita uma sobrecarga de funções. Desta forma, não é de espantar o aumento da procura por creches e escolas em período integral, e de avôs e avós que, mesmo em uma fase da vida em que supostamente suas responsabilidades devem se abrandar devido às fragilidades físicas típicas da mesma, assumem o papel de cuidadores de membros mais jovens da família, afim de auxiliar os filhos.

Se a família atual traz a possibilidade de modelos mais flexíveis e relações mais democráticas entre seus membros, também os impõe novas situações e responsabilidades às quais devem se adaptar para responder ao desafio de conseguir se manter como espaço em que seus membros, de qualquer idade, possam ver supridas suas necessidades de cuidado, sejam físicos, sociais, econômicos ou emocionais.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: AVANÇOS E VULNERABILIDADES

O envelhecimento da população brasileira já não é uma novidade nos últimos anos. A melhoria das condições sanitárias, o maior acesso à saúde e os avanços nos tratamentos das

doenças crônicas e degenerativas tem aumentado a expectativa de vida dos brasileiros tornando a população acima dos 60 anos a faixa etária que mais cresce nas estatísticas com projeções que apontam que em 2050 poderão ultrapassar 22,71% da população total (IBGE, 2008).

No entanto, a maior expectativa de vida não necessariamente se traduz em maior qualidade de vida. Apesar de cada vez mais encontrarmos idosos ativos, saudáveis e que gozem de atividades que promovam a melhor qualidade de vida, para a maioria as doenças crônicas - fruto, em parte, de uma vida sem acesso à prevenção e tratamentos de saúde adequados, bem como hábitos de higiene e alimentação saudáveis – toham a capacidade destes de desenvolver atividades básicas do cotidiano, comprometendo o bem-estar em diferentes áreas de suas vidas.

Dentre as problemáticas que afetam a pessoa idosa a renda é um fator a se atentar. A grande maioria dos idosos brasileiros assistidos pelo sistema previdenciário contam com o valor do salário mínimo como benefício, valor este que deve custear as despesas de moradia, alimentação (que requer cuidados especiais nessa faixa etária), gastos com saúde e prover o sustento da família já que em estudos de 2000 apontavam que cerca de 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos seus domicílios e na época os dados apontavam para uma tendência de crescimento (IBGE, 2002). Estatísticas apontam que a renda dos benefícios previdenciários é crucial para a sobrevivência das famílias e para a manutenção da economia, especialmente em cidades de pequeno porte (DELGADO; CARDOSO, 1999).

Apesar desta importância social indicada nos estudos, esta nem sempre é reconhecida na prática e, ao adentrar uma fase do desenvolvimento em que há um natural declínio nas capacidades físicas, os indivíduos maiores de 60 anos tornam-se vítimas fáceis das mais diversas violências. Minayo (2005) aponta que apesar da notificação da violência contra o idoso ser um fenômeno recente não apenas no Brasil, mas também no mundo, a vitimização deste grupo social tem raízes culturais seculares, os dados apresentados pela autora também apontam que a violência e os acidentes ocupam o sexto lugar nas principais causas de morte entre idosos. Apesar desta categoria também incluir os acidentes é bom lembrar que muitas vezes a causa dos acidentes (facilmente evitáveis em sua maioria) pode ser a negligência dos cuidadores que também é uma forma de violência (ALMEIDA; GONÇALVES; LIMA, 2005). Além disso muitas das lesões são classificadas nos atendimentos como “Lesões Ignoradas”, categoria que pode oferecer abrigo às lesões causadas pela violência.

Esta violência seja física, psicológica, econômica ou social não se encontra restrita apenas aos espaços domésticos, apresenta-se no cotidiano através de atendimentos precários,

“acidentes” devido às “arrancadas” dos transportes públicos e em instituições cujo propósito principal deveria ser o cuidado e acolhimento. O Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (CFP, 2008) aponta diversas irregularidades e violações aos direitos do idoso praticados dentro de abrigos que contam com a falta de fiscalização e de punição para perpetuar preconceitos, discriminações e maus tratos em suas instalações. Aliás, ainda há carência de espaços públicos capazes de efetivamente identificar abusos e intervir numa violência que conta muitas vezes com a incapacidade de suas vítimas de denunciá-la.

Ainda segundo o Estatuto do Idoso (Brasil, 2004), é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso seus direitos e institui a priorização do atendimento ao idoso por sua própria família. No entanto, diante do quadro apresentado, podemos perceber que apesar dos avanços no campo do direito do idoso, muito falta para que estes direitos sejam efetivamente garantidos. Diante da realidade em curso podemos nos questionar: até que ponto esta família atual, em plena reestruturação de seu modelo, tem conseguido garantir o atendimento das necessidades de seus membros idosos? Segundo Kuchemann (2012) a participação do Estado brasileiro no cuidado é apenas pontual e com reduzidas responsabilidades, em comparação às responsabilidades familiares geralmente assumidas por um cuidador informal, em sua maioria mulheres da própria família, sem formação específica, que dividem-se entre outros afazeres domésticos e que apresentam comprometimentos significativos em sua saúde. Fica claro aqui, portanto, que o cuidado familiar nem sempre consegue suprir as demandas desta parcela da população.

Assim temos o retrato de uma velhice de contrastes. O indivíduo idoso pode ser visto ora como portador de sabedoria e experiência ora como ultrapassado, alguém que já não pode oferecer nada a sociedade e portanto um peso para a mesma. Se é certo que já avançamos com, por exemplo, a aprovação do Estatuto do Idoso, que este ano completa dez anos em vigor, por outro percebemos que tais avanços não atingem a todos, especialmente os segmentos mais pauperizados da sociedade, ainda privados de direitos básicos.

PROBLEMA NOVO?

Assim, o crescimento do número de indivíduos maiores de 60 anos, em paralelo ao recrudescimento das adições entre o segmento mais jovem da população, propicia uma maior ocorrência dos dois fenômenos numa mesma família, o que expõe o idoso a mais situações de

risco e violência originadas de um intrincada trama que podemos vislumbrar depois de apontados os fatos acima, percebendo, deste modo, algumas das dificuldades que envolvem o tema sobre o qual estamos nos propondo estudar.

Uma das primeiras dificuldades é a falta de dados sobre o tema, pois ainda dispomos de poucos estudos acerca das condições de vida de nossos idosos. Se é razoável pensar que sempre houve casos em que idosos conviveram com familiares dependentes químicos é também impossível irmos além desta suposição devido à ausência de dados.

Outra dificuldade refere-se às especificidades do atual panorama social: sem dados para que possamos comparar não podemos afirmar acerca de um crescimento desses casos, embora a expansão populacional de idosos e o avanço no consumo de drogas bem como uma maior divulgação de casos de violência pela mídia tornem legítima esta conclusão.

Encontramo-nos, pois, diante de um fenômeno social que se apresenta como “novo”, mas que na realidade é “desconhecido”, ou talvez mais acertadamente ignorado. Fato é que no âmbito deste trabalho o encontramos já longe das grandes metrópoles nacionais, na região Nordeste, mais precisamente no interior do Ceará, entre os idosos atendidos por uma instituição municipal de assistência social e citado pela equipe como uma demanda recorrente, o que por si já denuncia suas proporções geográficas e sociais. Portanto, se nos lançarmos ao desafio de promover uma efetiva melhoria na qualidade de vida destas famílias devemos nos lançar à investigação deste fenômeno convidando a comunidade científica à trazer destaque à temática e buscando respostas a seus dilemas.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é investigar como se dá a convivência com familiares dependentes químicos na perspectiva do idoso, percebendo quais os principais desafios enfrentados, entendidos aqui como situações que por seu caráter problemático impactam a qualidade de vida dos idosos envolvidos exigindo que estes atuem de forma a tentar contornar ou solucionar as mesmas. Procurou-se também identificar quais os principais recursos psíquicos e sociais utilizados pelos idosos frente à estes desafios a fim de contribuir na compreensão da demanda em questão e propiciar elementos que auxiliem no desenvolvimento de serviços que atendam a esta parcela da população idosa.

METODOLOGIA

Este artigo é um trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Intervenção Familiar Sistêmica ofertado pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN) e foi desenvolvido em parceria com o Centro de Referência do Idoso (CRI) de Juazeiro do Norte no Ceará, de cuja equipe esta autora é integrante.

Realizou-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, onde foram ouvidos os relatos de 9 idosos que conviviam diretamente com familiares dependentes químicos. A coleta dos dados se deu através da realização, no período de quatro semanas, de 6 encontros em grupo que seguiram um planejamento baseado no trabalho de Costa (1998) com reuniões multifamiliares. Os encontros foram gravados e foram feitas anotações durante as discussões. Ao final, o material foi transcrito e analisado procurando identificar os desafios referidos pelos idosos na convivência com o dependente químico, bem como os recursos psicossociais dos quais se utilizam para superar aqueles.

ESCOLHA DOS PARTICIPANTES

Funcionando a aproximadamente 20 anos, inicialmente o serviço ofertado pelo município se denominava Programa Conviver e funcionava como um departamento autônomo da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho (SEDEST). Em seus primeiros anos se limitava a promover oficinas de trabalhos manuais e encontros semanais onde os idosos cadastrados dançavam forró e ao final recebiam uma refeição. Na época não havia um espaço específico e os encontros aconteciam no pátio das dependências da secretaria. A partir de 2005 o programa passou a dispor com uma equipe multidisciplinar composta de médico, terapeuta ocupacional e facilitadores de atividades artísticas e culturais, acrescentando aos seus serviços um acompanhamento de saúde.

Somente em novembro de 2011, quando ocorreu a inauguração do prédio atual o Centro de Referência do Idoso (CRI), foi criado e incorporou o Programa Conviver. Assim, os idosos do Projeto Conviver passaram a contar com um espaço mais adequado e uma gama maior de atividades ofertadas. A equipe multidisciplinar também contou com o acréscimo de

outros profissionais passando a dispor do seguinte quadro de funcionários: diretor, assistente social, psicólogo, educadores físicos, enfermeiro, fisioterapeuta, recepcionista, agente administrativo, cozinheiro e auxiliar de serviços gerais. Este quadro permanece até o presente momento com o objetivo de desenvolver um acompanhamento voltado para as especificidades desta parcela da população.

O CRI se configura dentro do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) como integrante da rede de Proteção Social Básica. Segundo a Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004), a Proteção Social Básica deve desenvolver ações a fim de prevenir situações de risco potencial através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. É alvo de seus serviços a população em situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação e fragilização de vínculos afetivos. Tais serviços devem ter como finalidade estimular o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos de forma a promover a superação das condições de vulnerabilidade. Em outras palavras, as atividades desenvolvidas dentro do CRI devem convergir para a promoção dos direitos dos idosos, manutenção de sua autonomia e fomento às suas potencialidades e no enfrentamento das vulnerabilidades a que estão sujeitos durante essa fase de seu desenvolvimento.

Diante desta missão a necessidade de se desenvolver um trabalho específico com os idosos que conviviam diretamente com a dependência química foi percebida durante o recadastramento anual de 2013 realizado nos primeiros meses deste ano. Durante as entrevistas com a equipe foram identificados idosos que relatavam ter alguma situação de dependência química na família. Também foi verificado junto aos idosos e aos profissionais responsáveis pelas diversas atividades do CRI que a maioria apresentava um quadro de sofrimento psíquico que, não raro, interferia em outras áreas de sua vida, como o surgimento ou agravamento de doenças psicossomáticas ou crônicas e na socialização dos mesmos. Os idosos, durante as entrevistas, também exprimiram o desejo de que a equipe pudesse ajudá-los de alguma maneira.

Desta forma, foi articulado junto à direção da unidade em questão, a formação de um grupo de apoio que atendesse à esta demanda e a iniciativa contou com o apoio de toda a equipe. Foi acordado que a coordenação do mesmo ficaria sob nossa responsabilidade, enquanto psicóloga integrante da equipe, que disporia desta experiência, pioneira na unidade, como objeto para construção do trabalho de conclusão de seu curso de especialização.

Durante o planejamento inicial constatou-se que somente a psicóloga poderia atuar como facilitadora das reuniões, tanto por questões de choques com atividades dos outros

profissionais, como por alguns destes não estarem preparados para atuar nas reuniões. O espaço físico também foi apontado como questão, pois as salas que poderiam oferecer as condições necessárias de sigilo e conforto climático tinham dimensões reduzidas.

A partir dessas limitações optou-se por fixar em quinze o número máximo de participantes neste primeiro momento e, para tanto, selecionar, dentre os idosos que relataram durante o cadastramento ter casos de dependência química na família, aqueles que conviviam diretamente com os dependentes, sendo excluídos da amostra os que não mantinham nenhum tipo de contato com os familiares dependentes e os que mantinham contato apenas esporadicamente. Assim, percebemos que os idosos selecionados eram precisamente aqueles que eram apontados pela equipe multidisciplinar como sendo os casos que mais necessitavam de acompanhamento.

Apesar dos familiares dos participantes serem dependentes químicos de tipos diferentes de substâncias, foram percebidas características semelhantes nas queixas dos idosos que relatavam viver esta situação, tais como piora do estado geral de saúde (especialmente doenças crônicas como diabetes e hipertensão), intenso sofrimento psíquico caracterizado por preocupação, angústia, sensação de impotência e medo, em face da possibilidade de sofrerem diversas formas de violência, notadamente financeira e psíquica. Diante disso a opção por reuni-los em um mesmo grupo apresentou-se como viável e visou também enriquecer o pool de vivências do grupo e a possibilidade de troca de experiências e estratégias durante os encontros. Assim foram convidados doze idosos dos quais nove atenderam ao convite.

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO

Verifica-se que os participantes da pesquisa tem idade entre 61 e 81 anos, sendo que dos seis dos nove estão na faixa entre 70 e 77 anos. Observa-se também, que o perfil da população estudada encontra-se em conformidade com o perfil geral da população idosa brasileira referido em diversos estudos (IBGE, 2002, 2008). Dos nove indivíduos que participaram das reuniões, somente um era do sexo masculino. Esta predominância de mulheres já era esperada dado o maior número de mulheres cadastradas na instituição e que não é um fato isolado. As estatísticas (IBGE, 2002) apontam esta mesma predominância feminina nessa faixa etária nos levantamentos nacionais. Entre as muitas causas apontadas para este fenômeno está a tendência feminina de acessar mais e mais precocemente que os

homens serviços e tratamentos que promovam uma melhor qualidade de vida o que pode apontar para a possibilidade de haver mais homens vivenciando a situação em foco sem que procurem ajuda.

Quanto à situação sócio-econômica, todos os participantes são aposentados, pensionistas ou beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), com renda mensal média de 1 salário mínimo, o que lhes confere alguma autonomia financeira, já que podem gerir um rendimento estável, porém tal quantia muitas vezes não chega a suprir satisfatoriamente a todas as necessidades que se avolumam nessa faixa etária, em especial os gastos com saúde. Além disso, a maioria mora com suas famílias e a aposentadoria constitui uma fatia importante, da renda mensal das mesmas, fazendo com que os idosos arquem com despesas gerais do domicílio e auxiliem no sustento de outros membros.

No quesito escolaridade pudemos verificar que a educação formal a qual os participantes tiveram acesso foi mínima. Quatro integrantes do grupo não sabem sequer assinar seus nomes, o restante apresenta dificuldades tanto na leitura quanto na escrita, tornando insatisfatório seu desempenho nestas habilidades. Muito mais que um simples característica do grupo, esta informação aponta para o desafio do planejamento das reuniões em propor atividades acessíveis a essa limitação educacional e sinaliza a possibilidade da dificuldade desta população de compreender e acessar os serviços assistenciais disponíveis.

No que se refere à condição física dos mesmos, todos os participantes se mostravam ativos, executavam sozinhos, ou com pouca ajuda, a maior parte de suas atividades diárias e não demonstravam sinais de comprometimento cognitivo. No entanto, todos eram pacientes de doenças crônicas, especialmente hipertensão e diabetes, e frequentemente apresentavam descontrole de suas taxas. Sintomas gástricos também eram queixas relatadas, bem como insônia e ansiedade. Apenas uma participante relatou ter sofrido um acidente vascular cerebral, segundo ela desencadeado por uma discussão com o sobrinho usuário de álcool, após o qual apresentou um importante quadro de paralisia e dificuldades na fala, no entanto, no momento do estudo, a única sequela perceptível do episódio era uma leve gagueira, mais perceptível quando a idosa estava ansiosa ou se emocionava.

PLANEJAMENTO DAS REUNIÕES

As reuniões foram planejadas a fim de propiciar um espaço vivencial aos participantes, onde estes pudessem expressar sua competência ao lidar com os acontecimentos que envolvem seu cotidiano. Nesta proposta é necessário que o coordenador do grupo propicie um ambiente de valorização do saber do grupo, negando o papel de detentor do saber e evitando a formação de uma atmosfera “pedagógica”, onde o profissional “ensina” e o grupo, que supostamente não sabe, “aprende” (COSTA, 1998). Procura-se através desta proposta reconhecer o conhecimento desenvolvido pelo grupo sobre a problemática através de sua vivência direta com a mesma.

Os encontros, seguindo a proposta de Costa (1998), foram divididos em três etapas: aquecimento, discussão e conclusão. Mesmo mantendo esta estrutura para os encontros, foi necessário algumas modificações no modelo pois, no trabalho citado os temas das reuniões foram previamente escolhidos através de um questionário de avaliação da clientela aplicado naquela instituição, como não há a aplicação deste tipo de instrumental no CRI, e o presente estudo tem um caráter eminentemente exploratório julgamos que uma escolha unilateral dos temas poderia comprometer os resultados, desta forma os temas foram sendo apontados pelos idosos no transcorrer dos encontros. A duração prevista para os mesmos era de uma hora com flexibilidade de quinze minutos para mais ou para menos, de acordo com o desenvolvimento da reunião

Assim durante o aquecimento se dava a acolhida dos participantes e a proposição de uma atividade previamente planejada de acordo com o tema do encontro visando introduzir a temática, promover o envolvimento dos participantes e assim facilitar a posterior discussão. Após a atividade iniciava-se a discussão a partir uma pergunta problematizadora e os participantes eram convidados a respondê-la externalizando suas vivências e opiniões. Durante os debates sempre era lembrado que não havia uma resposta correta e que através das experiências relatadas o grupo poderia refletir e ajudar a chegar a soluções para os problemas relatados. Já na conclusão do encontro era feito um resumo das ideias debatidas e os participantes apontavam quais assuntos gostariam de discutir na próxima reunião e o grupo elegia um deles.

No primeiro encontro realizada uma dinâmica de apresentação denominada “Reverdecendo a árvore seca”, onde os participantes pintavam folhas verdes na figura de uma árvore seca à medida que iam se apresentando para o restante do grupo, e logo após foi lançada a seguinte pergunta: “Conviver com um dependente químico interfere na saúde de vocês?”. No segundo encontro, cujo tema era “Remédios”, a dinâmica utilizada foi “Não deixe o balão cair”, onde os idosos não poderiam deixar os balões caírem no chão à medida

que alguns participantes eram solicitados a não ajudarem, e a pergunta para discussão foi “Quais os “remédios” que vocês já tentaram contra a dependência química?”, após o debate o tema escolhido para a próxima reunião foi “Força de vontade”. Nesta terceira reunião foi proposto como atividade uma contação de história, para a qual foi escolhido o conto tradicional tibetano “A mulher e o Tigre” e a pergunta “Pra vocês o que é força de vontade?” foi lançada ao grupo. No quarto encontro foi feita uma nova contação de história, desta vez a escolhida foi o cordel “As proezas de Sabina” de Patativa do Assaré e logo após iniciou-se a discussão a partir da seguinte questão: “Como posso melhorar minha vida apesar de conviver com este problema?”. Na quinta reunião o tema “Medo” foi o fio condutor, com o conto “O alpinista que não cortou a corda” e a pergunta problematizadora “O medo me ajuda a ajudar nesta situação?”. Por fim, no sexto e último encontro, o tema escolhido foi “Convivência sem diálogo”, a dinâmica “Estátuas Vivas” foi proposta como aquecimento e a discussão se iniciou com a pergunta: “O que se diz sem palavras?”

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apesar da dificuldade de falar sobre a dependência química de seus familiares, que foi observada em outras atividades do CRI, os idosos participantes desta pesquisa expressaram muito clara e abertamente as situações vivenciadas por eles durante os seis encontros propostos. Alguns fatores, como a maior privacidade da sala escolhida para os encontros e o fato de que todos os participantes estavam na mesma condição, ou seja, conviviam diretamente com um familiar dependente químico, podem ser apontados como importantes elementos que contribuíram para oferecer a segurança necessária para que os idosos pudessem compartilhar vivências tão particulares de suas vidas.

Mostrou-se bastante acertada a decisão de juntar no mesmo grupo idosos que conviviam com a adição a drogas diferentes. É inegável que as drogas apresentam diferentes tipos de ação no organismo do indivíduo que as consome e desta forma estes apresentam alterações comportamentais também distintas. Entretanto, os idosos não só apresentaram a visão de que, independentemente da legalidade do consumo, todas as substâncias referidas eram drogas com grande potencial de dano para quem as consumia, mas também de que o sofrimento para os familiares era o mesmo.

Autora: “A senhora tava dizendo aqui uma coisa pra I, diga de novo.”

B: *“Tô dizendo que a bebida é uma droga também.”*

Autora: *“É?”*

I: *“É uma droga das grandes.”*

B: *“Das fortes.”*

Autora: *“Das fortes, né?”*

A: *“Eu já vi gente dizer que é pior do que a droga (crack), porque a cachaça é aí, a pessoa toma toda hora, e a droga...”*

S: *“Comprar escondido.”*

A convivência com o dependente era, na voz dos idosos, extremamente dolorosa, marcada por angústias e sentimentos de humilhação e vergonha. Também chamou atenção a consciência demonstrada pelos integrantes do grupo a respeito das consequências nefastas desse sofrimento em sua qualidade de vida, em especial em sua saúde física

DESAFIOS

Um fato interessante diz respeito a permanência dos idosos no grupo: dos nove que atenderam ao convite inicial seis deixaram de comparecer entre o segundo e terceiro encontro sendo que apenas um justificou sua impossibilidade de continuar devido a problemas de saúde, os demais limitaram-se a se afastar sem qualquer justificativa. Um dos possíveis motivos para a desistência diz respeito às expectativas quanto ao tipo de ajuda que o grupo poderia oferecer. Apesar de no convite deixarmos claro que a participação no grupo traria benefícios relacionados ao fortalecimento da auto-estima e ao apoio psicossocial dos idosos, logo no primeiro encontro ficou clara a expectativa de que fosse apontada uma solução para o problema vivenciado, expressa através de pedidos diretos.

Autora: *“Eu queria saber de vocês o que que a gente... o que é que vocês querem, sobre o que é que vocês querem falar na sexta-feira, no nosso próximo encontro? Que é que vocês querem...”*

B: *“Se você pode arrumar um... um... um internamento pra mim...”*

A: *“A minha não quer.”*

B: *“Não precisa querer não, eu boto sem querer mesmo”*

Autora: *“Pera aí... eu quero saber um assunto que vocês querem conversar...”*

B: *“Vai ser quase isso mesmo.”*

Autora: “Mas assim, tem alguma coisa que vocês queiram saber mais?”

B: “*Eu quero saber se você pode adquirir.... se você arranja um remédio pra nós pra deixar de beber.*”

Diante da demanda apresentada, o tema “Remédio” foi o escolhido para o segundo encontro, onde ficou claro, durante o transcorrer das discussões, que não havia uma solução simples e que tampouco a pesquisadora assumiria o papel de “prescrever” soluções. A partir de então o número de participantes começou a cair até se estabilizar em três participantes, todas do sexo feminino e que assumiam praticamente sozinhas o cuidado com os familiares em adição. Estas mantiveram a frequência constante e chegavam a perguntar com ansiedade sobre os próximos encontros, colaborando ativamente durante as discussões durante as quais exploravam tanto as dificuldades práticas do dia a dia quanto as dificuldades emocionais.

Estas atitudes diante da proposta do grupo podem ser entendidas com base nas estratégias de enfrentamento por avaliação cognitiva (ERICKSON, 1963) que propõe duas formas de enfrentamento dos problemas: a focalização no problema e a focalização na emoção. A primeira é voltada para uma ação resolutiva, predominando quando o indivíduo entende que uma ação prática pode ser empreendida para mudar ou resolver uma situação. Já na segunda, as ações são empreendidas para promover o bem estar do indivíduo e predomina quando as possibilidades de resolução do problema não dependem somente dos mesmos ou são escassas.

Observamos que, no âmbito desse estudo, a focalização no problema se mostrou predominante como estratégia de enfrentamento dos problemas decorrentes do convívio com o dependente químico e que deve ser fonte de atenção por parte dos profissionais, pois, se as ações e atitudes dos familiares podem influenciar na recuperação de um dependente, a expectativa de que a recuperação depende destas ações pode ser fonte de intensa frustração posto que muitos fatores, inclusive a subjetividade do dependente, se interpõem entre o desejo e a efetiva recuperação impedindo uma relação de causalidade entre elas.

Para além da frustração, este foco na ação pode resultar em ações que chamaremos a partir de então de Comportamentos Protetivos de Risco (CPR). Os CPR tem o objetivo de proteger o familiar dependente químico mas acaba por colocar o cuidador em situações de risco à sua saúde física e mental. Um exemplo de CPR é a ação, comum entre os participantes, de retirar o familiar do meio em que a droga está disponível, essas intervenções podem levar a situações de perigo para os idosos, seja por que se inserem em ambientes de consumo e tráfico de drogas, seja porque a reação do usuário a esta intervenção pode

ocasionar uma reação violenta. A participante E, durante sua apresentação para o grupo, relatou bastante emocionada como agia com sua filha usuária de álcool e tabaco:

E: *“Eu pego um pau, boto em baixo da cama, eu disse assim: “se tu vier eu te derrubo, morro de dó, mas eu te mato”. Aí ela fica... me esculhamba: “me dá, sua peste, eu quero ir pra rua”.*

(...)

E: *“Se eu for bater nela, tiver o bar cheio de gente eu venço tudinho, “não venha, fique aí na sua, do seu lado, não venha”. Eu vou armada de pau, seja do que for, “não venha não, que eu mato tudinho, não venha não. Deixa eu dar chute, deixa eu arrastar”. Dentro do carro o cabra bota pra carregar, eu digo: “leva não”. Fico na porta do carro. “Levo”. Eu digo: “leva não, vamos ver se você leva” (...) “Quem é que você é?” Eu digo: “você quer saber o que é que eu sou? Quer saber?” “Quem é você?” “Eu sou a mãe dela”.*

Importante destacar aqui que E normalmente se apresentava como uma senhora calma, educada, simpática e tímida, porém ao falar da convivência com a filha se mostrava bastante alterada. É fácil perceber a intensa carga emocional desprendida durante esses embates que trazem o sofrimento adicional de se ver na situação de precisar ser violenta com o ser querido a fim de protegê-lo ou proteger-se. Portanto, não é surpreendente o fato de E ser uma das participantes que mais tinha problemas de saúde, com alterações da pressão arterial, gastrite severa e uma perda de peso que preocupava a equipe do CRI, pois, a mesma afirmava não conseguir comer, alegando que “nada descia” e quase todos os alimentos lhe faziam mal. Embora o caso de E tenha sido um dos que mais chamou atenção, todos os participantes relataram experiências de comportamentos protetivos de risco em algum grau e demonstraram consciência do perigo a que se submetiam e as consequências das alterações emocionais resultantes em sua saúde.

D: *“Eu tô mais preocupada com aquele meu neto que tem lá em casa.”*

Autora: *“E você acha que essa preocupação interfere na sua saúde?”*

D: *“A gente vive doente, né? Porque se preocupa, né? Quem tem diabetes se agita...”*

(...)

B: *“Quem cuida de bêbado é agoniado da cabeça também (...).”*

Autora: Então quer dizer que quando vocês tem um bêbado ou um drogado em casa não é só eles que ficam alterados não, vocês também ficam alterados, né?

D: *“Eu fico é pior.”*

Autora: A senhora acha que fica pior que ele?

D: *“Fica pior”.*

(...)

E: *“Então é a senhora que socorre a sua nora?”*

B: *“Eu que socorro não tem ninguém pra socorrer, minha filha. Eu já com 70 e poucos anos pra cuidar de uma pessoa que vive bebo, eu mesmo não aguento mais não, eu fico toda me tremendo”*

As alterações emocionais, por sua vez, são apenas uma fração do intenso sofrimento psíquico que estes idosos referiram pois, quando não estão envolvidos em alguma situação de risco, lhes resta a constante preocupação com a segurança e a expectativa de vida dos usuários de drogas:

Autora: *“Me diga uma coisa. O que é que faz a senhora não conseguir dormir?”*

A: *“Preocupação. (...) Sim, porque não tenho coragem... tenho vontade de internar ela, melhorou... um ano e dois meses, ela quando saiu passou um ano sem usar, começou a usar de novo e agora não quer mais nada e tá ficando dessa grossura (mostra o dedo mindinho) e eu sei que ela n vai escapar.”*

(...)

C: *“Eu só descanso meu coração quando ele bate na porta e entra...”*

O dependente químico, por seu turno, atua na relação respondendo com comportamentos violentos a todos os riscos e preocupações pelas quais seu cuidador idoso passa. Entretanto, é bom deixar claro aqui que os episódios de violência física foram pouco presentes nos relatos e quando presentes não eram colocados como fonte principal de sofrimento. Quanto aos tipos de violência a que era relatada com mais pesar era a violência psicológica produzida através de ofensas, linguagem de baixo calão, depreciação do papel e do valor do cuidador e de comportamentos que traduziam desprezo e desrespeito aos valores de vida dos idosos.

Autora: *“E o que é que mais lhe incomoda com essa bebedeira da sua irmã?”*

F: *“É porque ela fica esculhambando as pessoas.”*

Todos: *“Ah!”*

Autora: *“Isso aí, todo mundo aqui sofre?”*

(Todos acenam afirmativamente)

B: *“Todo bêbado esculhamba a gente. Todos.”*

Um dado preocupante quanto às violências sofridas nesta relação é a particular vulnerabilidade do idoso à violência patrimonial e financeira. A fim de custear o consumo da droga os usuários frequentemente dilapidam o patrimônio do idoso subtraindo bens e dinheiro do mesmo. Os idosos, porém, apesar de sofrerem com a perda de objetos pelos quais lutaram

para adquirir ou que tinham valor sentimental, na maior parte das vezes não denunciavam esta violência, ao contrário, as suportam a fim de proteger o usuário, como expresso claramente pela participante A, cuja filha é usuária de crack.

A: *“Quando ela quer (a droga) fica doida pra querer dinheiro pra...”*

B: *“Agridem por dinheiro.”*

D: *“Agora graças a deus ela só tira meu.”*

Autora: *“A senhora prefere que ela tire da senhora do que tire dos outros.”*

A: *“Deus me livre dela tirar dos outros.”*

Para aqueles que denunciavam as situações de violência que sofrem, seja por não suportarem a violência, seja por enxergarem no encarceramento uma forma de afastar o familiar da droga, o apoio do poder público existe de forma claudicante, especialmente quando a violência não é de ordem física. Muitas vezes os trâmites exigidos para que se tomem providências não ficam claros aos idosos e acabam dificultando sua utilização. Assim, ora as diversas instituições são vistas como fontes de segurança e afirmação dos direitos dos idosos, ora acabam contribuindo, por questões estruturais ou falta de preparo dos profissionais, para a perpetuação da violação dos direitos do idoso.

B: *“Eu, quem me ajuda é só a justiça, só. Só a justiça.”*

Autora: *“Só a justiça?”*

B: *“Chamo a polícia, o carro do bombeiro, o Ronda...”*

A: *“E a polícia leva?”*

B: *“Ah, a polícia leva sim. Com a mãe... ordem de mãe é mãe. Eu mando é botar no camburão. Eu digo assim: “tem espaço aí, não? Abre aí a gaveta e taca ela pra dentro”.*

Autora: *“Então a senhora já conseguiu acionar a justiça.”*

A: *“Eu acho que é porque ela já fez o B.O.”*

(...)

Autora: *“Pera aí, deixa eu ver... deixa eu ver aqui. A sra já fez B.O.”*

B: *“Muitos.”*

Autora: *“E a sra nunca fez.”*

A: *“Ele diz q só leva se tiver o B.O.”*

Autora: *“(...) pronto aqui, ela falou: eu consigo a ajuda da justiça porque eu fiz o B.O., né? E a senhora diz: eu não consigo porque eu nunca fiz.”*

B: *“Eu faço é logo.”*

A: *“Eles dizem assim: se ela tirar alguma coisa de dentro de casa, ela é dona também, não tem nenhum problema.”*

Outra possível fonte de apoio e ajuda que também se mostra precária é o apoio familiar. Os idosos demonstraram ser os principais responsáveis no cuidado com os dependentes, cujo grau de parentesco predominante era de filhos, mas também figuravam netos, sobrinhos e até noras. Aqueles que relataram ter ajuda familiar nesses cuidados esclareceram que esta vinha do núcleo familiar mais próximo, geralmente outros filhos, e que nem sempre estava disponível, o que sugere um padrão interacional rígido, já observado em famílias de alcoolistas, baseado numa complementaridade disfuncional de papéis onde um membro da família torna-se “superresponsável” a medida que os demais, especialmente o dependente químico, funciona cada vez mais irresponsavelmente (RAMOS, 1997), este padrão aliado à tendência dos idosos ao isolamento paulatino em relação ao apoio da família e dos iguais, compõem um cenário nada favorável a um envelhecimento saudável (KRESTON, BEPKO, 1995).

Por sua vez o apoio comunitário, especificamente da vizinhança, se mostra muito variável. Enquanto que alguns relataram experiências de apoio, proteção e ajuda por parte dos vizinhos, outros externaram experiências opostas nas quais a comunidade próxima se exime de qualquer atitude para com a situação, muitas vezes por medo de envolver-se com o usuário ou traficantes. Também foi bastante presente os relatos de que os vizinhos adotam uma postura de chacota e depreciação diante da situação.

D: *“Os vizinhos faz é fazer mangofa, acaba é atrapalhando.”*

A: *“Os vizinhos tem é medo.”*

Autora: *“Quer dizer que esses outros (vizinhos), eles fazem é mangar?”*

A: *“Não. Na minha não manga não. Eles não mangam não. Mas também n...”* (faz sinal negativo com a cabeça)

(...)

Autora: *“Quer dizer que a vizinhança... ela pode tanto ajudar, né? Como no caso de I, no caso ali de B, né? A vizinhança ajuda vocês?”*

F: *“Não.”*

Autora: *“Não, né? Como pode também só mangar, né?”*

D: *“Ignorar.”*

Porém, mesmo quando há um apoio da comunidade, este provoca nos idosos sentimentos ambíguos já que, mesmo podendo contar com este apoio, as situações vexatórias da família são expostas publicamente trazendo à tona sentimentos de vergonha diante da opinião pública. Assim, as respostas ao acionamento deste apoio são instáveis, podendo gerar tanto um efetivo auxílio quanto uma maior exclusão e sentimento de vergonha. O que neste

último caso reforça o isolamento e o silêncio diante dos sofrimentos vivenciados pelos participantes.

Até o momento todos os desafios elencados, apesar de serem agravados pela condição de idoso do cuidador, são desafios potencialmente presentes em qualquer família com um membro dependente químico. No entanto, observamos ainda um desafio que parece ser mais específico para um indivíduo na terceira idade. Erikson (1963) define como tarefa normativa para a terceira idade a construção de um senso de integridade do self a partir de uma avaliação e aceitação de suas vidas sem o qual arrisca-se cair em desespero diante da incapacidade de reviver o passado e refazer suas escolhas. Mas para os idosos participantes deste estudo esta parece ser uma tarefa bastante dificultada, já que estes enxergam na pessoa do dependente químico uma constante frustração do investimento feito durante toda a vida para o desenvolvimento do ente querido.

B: *“A gente gasta com doença, com estudo, com tudo, pra aqueles filhos ser muito bom pra quando acabar... se transforma num cachaceiro, numa cachaceira, humilhando a gente (...)”*.

Fica muitas vezes implícito nas falas não apenas o sentimento de desgosto, mas também de fracasso no papel de pais, avós ou responsáveis. Numa fala emocionada E ao relatar uma discussão com a filha a respeito de um presente por ocasião do dia das mães deixa entrever esta sensação de fracasso.

E: (...) *“Olha eu não quero nada, o que eu queria era você ser amor, filha. Eu não lhe criei assim não”*.

Autora: “A senhora. Está se sentindo assim... angustiada por isso?”

E: *“Tô. O povo bate. Já atiraram nela.”*

Diante de tais sentimentos, sem uma rede de apoio confiável e à mercê de violências e preocupações o caminho destes idosos encontra-se pavimentado de desafios, o que nos lança diante da questão: quais os recursos que estes utilizam ao longo destes desafios?

RECURSOS

Apesar de verificarmos que o apoio familiar, comunitário e institucional ainda deixa muito a desejar, devemos aqui também admitir que os participantes relataram conseguir ajuda

através de pelo menos um destes meios, o que, bem ou mal, os coloca como recursos utilizados no enfrentamento da situação de dependência química.

Além disso, embora muitas vezes o apoio institucional exija trâmites que dificultem seu acesso, os idosos assumem uma postura ativa de tentar acessar esta esfera através das habilidades sociais que já desenvolveram, como a habilidade de estabelecer laços de amizade, como explicitado na fala de B, por exemplo.

B: *“A polícia é toda minha amiga. Eu digo: “ei, é a detetive”...”*

O apoio da comunidade também parece estar ligado a essas habilidades, pois os participantes que relataram obter este apoio também demonstraram em suas falas que tinham um bom relacionamento com os amigos e vizinhos para além das situações em que solicitaram sua ajuda.

Autora: *“A senhora disse assim, que procura... as pessoas gostam da senhora, brigam pela companhia da senhora, né?”*

E: *“Briga”.*

Autora: *“E a senhora vai atrás disso.”*

E: *“Vou.”*

Autora: *“A senhora convive, a senhora tá sempre com as suas amizades...”*

E: *“Ou vai ou quebra.”*

Autora: *“Tenta se aproximar, né? A senhora se sente fortalecida quando está perto dela.”*

E: *“Onde elas vão elas me levam.”*

Um recurso que esteve presente quase que unanimemente nos discursos, e nos quais figurou em posição de destaque frente a outros, foi a fé religiosa. Esta era citada como fonte de todos os demais recursos e mais: o único plenamente acessível e confiável. Foram relatados dentro deste universo, novenas e orações em prol da recuperação dos familiares depois das quais, segundo os idosos, sempre havia uma melhora. Alguns recorreram aos tradicionais rezadores, embora com resultados, segundo eles, não tão satisfatórios. Mas, para além da recuperação em si, as orações, programas religiosos e missas foram relatadas como uma rica fonte para o desenvolvimento das habilidades pessoais necessárias aos desafios encontrados. Um bom exemplo é o depoimento de C, a seguir, onde se pode perceber uma importante reflexão sobre sua vida e necessidade de integridade do self desencadeada a partir de um programa de rádio religioso.

C: *“Hoje eu escutei... aquele padre que fala...”*

Autora: *“Manzotti?”*

C: *“Sim, sim. Ele pediu tanto para quem estivesse com problemas pedir a Deus Pai alegria pra sua vida, esquecer a vida ruim que passou e fosse pensar só no futuro pra ter uma vida boa, uma vida feliz. Ô, como eu fiquei tão feliz quando eu escutei essas palavras! Porque realmente é o que eu estou precisando, de alegria, minha vida se transformar, mesmo nessa idade, não se transformar em tudo que é possível... em tudo que existe, mas no que for possível, pra quando eu terminar com meus dias de vida não ser com tanta gastura, com tanta agonia, com tanta tristeza que eu sinto dentro de mim. Porquê? Pelo passado. (...) Eu tenho fé em Deus, Jesus Misericordioso, que vai transformar minha vida, que vou ser uma pessoa feliz, mais um pouquinho alegre e aceitar as coisas que não fiz, mesmo tendo direito a fazer, não fiz.”*

A prática religiosa, ao se constituir para os idosos como uma ação efetiva, acaba por lhes oferecer um senso de controle diante da situação, mitigando assim as preocupações geradas pelo dependente. Ou seja, se lhes é impossível impedir que o familiar saia para consumir a droga e assim ficar exposto a toda sorte de perigos, é possível rezar pedindo proteção para o mesmo e, crendo na efetividade desta proteção, tranquilizar-se. Era possível observar antes, depois e algumas vezes durante os encontros trocas de informação entre os participantes a respeito de santos padroeiros para cada tipo de situação, novenas consideradas mais efetivas e orações.

Autora: *“(...) você tava dizendo: “o medo destrói a gente”. (...) o que é que pode ajudar vocês a não sentir tanto medo?”*

A: *“Só rezar, né? A gente reza e Deus ajuda mais, a gente se acalma.”*

Autora: *“Só rezar?”*

A: *“(...) Eu tenho fé em Deus. Peço a Deus pra me dar coragem aí vou levando.”*

C: *“Eu peço que Deus me guie.”*

A: *“Eu agradeço todo dia a ele por eu estar com essa coragem.”*

Não obstante a importância deste recurso, cabe aqui a ressalva da peculiaridade geográfica posto que sertão nordestino contou desde os tempos coloniais com a influência da religião católica em vários aspectos da vida cotidiana. Para o sertanejo as festividades e rituais católicos organizavam a vida social das populações e a ideologia religiosa cumpria a função de lenitivo diante dos sofrimentos, especialmente para as camadas mais pauperizadas do sertão, para as quais eram reservados os aspectos mais cruentos das desigualdades sociais e das variações climáticas. Fundada neste contexto, Juazeiro do Norte contou ainda com a influência marcante do Padre Cícero Romão Batista, que dedicará sua vida a um trabalho de missionamento e pastoreio dessas populações sertanejas, através do qual alcançou fama em

todo o sertão por acolher e aconselhar os que o procuravam, especialmente os pobres e desvalidos. Estes, atraídos pela crescente prosperidade do lugar e pela crença de ser aquela uma terra abençoada, emigram de todos os lugares do sertão para Juazeiro do Norte, que posteriormente se tornará um dos maiores centros de romaria do país, para o qual convergem anualmente, até os dias de hoje, milhares de romeiros movidos pela devoção ao Padre Cícero, considerado por muitos como santo e ao qual atribuem diversos milagres. Neste trabalho de orientação espiritual, o “Padrinho Cícero”, como é chamado por seus devotos, lega a devoção ao Sagrado Coração de Jesus e à Virgem Maria, bem como diversas orações diárias (BARROS, 2008), ainda hoje observadas por uma grande parcela da população, que ainda conta em seu segmento mais idoso com testemunhas oculares dos ensinamentos do Padre Cícero.

Por fim, percebemos que a participação em grupos de convivência e atividades específicas para idosos também se mostrou um recurso importante utilizado pelos idosos. Mesmo que os serviços oferecidos não sejam voltados especificamente para a problemática em questão estes acabam por propiciar um espaço de interação entre iguais onde podem estabelecer relacionamentos saudáveis, saindo da rotina perturbadora que encontram em seus lares. A partir desses espaços também podem aproximar-se de profissionais que possam tirar dúvidas, passar informações e orientá-los a respeito de procedimentos e decisões, e por vezes acompanhá-los. Verificou-se que esta participação propicia um sentimento de segurança diante das situações de risco vivenciadas, os idosos sentem que se lhes acontecer algo mais grave terão a quem pedir ajuda ou sentirão sua falta no grupo e procurarão saber o que está acontecendo.

Autora: “Quando vocês vêm pra cá, isso ajuda vocês a diminuir esse medo?”

A: *“Ajuda porque a gente conversa muito, aí fica bem aliviado.”*

C: *“Sempre encontra palavras que ajudam a gente a se preocupar menos.”*

(...)

A: *“Mas eu já sofri mais, agora eu tô sofrendo... depois que eu vim pra aqui eu tô sofrendo muito menos. Porque eu preencho muito o meu tempo aqui, aí eu tô sofrendo menos. Eu não penso em nada quando eu tô aqui.”*

(...)

A: *“Quando eu conversar com ela (A assistente social do CRI) aí eu vou ver o que é que eu faço, se eu alugo uma casa pra mim ou se eu alugo uma casa pra você. Aí ela: “deixe pra lá”. (...) ela (a filha) tem medo, ela tem um pouquinho de medo.”*

Autora: “Então de certa forma acabou sendo uma forma de você se defender.”

A: “*Justamente, é.*”

Autora: “Quando você vem pra esse lugar, que a pessoa sabe que você tá sendo acompanhada, que tem alguém prestando atenção em você...”

A: “*Justamente.*”

Essa expectativa de ajuda, no contexto específico do CRI, não é totalmente infundada, pois os idosos em questão são extremamente assíduos, participam de diversas atividades e costumam justificar suas faltas, além disso em algum momento já haviam informado a ocorrência de algumas situações de violência para a equipe e, portanto, no caso de uma falta prolongada seria difícil para a equipe não perceber e procurar investigar.

Além disso, como participantes assíduos desses serviços, os idosos aumentam suas chances de acessarem serviços específicos para sua problemática, como foi o caso das reuniões que resultaram neste estudo, das quais demonstraram conseguir um bom aproveitamento das discussões e efetiva melhora na qualidade de sua vida diária. Durante a atividade proposta no último encontro, foi solicitado que as participantes expressassem em forma de estátuas vivas como se sentiam antes dos encontros e como estavam se sentindo ao final deles. Todas as posturas que retratavam o antes refletiam desânimo, tristeza e ansiedade, enquanto que as que retratavam o estado atual demonstravam uma atitude mais leve, aberta e descontraída, posteriormente as participantes externalizaram o desejo de prosseguir com os encontros.

Verificamos que, se os recursos de apoio são instáveis e escassos, os idosos, por sua vez, adotam comportamentos que visam extrair o máximo de benefícios deles. Portanto, apesar de se constituírem como um grupo com várias vulnerabilidades, este apresenta-se também como capaz de analisar suas possibilidades de ajuda e agir pró-ativamente no sentido de aproveitá-las ao máximo.

CONCLUSÕES

Ao fim deste trabalho encontramos um quadro preocupante para os idosos que convivem com dependentes químicos. A fragilidade do apoio familiar e comunitário, a falta de preparo dos órgãos e agentes públicos para lidar com a situação de drogadição e de violência contra o idoso compõem um ambiente externo que não favorece o enfrentamento

das situações de exclusão e sofrimento vivenciadas e não propiciam um ambiente de promoção dos direitos do idoso.

No âmbito pessoal o desejo de proteger e promover a recuperação do familiar acaba por fomentar a adoção de comportamentos e atitudes que culminam na exposição dos idosos a situações de risco e torná-los particularmente vulneráveis à violências, em especial a financeira. A preocupação constante com a segurança do dependente também é um importante fator de fragilização da saúde, já comprometida, dos mesmos. No que se refere a qualidade do relacionamento entre o dependente e o idoso verificamos que as constantes desqualificações à pessoa do idoso e depreciações a seus valores acabam por minar sua auto-estima e alimentar uma sensação de fracasso quanto a família, o que dificulta uma avaliação positiva da vida e uma aceitação dos erros passados tão importante nesta fase do desenvolvimento.

Porém, também verificamos que, por mais instáveis que se apresentem, a sociedade oferece sim algumas fontes de apoio que estes idosos procuram acessar e diante das quais adotam comportamentos que acabam por propiciar o máximo de aproveitamento desta ajuda.

O apoio na religião se mostrou como um dos mais significativos no discurso dos idosos, apresentado como fonte segura para obter melhoras no comportamento dos familiares e alívio para as preocupações e angústias. A participação em grupos de convivência e atividades para idosos também figurou como fonte de alívio para o sofrimento psíquico e aumento da sensação de segurança, bem como possibilidade de aumento das chances de acesso a serviços voltados para este público específico, como foi o caso deste estudo.

Assim concluímos que é urgente a melhoria dos serviços públicos, não só no atendimento do dependente químico, mas também no apoio a seu sistema familiar, sendo imprescindível que se observe um maior cuidado quando verificado a presença de idosos no mesmo. Apontamos também como de grande valia políticas de informação e promoção dos direitos dos idosos a fim de contribuir para a formação de uma cultura de apoio a esta parcela da população. No que se refere aos serviços voltados para idosos é crucial a atenção dos profissionais envolvidos para a identificação destas situações e desenvolvimento de serviços que correspondam às necessidades específicas das mesmas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vera Lúcia V; GONÇALVES, M. P. & LIMA, T. G. **Direitos humanos e pessoa idosa**: publicação de apoio ao Curso de Capacitação para a Cidadania: atenção e garantia dos direitos da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

BARROS, Luitgarde Oliveira Cavalcanti. **Juazeiro do Padre Cícero**: a terra da Mãe de Deus 2 ed. Fortaleza: IMEPH, 2008

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2005.

_____. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004

DELGADO, Guilherme C.; CARDOSO JR, José Celso: **O idoso e a previdência rural no Brasil**: a experiência recente da universalização. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0688.pdf. Acesso em: 20 jul. 2013

ERIKSON, Erik Homburger. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1963

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de Inspeção a instituições de longa permanência para Idosos (ILPIs)**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2008.

_____. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf 02 08 2013. Acesso em: 1 set. 2013

COSTA, Liana Fortunato. Reuniões multifamiliares: condição de apoio, questionamento e reflexão no processo de exclusão de membros de família. **Ser Social**, nº 3, jul- dez 1998, Brasília, DF UNB. p.245-273.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**: 2000. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf f. Acesso em: 20 jul. 2013.

KRESTON, Jo-Ann; BEPKO, Cláudia. Problemas de alcoolismo e ciclo de vida familiar: In: CARTER, B. ; MCGOLDRICK, M. (Org.) **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. Cap.20, p.415-439.

KUCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**, Brasília, DF v. 27, n. 1, Abr. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos**: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005

RAMOS, Sérgio de Paula. et al. **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SARTI, Cynthia Andersen. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres, 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. Campinas: Papirus, 2002.