



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
UNIPAMPA**

AUTORA: ADRIANE GUEDES MEDEIROS EIDELWEIN

**SAÚDE MENTAL E ENVELHECIMENTO: EM PAUTA O USO ABUSIVO DE
ÁLCOOL POR IDOSOS ATENDIDOS NO CAPS AD III EM SÃO BORJA/RS**

**São Borja
2017**

ADRIANE GUEDES MEDEIROS EIDELWEIN

**SAÚDE MENTAL E ENVELHECIMENTO: EM PAUTA O USO ABUSIVO DE
ÁLCOOL POR IDOSOS ATENDIDOS NO CAPS AD III EM SÃO BORJA RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Elisângela Maia Pessoa

Adriane Guedes Medeiros Eidelwein

**SAÚDE MENTAL E ENVELHECIMENTO: EM PAUTA O USO ABUSIVO DE
ÁLCOOL POR IDOSOS ATENDIDOS NO CAPS AD III EM SÃO BORJA RS.**

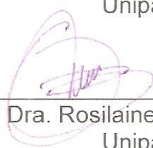
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço
Social da Universidade Federal do
Pampa, como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em
Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 08/12/2017.

Banca examinadora:



Prof.^a Dra. Elisângela Maia Pessoa
Orientadora
Unipampa



Prof.^a Dra. Rosilaine Coradini Guilherme
Unipampa



Prof.^o Dr.^o Jocenir De Oliveira Silva
Unipampa

Dedico este trabalho aos meus familiares e amigos (as) que me apoiaram na minha trajetória de estudo, fortaleceram-me com palavras de apoio, aos meus professores (as) que desempenharam um trabalho que hoje me tornou segura no âmbito do Serviço Social. Todo aprendizado é rico para o conhecimento pessoal e profissional.

“Na vida somos um ser existente onde podemos somar um para com outro, transforme a si mesmo, sonhe, busque por objetivos que te encante, enquanto pessoa”.

Adriane Guedes M. Eidelwein (2017).

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar agradeço a Deus, meu bem maior, a fé fez parte da minha trajetória de vida, e sempre fara. Aos meus familiares que sempre nos momentos de angústia me deram a força para continuar, e ao esposo Márcio Eidelwein.

A minha orientadora Prof.^a Dra. Elisângela Maia Pessôa, que com seu método de ensino contribuiu para um aprendizado e conhecimento para vida; durante minha formação me oportunizou espaços ricos como o projeto Envelhecer, o qual abriu portas para participar posteriormente de outros. Isso marcou, pois foi com sua contribuição que me fez crescer, para ser uma futura profissional qualificada e com experiências.

Ao Prof. Dr. Jocenir de Oliveira Silva, que me proporcionou troca de saberes, assim como oportunidade de fazer parte de seu projeto de extensão Rodas de Conversas no CAPS AD III. A Prof.^a Dra. Rosilaine Coradini Guilherme, tive o prazer de participar de suas aulas e eventos de seu projeto de extensão, sua prática contribuiu aos alunos e alunas para grande aprendizado. E agradeço a todos aos professores (as) do Curso de Serviço Social que todos de certa forma contribuíram para minha formação.

A todos (as) os (as) colegas de curso especialmente, Aline Benites, Fernanda Nólíbos, Flávia Prado, Marivane Borges...

Assim com agradecimento à assistente social Ana Paula da Rosa da Instituição CAPS AD III. E todas as minhas amigas (os).

Amigas Alessandra Ribas, Bianca Anger, Naira Cardoso, Thais Brodt, Silvia Sasso...

Resumo:

O presente trabalho de Conclusão do Curso em Serviço Social traz como tema de discussão Envelhecimento, Saúde Mental e uso abusivo de álcool. Tem como objetivo geral analisar como está constituído o atendimento em Saúde Mental ao Idoso que faz uso abusivo de álcool no CAPs AD III do município de São Borja. O estudo torna-se relevante à medida que indica a necessidade de atendimento especializado ao idoso que faz uso abusivo de álcool respeitando as singularidades pertinentes ao processo de envelhecimento. Enquanto metodologia optou-se pelo método dialético crítico, a partir de pesquisa qualitativa com recorte documental em produções resultantes do processo de estágio em Serviço Social e Projeto de Extensão Rodas de Conversa no CAPs AD III. A técnica de coleta de dados utilizada foi a de observação direta. Utilizou-se roteiro norteador de questões, assim como registro em diário de campo. A análise foi realizada por meio de análise de conteúdo. O atendimento em saúde mental ao idoso que faz uso abusivo de álcool não está delimitado de forma particularizada, pois os atendimentos são os mesmos independentemente da faixa etária. Quanto aos resultados, consideram-se contributivos para compreensão de como está constituído o atendimento de forma geral no CAPS AD III, o que denota possibilidades de ampliação de olhar quanto à necessidade de atendimento pautado nas singularidades dos sujeitos.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idoso, Saúde Mental, Álcool.

ABSTRACT

The present work of Final Course Assignment in Social Work aims at discussing aging, Mental Health and alcohol abuse. It aims to analyze how the General's Mental health care to the Elderly to make abusive use of alcohol in the AD CAPs III in São Borja. The study becomes relevant as indicating the need of specialized care to the elderly to make abusive use of alcohol while respecting the relevant singularities to the aging process. While methodology it chooses the critical dialectical method, from qualitative research with documentary clipping from the productions resulting from the process of training in Social work and extension project in the Conversation wheels Caps AD III. The data collection technique used was the direct observation. Using guiding questions script as well as field journaling. The analysis was performed using content analysis. The results were contributory benefits for understanding how this constituted the old man answered in CAPS, so the AD III interventions was for the care to understand the conditions of the elderly who attend.

Key-words: Aging, Elderly, Mental health, alcohol.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Equipe de serviços e atendimento prestado pelo CAPS ADIII.....	29
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Constituição de CAPS Brasileiros.....	27/28
Quadro 2 – Possíveis efeitos do álcool de acordo com os níveis da substância no sangue:	32
Quadro 3 - Principais características dos entrevistados.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução dos grupos etários 2000-2030.....	39
Gráfico 2 – Envelhecimento da população idosa:.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD III- Centro de atenção psicossocial álcool e drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

FMUSP- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo

GREA- Grupo Interdisciplinar de Estudo Álcool e drogas

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

NAPS - Núcleos de atenção psicossocial

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNIAD - Unidade de Pesquisa em álcool e drogas

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

AGRADECIMENTO	7
ABSTRACT	9
GREa- Grupo Interdisciplinar de Estudo Álcool e drogas	11
CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 2 – DISCUTINDO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL	19
2.1 Pressupostos históricos e teóricos.....	19
2.2 O uso de álcool e outras drogas.....	30
CAPÍTULO 3 - ENVELHECIMENTO E USO ABUSIVO DE ÁLCOOL	38
3.1 Notas sobre o envelhecimento humano.....	38
3.2 O Idoso e o cenário de uso abusivo de álcool.....	45
CAPÍTULO 4. CONSTITUIÇÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL AO IDOSO QUE FAZ USO ABUSIVO DE ÁLCOOL NO CAPS AD III DO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA	51
4.1 Serviços e Estratégias utilizadas pela instituição para o atendimento em saúde mental.....	54
4.2 O acolhimento dos idosos no ambiente institucional.....	63
4.3 Dificuldades para efetivar o tratamento do idoso que faz uso abusivo de álcool.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
Anexo A: Roteiro Norteador	86

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo tecer considerações sobre os temas: Saúde Mental, Envelhecimento e Uso Abusivo de Álcool, tendo como recorte de análise idosos que frequentam a instituição Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas de São Borja. Torna-se relevante o processo de análise observativa e interventiva – por meio do estágio e projeto de extensão – pois proporcionou identificar como está constituído o atendimento do idoso que faz uso abusivo de álcool.

A aproximação com estudos sobre envelhecimento foi propiciada por meio de inclusão da acadêmica como bolsista do projeto de extensão EnvelheSER em 2016, coordenado pela professora Elisângela Maia Pessôa, em que foi despertada a atenção sobre temas contemporâneos que envolvem o processo de envelhecimento. Com a inserção no CAPS AD III a partir de Junho de 2017, na condição de bolsista e posteriormente estagiária; através do projeto de extensão Rodas de Conversas, coordenado pelo professor Jocenir de Oliveira Silva, e inserção em estágio supervisionado em Serviço Social na mesma instituição, emergiu a discussão em torno do uso abusivo de álcool e outras drogas. Neste sentido surgiu o interesse de unir as duas importantes discussões que resultaram no seguinte problema de pesquisa: “Como está constituído o atendimento em Saúde Mental ao Idoso que faz uso abusivo de álcool no município de São Borja?”.

Assim foi elencado o seguinte objetivo geral de pesquisa, “analisar como está constituído o atendimento em Saúde Mental ao Idoso que faz uso abusivo de álcool no CAPS AD III do município de São Borja, para dar visibilidade às possibilidades de intervenção”. Os objetivos específicos giraram em torno de: indicar quais são os serviços e equipe disponibilizada para o atendimento do idoso que faz uso abusivo de álcool; identificar como ocorre o processo de acolhimento dos idosos no ambiente institucional; verificar quais as estratégias utilizadas pela instituição CAPSADIII, para fortalecimento da Saúde Mental do idoso; e pontuar quais as dificuldades encontradas para efetivar os tratamentos em Saúde Mental ao idoso.

O método utilizado foi o dialético crítico. Este método proporciona analisar a realidade em movimento constante de transformações, que visa um processo investigativo, aprofundado e crítico, ou seja, analisar a realidade que se manifesta em movimento oriundo de transformações, para entender a materialização dos serviços da instituição no CAPS AD III para além no âmbito local saindo da aparência, o que requer tempo e dedicação para se obter um ótimo resultado. Ao pensar no método para esse estudo delimita-se o mesmo como: “caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” (GIL, 2008, p. 27).

As categorias do método que se destacam no projeto foram: historicidade, totalidade e contradição. Na historicidade dos fatos se desvenda a essência dos fatores reais da situação. A categoria historicidade, segundo Pontes (2002) não seria aprender o objeto dentro da dinâmica histórica, mas buscar a historicidade dentro do próprio objeto, tornando-o desta forma como componente do processo histórico e não apenas como resultado, mas sim, como desvendamento de fatores históricos vivenciado nas relações sociais, que contribuíram para os fenômenos presentes no processo de vida do sujeito pesquisado. Já a totalidade:

justifica-se enquanto o homem não busca apenas uma compreensão particular do real, mas pretende uma visão que seja capaz de conectar dialeticamente um processo particular com outros processos e, enfim, coordená-lo com uma síntese explicativa cada vez mais ampla (CURY, 1995, p. 27).

A totalidade abrange um olhar na realidade juntando o todo, contemplando, por exemplo, fatores de uma sociedade em geral que podem refletir ou contribuir para os acessos, ou até mesmo na vida do ser humano. Nesses processos de existência enquanto ser social muitas vezes deparamo-nos com situações contraditórias, como fator que se contradiz com posições contrárias, que podem pensar que saúde só é necessário ser pensada quando se encontra em processo avançado de uma enfermidade sem prevenção. Este seria um dos exemplos que pode ocorrer em posicionamento de ideias contrárias. Assim,

A contradição é destruidora, mas também criadora, já que se obriga a superação, pois a contradição é intolerável. Os contrários em luta e movimento buscam a superação, da contradição, superando-se a si próprios. Na superação, a solução da contradição aparece enriquecida e reconquistada em nova unidade de nível superior. Cada coisa é uma totalidade de movimentos e de momentos que se envolvem profundamente,

e cada uma contém os momentos e elementos provenientes de suas relações, de sua gênese e de sua abertura (CURY, 1995, p. 30).

Quanto à categoria contradição¹, Marx (1972, p. 229) dizia claramente que “o Capital mesmo é a contradição em processo, pelo fato de que tende a reduzir a um mínimo o tempo de trabalho, enquanto por outro lado põe o tempo de trabalho como única medida e fonte da riqueza”. Nesse sentido, trava-se uma luta de contrários, de rebeldia e superação da contradição.

Ao pensar as três categorias do método para o tema do trabalho, procurou-se dar luz à dimensão da historicidade quando se buscou a trajetória histórica da saúde mental, a partir de recorte temporal focando na reforma psiquiátrica e sanitária, para busca da compreensão em torno da conjuntura social, econômica e política que materializa o pensar atual sobre saúde mental. De forma simultânea, para sair do universo do consumo de álcool por parte dos idosos que frequentam o CAPS AD III no município de São Borja, buscou-se uma totalidade maior ao problematizar o uso de drogas, assim como a legislação e as políticas executada no âmbito da Saúde Mental. Este movimento constitui um exercício de sair do particular para o universal buscando totalidades maiores para o entendimento do objeto. Da mesma forma, buscaram-se discussões em torno do processo de envelhecimento e questões que pudessem contribuir com a busca pelo consumo de álcool. Tanto o olhar sobre a saúde mental, quanto às questões que envolvem o envelhecimento, revelaram que esse cenário é contraditório, de luta de contrários, pois ao mesmo tempo em que se conquistaram direitos outros ainda não se materializaram. Porém, foram percebidos movimentos de resistência por meio de movimentos sociais e de classes trabalhadoras.

As questões contraditórias estão presentes nas relações sociais, no entanto, profissionais ao se depararem com essas questões (relações de poder, falta de acesso a direito, etc.) podem pensar estratégias de resistência que atendam as necessidades dos sujeitos. É importante compreender que a contradição faz parte do processo, mas que deve ser superada. A partir das reflexões do capítulo dos resultados na instituição CAPSADIII pontuam-se sugestões para busca de atendimento ampliado abrindo oportunidade para atendimentos que perpassem um

¹ “Gostaria de iniciar, portanto, com a seguinte precisão semântica: “contradição” vem a ser, para Hegel, ou insuficiência, ou insuficiência superada (contradição na síntese), ou ruptura. Cada um desses sentidos pode ter tanto uma aplicação à esfera do pensamento e da linguagem como à esfera do real” (LUFT, 2001, p. 151).

olhar diferenciado para aquele que envelhece na busca de atendimento equitativo que respeite a particularidade dessa fase da vida.

Foi realizada pesquisa qualitativa, que objetiva trazer resultados que se relacionem com a concreticidade dos fatos existentes no modo de vida dos seres humanos. A pesquisa qualitativa traz significado, para elaborar o que se deseja desvendar e para que isso ocorra o processo de conhecimento tem que ser sucessivo, aprofundando questões relacionais do cotidiano de vida dos sujeitos. Destaca-se que no que se refere às pesquisas qualitativas, é indispensável ter presente que “muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetória de vida, [...] o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um interesse em vivenciar a experiência da pesquisa” (MARTINELLI, 1999, p. 25).

Dando ênfase à importância da utilização do suporte complementar, ocorreu levantamento bibliográfico, o que disponibilizou a articulação teórico-prática. Esse recorte de apoio secundário produziu fundamentação para os resultados da pesquisa qualitativa. Foram coletados dados em livros, teses, artigos, etc. que tratam do tema Envelhecimento, Saúde Mental e Uso abusivo de álcool.

Referente ao método de procedimento, a presente investigação busca responder as questões norteadoras por meio da pesquisa exploratória. Segundo Minayo (2008, p. 26), “a fase exploratória consiste na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo”. O método foi realizado com prévia ideação, pensando em estudo aprofundado com construção de projeto de TCC.

Destaca-se que a pesquisa documental é semelhante à pesquisa bibliográfica. “A única diferença entre ambas está na natureza das fontes [...] a pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam ainda um valor analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com a pesquisa” (GIL, 2007, p. 66).

Os documentos utilizados para análise da documentação foram produzidos no processo de estágio supervisionado em Serviço Social e os produzidos na experiência do projeto de extensão e rodas de conversa no CAPS AD III. Sendo assim os documentos utilizados foram: análise institucional, projetos, relatórios, diário de campo, e outros pertinentes aos objetivos do projeto. Como instrumento de coleta de dados da pesquisa documental, foi utilizado roteiro norteador (Anexo A).

Outra técnica de coleta de dados que foi utilizada foi a observação direta. Segundo Gil (2007), observação apresenta como principais vantagens, em relação a outras técnicas, chegar a ser consideradas como método de investigação. Considerando que observação direta proporciona a experiência na investigação da pesquisa, ou seja, usar esse método foi necessário durante a inserção no estágio. Pois o método observacional e experimental e proporcionou um método onde foram observados os seguintes aspectos: rotinas das atividades, constituição da equipe, responsabilidades profissionais, processo de acolhimento do idoso, serviços disponibilizados, dificuldades expressas nos atendimentos, assim como expressões significativas que emergiram na fala de profissionais ou idosos mediante as atividades presenciadas. Para registro das observações foi utilizado diário de campo próprio para o processo da pesquisa.

Os dados foram sistematizado a partir da análise de conteúdo. Segundo Gil (2009), a análise de conteúdo, tem por finalidade a descrição objetiva. Conforme metodologia de Gil (2009) compreende três fases: “(a) pré-análise; (b) exploração do material; e (c) tratamento dos dados, inferências e interpretação” (BARDIN apud GIL, 2009, p. 165). Cada fase se organiza da seguinte forma:

A pré-análise é a de organização. Inicia-se geralmente com primeiro contato com documento (leitura flutuante). A seguir, procede-se a escolha dos documentos, à formulação de hipótese e à preparação do material para análise. A exploração do material [...] tem como objetivo administrar sistematicamente as decisões tomadas na pré-análise. Refere-se fundamentalmente às tarefas de codificação, envolvendo: o recorte [...] a enumeração, e a classificação. O tratamento dos dados a inferência e a interpretação, por fim, objetivam tornar os dados válidos e significativos. Para tanto são utilizados procedimentos estatísticos que possibilitam estabelecer quadros, diagramas, figuras que sintetizam e põem em relevo as informações obtidas (GIL, 2007, p. 165).

A importância dessa pesquisa reside em contribuir com estratégias ao atendimento, assim como dar visibilidade às ações executadas ao atendimento do idoso que frequenta o CAPS AD III. O recorte no segmento idoso torna-se importante considerando o aumento da expectativa de vida da população idosa. Saúde é um dos processos importantes para bem-estar físico e mental, o ser humano necessita de saúde de forma ampliada para busca da dignidade humana, portanto, o acesso deve ser universal e de direito de todos. Com base nisso, o

atendimento deve ser digno a todo gênero humano sem distinção de raça ou faixa etária.

Destaca-se que este trabalho de conclusão de curso está dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo, optou-se por trazer o processo metodológico do estudo. No Capítulo II, discute-se o processo histórico da Saúde Mental no Brasil com recorte na Reforma Sanitária e Reforma psiquiátrica, tratando a importância que esse contexto teve para possíveis melhoras no âmbito da Saúde em geral, e posteriormente ao atendimento no âmbito da Saúde Mental. Também nesse capítulo há destaque ao cenário do uso abusivo de álcool.

No capítulo III abordam-se envelhecimento e uso abusivo de álcool, a partir de notas introdutórias que trazem pequenas particularidades sobre a questão da velhice e envelhecimento. Pontua-se como está configurado o cenário de álcool no envelhecimento, com destaque aos danos ocasionados, assim como os possíveis motivos que levam ao abuso.

No capítulo quatro apresentam-se os resultados da pesquisa dando visibilidade aos serviços, estratégias, acolhimento e desafios no âmbito de atendimento no CAPS ADIII ao idoso que faz uso abusivo de álcool. Como fechamento do trabalho de graduação foi considerado os fatores abordados no decorrer do trabalho de conclusão de curso, ou seja, em torno do problema de pesquisa.

CAPÍTULO 2. DISCUTINDO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O universo de discussão da política de saúde é amplo, com várias possibilidades de recortes reflexivos. Para esse capítulo realizou-se um recorte de discussão no âmbito da saúde mental destacando a importância da Reforma Sanitária e Reforma psiquiátrica e como essas influenciaram novas possibilidades de atendimento em Saúde Mental.

Destaca-se aspectos importantes sobre a existência da instituição Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD III) por atender demandas relacionadas com danos à Saúde Mental pelo uso abusivo de álcool e drogas. O álcool e outras drogas podem ocasionar vários danos à saúde, geralmente o consumo está atrelado às relações sociais estabelecidas pelos usuários em seu cotidiano social, cultural e econômico, sendo que as determinações sociais podem influenciar o uso abusivo de álcool.

O álcool e outras drogas podem ocasionar vários danos à saúde, como adoecimento mental, debilitação à saúde física considerando na fase da velhice, doenças como cirrose, dentre outras. O consumo está atrelado às relações sociais estabelecidas pelos usuários em seu cotidiano, cultural e econômico, sendo que as determinações sociais podem influenciar o uso abusivo de álcool, refletindo no rompimento de vínculo familiar.

2.1 Pressupostos históricos e teóricos

Ao se discutir Saúde Mental no Brasil, percebe-se que antes da reforma psiquiátrica os sujeitos eram tachados de loucos de forma ofensiva, sem preservação da dignidade humana, sendo estes asilados em hospitais psiquiátricos considerados manicômios. Segundo o documentário sobre o “Hospital Colônia do Brasil”, chamado “Holocausto Brasileiro” (2013), muitas famílias não aceitavam as mulheres mães solteiras; ou ainda, quando patrões engravidavam suas empregadas, estas acabavam sendo asiladas do convívio social como se tivessem problemas mentais. Essas informações são relatadas no documentário a partir da fala de ex-funcionários do hospital. As mulheres internadas, assim como outros sujeitos, eram submetidas a um tratamento desumano, inexistia o pensar sobre possibilidades de prevenção. Muitos chegavam a óbito pelo tratamento de choque.

Não raro eram submetidos a ficar sem vestimentas, a defecar em lugares inadequados, dentre outras formas de tortura. Nesse contexto foi de fundamental a importância a luta de trabalhadores que já não podiam mais presenciar tanta desumanização.

Para compreensão da trajetória histórica da saúde mental no Brasil, a realidade retratada no hospital psiquiátrico Colônia reflete um período de maus tratos, pacientes com adoecimento mental eram considerados “loucos”. A prática executada na área da saúde era clínica, sem pensar em um atendimento coletivo no âmbito da saúde. Torna-se importante destacar a Reforma Sanitária. Segundo Mendes (2011), o movimento da reforma sanitária surgiu em meados da década de 1970, foi principalmente gerado pelo fruto de lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde articulado a movimentos populares na perspectiva de reversão do sistema perverso de saúde. O posicionamento de profissionais na área da saúde tornou-se importante em um período de efervescência da Ditadura Militar (1964-1985)² – época em que havia um significativo descaso com o atendimento na Saúde – assim, médicos, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais na área de saúde passaram a reivindicar posicionamento político para possíveis melhorias e transformação aos atendimentos no âmbito da saúde. O movimento da reforma sanitária se caracteriza como um processo modernizador e democratizante de transformação necessária que contribui para melhorias na área da Saúde, promovendo atendimento com qualidade para a população.

O Movimento Sanitarista, segundo Bisneto (2011), resultou no que chamamos de Reforma Sanitária Brasileira. Segundo Bravo e Matos (2006) para existência da Reforma Sanitária foi e é importante a elaboração de propostas de fortalecimento do setor público no âmbito da saúde. As bandeiras de luta giram em torno do acesso universal, negação da privatização, assim como a saúde de caráter preventivo e não somente curativo, considerando no período da ditadura a partir de 1964 antes da reforma sanitária havia descaso a saúde, considerando o acesso era aos trabalhadores formais, apenas os que contribuíaam ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uma vez que:

²“Após o golpe de 1964, o governo da Ditadura procedeu às reformas no sistema de Saúde e previdência, com o discurso da modernização e racionalização, [...] criando várias clínicas psiquiátricas privadas, através de convênios com Estado, [...] o número de hospício no Brasil teve um grande aumento após 1964” (BISNETO, 2011, p. 22-23).

As principais características do modelo de assistência à saúde, ou da política pública de saúde vigente no período, são o caráter centralizador, curativo e excludente. O acesso aos serviços era restrito aos trabalhadores com comprovação de vínculo empregatício – carteira de trabalho assinada pelo empregador. Considerando que o trabalho informal já era naquele período a ocupação de grandes contingentes populacionais e que crianças e idosos sequer se enquadram nesse perfil, tem-se um quadro acentuado de falta de assistência à saúde de amplas parcelas sociais (COSTA, 2007, p. 86).

Percebe-se que o atendimento estava disponível apenas para uma parcela da sociedade. Na contemporaneidade a luta pelo acesso igualitário à saúde ainda está em andamento, pois mesmo estando em lei o direito universal à saúde ainda não oferta condições dignas a todos de forma equitativa, visto que em um modelo econômico neoliberal ³predomina o interesse pautado em privatizações. A luta para efetivação da prática de ações profissionais na área preventiva ainda está em busca de materialização. Ocorreram conquistas com Reforma Sanitária, mas ainda necessita-se de avanços, pautados em recursos suficientes para atendimento não seletivo na área da saúde, assim como a efetivação de políticas públicas de atendimento.

Um importante marco ocorreu em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A temática discutida foi: “Saúde como Direito de cidadania - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”. Nesta conferência destacou-se a importância de que os princípios da Reforma Sanitária fossem indicados na próxima Constituição Federal. Segundo Bravo e Matos (2006), na 8ª conferência de 1986, através de uma comissão organizadora elaborou-se o relatório final, apresentado para aprovação em plenária consolidando as discussões advindas durante três dias, nos 135 grupos de trabalho. Com 38 delegados e 97 participantes, foi deferido um eixo sobre o tema Saúde como Direito, com destaque para a questão número três, onde foi indicado que o Direito à Saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas e de

³ “O neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte, onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o estado intervencionista e de bem-estar. Seu texto de origem é o caminho da Servidão, de Friedrich Hayek, escrito já em 1944. Trata-se de um ataque apaixonado contra quaisquer limitações dos mecanismos de mercado por parte do estado, denunciada como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política” (ANDERSON, 1995, p. 9). O modelo econômico Neoliberal prima por aspectos que se relacionam com as ideias politizadas, onde o interesse predomina a classe burguesa, com predomínio de políticas de privatização de empresas, relação com mercado globalizado de interesses de vendas internacionais, gerando grande potência para desenvolvimento de produção capitalista, tornando-se um modelo econômico avassalador do modo de produção capitalista.

acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de Saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano.

Nesse sentido avançou-se democraticamente na área da Saúde a partir da constituição federal de 1988 com a indicação do tripé da Seguridade Social: Previdência, Saúde e Assistência Social, e posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde por meio da Lei⁴ 8.080. Segundo a Constituição Federal (1988) no artigo 196, a saúde passa a constituir um direito geral, cuja responsabilidade é atribuída ao Estado, garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s.p.). Essa nova legislação tornou-se um avanço à medida que, segundo Gallo e Nascimento (2011) o sistema nacional de saúde instituído pós-1964 seguiu um modelo autoritário e burocrático, com resquícios que refletem na forma de atuação na área da saúde na contemporaneidade. Destaca-se ainda que:

O projeto de reforma sanitária, ainda que tenha partido de intelectuais do setor, visa atender principalmente as necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses de grandes empresas privadas e das multinacionais da área da Saúde. Nesse sentido, a luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes do país (GALLO, NASCIMENTO, 2011, p. 93).

Essa luta de classe, em geral, sofre com o poder hegemônico da classe burguesa, onde os interesses dominantes são voltados para o mercado desfavorecendo a classe menos favorecida, ou seja, a classe trabalhadora. Assim, a proposta de reforma sanitária visa atender a saúde da sociedade em geral. Destaca-se que a ampliação ao direito à saúde, bem como o acesso, oportunizou maior participação da população. Neste sentido, as pessoas com sofrimento psiquiátrico, que historicamente não vinham sendo atendidas em suas necessidades, passaram a reivindicar e acessar maior número de direitos e benefícios.

Resulta deste processo a construção da chamada Reforma Psiquiátrica. Segundo Bisneto (2011), o número de hospícios teve grande aumento após 1964, com as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar que

⁴Desde 1990, com a aprovação da Lei 8.080, que institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliou o conceito de saúde para além da dimensão curativa (ABREU *apud* BISNETO, 2011, p. 38). A aprovação dessa lei visou promoção, a proteção, recuperação da saúde de forma geral.

deu ênfase à administração centralizada e privatização do atendimento médico. Esses atendimentos eram pagos através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado na década de 1960, com a unificação dos Institutos de aposentadoria e pensões. O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos de setor privado em prol dos interesses de grandes empresários, tratando a doença mental como objeto de lucro, sendo assim, a saúde mental vista como mercadoria, dando margem ao enorme aumento de vagas para internações em hospitais psiquiátricos, principalmente os privados.

Assim como a reforma sanitária, a reforma psiquiátrica, em 1970, reuniu várias correntes da psiquiatria, serviço social e psicologia por meio de movimentos dos trabalhadores da Saúde Mental que organizaram congressos em níveis regionais e nacionais na década de 1980, os quais deram força ao chamado Movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE *apud* BISNETO, 2011). As pessoas com sofrimento psiquiátrico, que historicamente não vinham sendo atendidas em suas necessidades, passaram a reivindicar também direitos. A importância da Reforma Psiquiátrica contribui para analogia de práticas executadas na contemporaneidade gerando possíveis melhorias aos atendimentos.

Segundo Vasconcelos (2006) a periodização da história e dos avanços da Reforma psiquiátrica no Brasil teve início em 1978, envolta no período de regime ditatorial, o que impossibilitou posicionamento político da sociedade. “Dentro desse [...] se destaca o movimento trabalhadores de Saúde Mental, que inicia um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época” (VASCONCELOS, 2006, p. 23).

Essas mobilizações foram divididas em cinco períodos. O primeiro período (de 1978 a 1982, em São Paulo e Minas Gerais, e de 1978 a 1980, no Rio de Janeiro) com mobilização da sociedade civil contra o Asilamento Genocida e “a Mercantilização da Loucura, das ações integradas de Saúde” (VASCONCELOS, 2006, p. 23). Destaca-se ocorrência de denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto público como privado, onde esses hospitais eram considerados e identificados como campos de concentração. As reivindicações e denúncias por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos geraram resistência em busca de possíveis melhorias no atendimento. Vasconcelos (2006) destaca sobre a importância da expansão de serviços ambulatoriais em saúde

mental, apesar das mobilizações não apresentarem como realmente deveriam ser organizados tais serviços, era nítida a forma desumana de tratamento.

No segundo período (1980, no Rio de Janeiro, e 1982 em São Paulo; e em Minas Gerais, em 1987) ocorre a “Expansão e formalização do Modelo Sanitarista (ações integradas de Saúde e Sistema Único de Saúde)” (VASCONCELOS, 2006, p. 24), assim como a expansão da rede ambulatorial em saúde mental, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. No terceiro período (1987-1992); segundo Vasconcelos (2006), destaca-se o projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços tipo Manicômios. Já no quarto período (1992-1995), determina-se o “Avanço e Consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica”, a “Desospitalização Saneadora” e a “Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial” (VASCONCELOS, 2006, p. 27). Segundo Vasconcelos (2006) o quinto período (1995) demarca limites na expansão da Reforma no Plano Federal tendo em vista as Políticas Neoliberais do Governo FHC, visando somente o crescimento do capital, gerando acirramento do desemprego, miséria e violência social⁵. Destaca-se que:

Tendo em vista o conservadorismo do bloco do poder e a consolidação de uma política neoliberal pelo governo FHC; principalmente após a saída do ministro da saúde Adib Jatene, tivemos no plano Federal um verdadeiro bloqueio às tentativas de avanço da reforma através de novas portarias de Serviços e programas (tais como o programa de apoio à desospitalização - PAD), e um relativo esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental, no Ministério da Saúde (VASCONCELOS, 2006, p. 29).

Segundo Vasconcelos (2006) o Plano Federal tinha interesses Neoliberais já implantados na década de 1990, então tornava o modelo político voltado ao bloqueio

⁵A história da saúde no Brasil se desenrolou, no século XX, em um cenário de contradições e distintos interesses que transitaram do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, chegando ao projeto neoliberal, a partir dos 1980. É uma trajetória que mostra que as políticas de saúde e de saneamento tiveram um papel importante no incremento substancial da penetração do Estado na sociedade e no território do país. Os estudos sobre a formação das políticas de saúde na Primeira República no Brasil (que predominaram desde o final do século XIX até a metade do século XX) tratam sobre a coletivização da proteção até à destituição humana ou sobre a gênese de políticas sociais, demonstrando que esse processo depende da forma pela qual as elites enfrentaram os dilemas e impasses gerados pela interdependência social (MENDES, GARCIA, OLIVEIRA, FERNANDES, 2011, p. 333).

da execução de serviços e programas no âmbito da Saúde Mental, principalmente na coordenação de instituições que trabalhavam no âmbito Saúde Mental e Ministério da Saúde, tornando-se escassa a participação de líderes políticos na Coordenação da Saúde. Em 1999, com a escolha da Dra. Ana Pitta, da Universidade de São Paulo, para fazer parte de uma das lideranças nacionais do movimento de luta antimanicomial e luta pela defesa da Reforma psiquiátrica (PITTA, 1996). A partir disso surgem avanços e conquistas referentes à legislação federal sobre “cooperativadas sociais, para inclusão no trabalho de indivíduos dependentes, e a portaria do Ministério da Saúde sobre serviços residenciais terapêuticos” (VASCONCELOS, 2006, p. 29). Na coordenação de Ana Pitta ocorreram avanços aos direitos do usuário, mas ainda com déficit para realização de novos hospitais psiquiátricos e convencionais.

Fica evidente que o quadro econômico e social de um país influencia no cotidiano da população, agravado pelo fato de que quando há um grande índice de desemprego, miséria, e demais situações – expressões da questão social – causadas pelo modo de produção capitalista vigente no Brasil desgastam-se o modo de vida do ser humano, aumentando incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, etc. Como destaca Vasconcelos (2006), a própria dependência química pode ser gerada via violência estrutural e econômica, assim despontam grandes desafios o campo dos atendimentos em Saúde Mental.

A saúde mental está ligada ao bem-estar social e cultural, assim, é fato a importância das conquistas e avanços existentes na trajetória histórica brasileira com a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica⁶. A concepção da constituição federal de 1988 e os princípios do SUS reforçam a “universalidade da assistência à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, além da descentralização da organização do sistema de saúde” (BISNETO, 2011, p. 38). Segundo a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216 de 2001:

Art. 1º Os direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno Mental, que trata essa lei são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, e

⁶ A título de curiosidade, Bisneto (2011) indica que o número de assistentes sociais na área da Saúde Mental teve índice de aumento na década 1990, pois ao surgirem movimentos sanitários iniciados dos anos 1970, ocorrem nesses movimentos avanços democráticos na área da Saúde expressos na Constituição Brasileira de 1988, com o surgimento do Sistema Único da Saúde.

grau de gravidade (...) Art. 2º Nos atendimentos em Saúde Mental, de qualquer Natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo Único desse artigo, I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de Saúde, consentâneo às suas necessidades (BRASIL, 2001, s/p).

A Saúde Mental compreende estar bem consigo mesmo, saber gerir conflitos, traumas, sofrimento e as dificuldades da vida. Segundo Sampaio (1998), o adoecimento mental tem sido descrita uma síndrome relacionada com fatores psicológicos, absolutizações da autonomia ou da dependência entre psíquico e orgânico um processo genérico de vida. Entende-se que ao se discutir saúde mental ainda pode prevalecer:

uma concepção restrita de Saúde Mental limitada às finalidades, em nível institucional, restringindo a promoção social da Saúde. Criar programas novos de assistência social pode ser negado. A opção de dar tratamento aos pacientes só baseados em remédios é uma decisão da instituição, de acordo, muitas vezes, com concepção de Saúde Mental (BISNETO, 2008, p. 165).

No campo da Saúde Mental foi tardia a preocupação: “observe-se que o Brasil muito se falhou, ética e politicamente para com usuários da Saúde Mental, os quais eram excluídos da sociedade” (PIEVE, 2010, p. 25). Em 1986 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, assim como nesse período surgem os Núcleos de atenção psicossocial (NAPS), considerando os dois resultados do processo da Reforma psiquiátrica (PIEVE, 2010).

Destaca-se que “em 1989, o Deputado Paulo Delgado elaborou um projeto de lei que regulamentava os direitos dos Usuários da Saúde Mental, bem como a extinção dos Manicômios no país” (PIEVE, 2010, p. 27). Paulo Delgado se disponibilizou em favor da proteção e dos direitos das pessoas com adoecimento mental.

Pontua-se ainda a importância da Reforma Psiquiátrica que contribuiu para a analogia de práticas executadas na contemporaneidade gerando possíveis melhorias ao atendimento. Destaca-se novamente que o “projeto da Reforma Sanitária caracteriza-se por sua preocupação de que Estado seja democrático e de Direito e que atue em função da sociedade se responsabilizando pela política de Saúde” (BRAVO, 2007, p. 96).

Destaca-se novamente a “Lei Federal 10. 216, de dezembro de 2001 que garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas” (SENAD, 2013, p. 240).

A aprovação da Lei nº 10.216/01 deu origem à Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Além das mudanças na forma de tratamento, o “doente” mental/paciente, como era até então chamado, passa a ser considerado como um usuário sujeito de direitos, e de seu tratamento. Desta forma, buscaram-se novas alternativas de atenção à saúde mental [...]. Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), bem como dos Hospitais-Dia e das Residências Terapêuticas (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232).

Novas alternativas de atendimento passam a existir na perspectiva de atender as necessidades em trabalho coletivo, que proporcione aos Usuários, o fortalecimento das potencialidades, abrangendo um ângulo no social. Segundo Pieve (2010), os CAPS caracterizam-se por serem serviços para comunidade, e ainda colaboram de forma estratégica para Reforma Psiquiátrica Brasileira, “pois com o surgimento desses serviços de atenção à saúde mental, tem-se a possibilidade da organização de uma rede substitutiva aos Hospitais psiquiátricos” (PIEVE, 2010, p. 34). Esses serviços no Centro de Atenção psicossocial oferecem atendimentos diários às pessoas com transtornos mentais. Na contemporaneidade têm-se vários tipos de atendimento divididos em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD III.

Quadro 01 – Constituição de CAPS Brasileiros

Tipo de CAPS	Característica	Horário de Funcionamento
CAPS I	Atende prioritariamente sujeitos com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais incluindo substâncias psicoativas.	Deve funcionar no período das 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos.
CAPS II	Atende pessoas com intenso sofrimento psíquico; transtornos mentais graves; substâncias psicoativas e pessoas em situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projeto de vida.	Deve funcionar das 08h00min às 18h00min, em 02 (dois) turnos, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h00min.
CAPS III	Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; por determinação do	Devem funcionar 24 horas Inclusive em feriados.

	gestor local; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental.	
CAPS i	Responsável por crianças/adolescentes considerando o ECA com cuidados clínicos contínuos.	Deve funcionar de 08h00min às 18h00min, em 02 (dois) turnos, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21h00min.
CAPS AD II	Prestar supervisão de serviços de atenção usuários de drogas, em articulação como Conselho Municipal de Entorpecentes; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território.	Deve funcionar das 8h00min às 18h00min, em 02 (dois) turnos, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21h00min e manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.
CAPS AD III	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.	24h no intensivo e semi-intensivo das 8h00min às 18h00min.

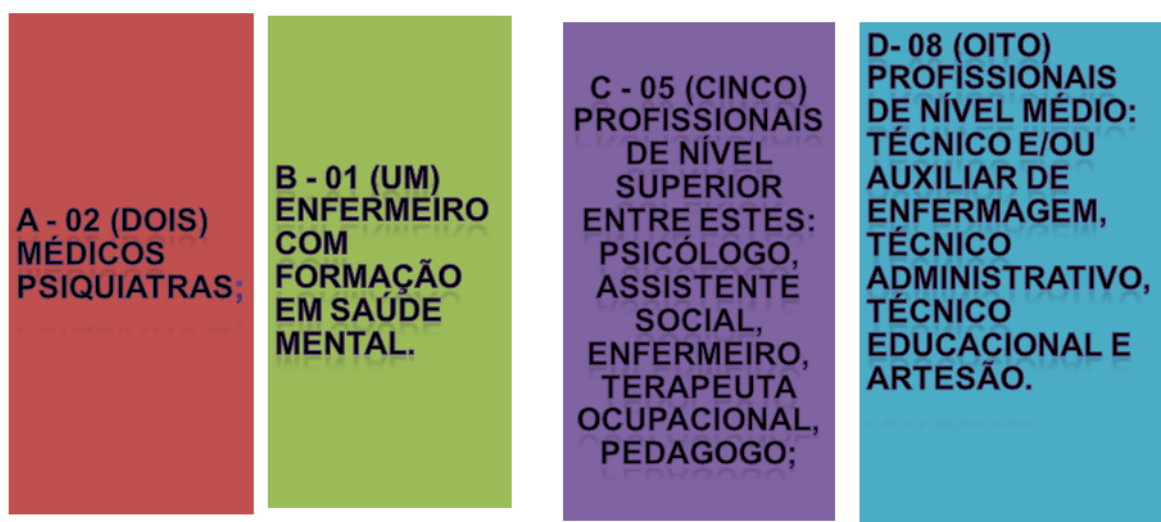
Fonte: Portaria 336/2011 – sistematizado por Andrade (2014) e Autora (2017).

Interessa-se para esse estudo principalmente o recorte no CAPS AD III que é a instituição que desenvolve atendimento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. Quanto à estruturação dos CAPS⁷AD III tem-se o atendimento intensivo, todos os dias da semana com internação ou não de até 15 dias. Há os chamados atendimentos semi-intensivos geralmente em torno de três vezes na semana. E ainda destacam-se os não intensivos que já não necessitam de um atendimento abrangente, e sim, um acompanhamento periódico. Foi idealizado

⁷ A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232).

para atender a uma população de 200 000 a 300 000 habitantes por unidade. Nas capitais dos Estados, todos os CAPS AD II passam a ser CAPS AD III. Em cada região de abrangência, o município sede deverá, através de um plano de ação regional, indicar um hospital geral de referência para o CAPS AD III que funcione como apoio qualificado a usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) Usuários /dia, em regime intensivo, será composta por profissionais citados a seguir:

Figura 1 - Equipe de serviços e atendimento prestado pelo CAPS ADIII



Fonte: (BRASIL, 2004)⁸.

Segundo Costa-Rosa et al (2001), o modo de atenção psicossocial implica a construção de um novo olhar clínico, que vê além do sintoma. Esse novo paradigma caracteriza-se por representar uma referência estratégica em saúde mental,

⁸⁸Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: a - 03 (três) técnico-auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

efetivando-se como um novo modelo, substitutivo ao modelo manicomial. Historicamente os usuários da Saúde Mental já enfrentaram situações que levaram a sofrimentos diversos, como por exemplo, a experiência de tratarem o adoecimento mental como sinônimo de loucura.

Destaca-se que no ano de 2002 o Ministério da Saúde estabelece no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras drogas, com o intuito de edificar uma rede pública para o tratamento desses usuários, enfatizando a sua reinserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Esse programa surgiu através da Portaria 2.197 de 14 de outubro de 2004 possibilitando melhorias na existência no centro de atenção psicossocial álcool e drogas.

No entanto todo trabalho em prol do atendimento em Saúde Mental tem que obter não somente um quantitativo de profissionais adequados, mas uma equipe de trabalho com capacitação profissional. Na área da Saúde Mental o atendimento especializado é de fundamental importância para desenvolvimento psíquico, físico, efetivar estratégia que favoreça o atendimento. A relação profissional tanto diurna como noturno deve girar em torno de acolhimento humanizado. Destaca-se que as bandeiras de luta tanto da reforma sanitária quanto psiquiátrica perduram, pois se vivencia constante processo de avanços e retrocessos que levam à necessidade de busca constante pela reafirmação de direitos.

2.2 O uso de álcool e outras drogas

O estudo aprofundado sobre o uso de drogas aponta que a utilização de substâncias pelos seres humanos tem longa data. Ao relacionar o uso de álcool e drogas, Rocha (2015, p. 53) afirma que:

No Brasil, a utilização de espécies vegetais bioativas é anterior ao Período Colonial, integrando as práticas tradicionais das diversas nações indígenas [...]. Os relatos acerca da flora brasileira iniciaram-se logo após a descoberta. Na carta de Caminha, por exemplo, são citadas espécies vegetais e seus usos, dentre estas o urucum - *Bixaorelana L.* [...] Pedro Álvares Cabral observou entre os povos indígenas o uso de produtos de origem vegetal para alimentação, tratamento de doenças e finalidades cosméticas. Posteriormente, Gabriel Soares de Souza em seu "Tratado Descritivo do Brasil" de 1587, denomina os produtos empregados na medicina indígena como "árvores e ervas da virtude" [...].

Rocha (2015) afirma ainda que muitas espécies vegetais foram levadas da América para a Europa, dentre elas o tabaco, o cacau, a coca, o mate, e inúmeras outras plantas consideradas medicinais. Segundo Nunes e Jóluskin (2007, p. 234), com o mercantilismo expansionista da “Idade Média, e o posterior movimento dos descobrimentos” novos produtos foram sendo introduzidos no comércio de diversos países. Seibel (2001, p. 9) descreve que a “descoberta da América e o contato com as culturas indígenas também serviu para ampliar a farmacopeia europeia”. Um exemplo dado por esse autor seria o caso do tabaco, que foi duramente perseguido, mas posteriormente passou a ser “importante produto de exportação das colônias americanas” (SEIBEL, 2001, p. 9). Carneiro (*apud* OURIQUES, 2016, p. 10) descreve que os vapores do tabaco eram utilizados como sedativos e excitantes, que, “apesar de certas oposições iniciais, conquistaram o conjunto do planeta constituindo-se talvez na droga de consumo mais generalizado no mundo contemporâneo”.

Ao se discutir a questão de álcool e outras drogas torna-se importante indicar que existe uma classificação quanto a drogas ilícitas e lícitas.

A intervenção estatal ao uso de drogas lícitas e ilícitas data do início do século XX, que sobejou em tratados internacionais, legislações específicas, aparatos policiais. Ocorre que passou a intervir nas relações cotidianas das populações pelo dispositivo das políticas sexuais e raciais que fundamentava a ideologia nesse período (GÓIS, AMARAL, s/a, p. 22).

Segundo a SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (2013), as drogas lícitas são as comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a alguma restrição, “como álcool, cuja venda é proibida a menor de 18 anos”, porém liberada a partir dessa idade. Assim como medicamentos que só podem ser vendidos com prescrição médica. Destaca-se que:

O álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais, como cana de açúcar, a uva e a cevada. Suas propriedades euforizantes e intoxicantes são conhecidas desde tempos pré-históricos, e praticamente todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com sua utilização. É, sem dúvida, a droga psicotrópica de uso e abuso mais amplamente disseminados em grande número de países na atualidade (SENAD, 2013, p. 21).

Tratando-se de questão conceitual, segundo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, significa atração pelo psiquismo e drogas psicotrópicas que atuam sobre o cérebro, alterando de alguma maneira o psiquismo. Ao pensar no que é droga, indica-se que

Tem um significado de coisa ruim, sem qualidade. Já em linguagem médica, droga é quase sinônimo de medicamento. O termo droga teve origem na palavra droog (holândes antigo) que significa folha seca; isto porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitas à base de vegetais. Atualmente, a medicina define droga como sendo: qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (CEBRID, s/a. s/p.).

O consumo abusivo de álcool e outras drogas podem ocasionar danos a Saúde Mental e em geral. Os efeitos do álcool se apresentam de diferentes formas conforme cada organismo, apresentando diferenças quanto à forma que está sendo consumido. Conforme a SENAD (2013), quanto ao perigo vai depender do grau e/ou níveis de substâncias no sangue, variando conforme a bebida ingerida.

Quadro 2 - Possíveis efeitos do álcool de acordo com os níveis da substância no sangue:

Baixo	Médio	Alto
<p>Desinibição do comportamento.</p> <p>Diminuição da crítica. Hilaridade e Labilidade afetiva (a pessoa ri ou chora por motivos pouco significativos).</p> <p>Certo Grau de descoordenação Motora. (ausência de coordenação).</p> <p>Prejuízo das funções sensoriais.</p>	<p>Maior descoordenação motora (ataxia).</p> <p>Fala pastosa, dificuldade de marcha e aumento importante do tempo-resposta (reflexos mais lentos).</p> <p>Aumento da sonolência, Com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração.</p>	<p>Náuseas e vômitos.</p> <p>Visão dupla Acentuação da ataxia e da sonolência (até coma).</p> <p>Hiportemia e morte por parada respiratória.</p>

Fonte: Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e liderança comunitária/ Ministério da Justiça, secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. 5 ed. Brasília: SENAD, 2013, p. 22.

O álcool pode ocasionar vários danos à saúde assim como nas relações sociais. Prejuízos a si e aos que convivem. Existem determinantes sociais que podem influenciar o uso abusivo de álcool, como por exemplo, expressões da questão ⁹ social como desemprego, violência, desigualdade, etc., causada geralmente por reflexos oriundos do capital financeiro. Quando se faz um recorte no envelhecimento à situação pode se agravar, uma vez que o ser que envelhece não é mais considerado produtivo, o que poderá também estimular o uso abusivo de álcool e outras drogas inclusive em decorrência da aposentadoria, excesso de empréstimos, sustento das famílias, etc. A partir de relatos observados no CAPS AD III de São Borja, há usuários que relatam que uso de álcool iniciou quando ficaram desempregados e por não terem emprego à família não raro lhes cobram o fato de não dar conta do sustento dos filhos (as), assim como de netos (as).

Com base nessas experiências sabe-se que fatores que giram em torno do modo de produção capitalista, em que há uma divisão de classe desigual, a classe trabalhadora sofre as consequências por não ter acesso a bens e serviços. Em um cenário onde predomina a exploração da força de trabalho gera-se competitividade para quem vende sua força de trabalho, assim a classe burguesa visa o crescimento apenas do capital, onde dinheiro gera dinheiro. Esses fatores de exploração resultam em expressões da questão social de várias maneiras, ocorrendo ainda índice considerável de apropriação da força de trabalho informal.

Em uma sociedade que reproduz fortes valores históricos como Machismo, percebe-se que a culpabilização do homem que não dá conta do sustento sofre repressões que causam sofrimento e adoecimento mental que pode levar ao uso de substâncias psicoativas, agravando seu estado mental. O desafio de cuidar de si mesmo e superar tantas desigualdades trona-se uma batalha. Devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas que alteram significativamente o estado mental, emerge a necessidade de atendimento via Saúde¹⁰ Pública. Conforme apontado

⁹A “questão social” surgiu por volta de 1830. Muitos pesquisadores associam-na à pobreza das massas populares e às desigualdades sociais geradas pelo capitalismo. Defini-la desta forma é, todavia, defini-la por meio das suas expressões, e não do seu núcleo central. A teoria social de Marx e Engels nos fornece um instrumental teórico-metodológico capaz de dar precisão conceitual à expressão “questão social”, definindo-a como a exploração do trabalho assalariado pelo capital e a luta política do movimento operário contra esta exploração e suas múltiplas expressões (CASTELO, 2010, p. 1).

¹⁰ Neste sentido, entendemos que uma política de prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intrassetoriais possíveis aos Programas do Ministério da Saúde, o mesmo ocorrendo em relação a outros

pela SENAD (2013), o uso de drogas percorre milhares de anos, dando continuidade à história da humanidade.

Essa relação do indivíduo com cada substância psicoativa pode [...] ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas pode assumir, também, padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais (SENAD, 2013, p. 45).

O álcool, bem como as outras drogas, provoca inúmeros agravos na saúde da população usuária (BRASIL, 2004). Segundo Ouriques (2016, p. 18) “sejam elas decorrentes de mau funcionamento dos órgãos, violências devido às características de alteração do comportamento, acidentes graves no trânsito ou no âmbito doméstico”. Karam (2013) aponta, ainda, que as drogas podem comprometer a segurança dos indivíduos, com destaque para as populações mais empobrecidas, seja enquanto usuário que busca no roubo a satisfação de seu uso de substâncias psicoativas, quanto no tráfico que absorve grande parte dessa população que muitas vezes encontra neste comércio ilegal uma maneira de satisfazer necessidades que por outros meios não são possíveis.

O uso abusivo também se caracteriza por fatores não superados na sua trajetória de vida como sofrimentos, traumas não superados, cultura, etc., levando em consideração que consumir o álcool e outras drogas em uso abusivo decorre de processos vivenciados pelos sujeitos na sua trajetória histórica, muitas das vezes nem se dão conta que o fator determinante pelo uso foi um problema vivenciado na vida pregressa. Destaca-se que

A organização da sociedade em torno das Drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, faz com que o uso de certas substâncias tome proporções de agravos e de desrespeitos aos Direitos Humanos. O que torna esta afirmação mais evidente são fatos históricos mais globais que demonstram que o uso disseminado de Drogas em alguns países (como os EUA) provocaram problemas econômicos e sociais. Segundo Seibel (2001), isso provocou o que hoje se conhece como guerra às Drogas (OURIQUES, 2016, p. 18).

Ao relacionar essa citação com experiência da estagiária no CAPS AD III, observa-se que a culpabilização pelo uso abusivo de álcool e drogas é reproduzida

Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersetorial. Para tanto, decisão política e visão social são elementos indispensáveis (COSTA, 2003, p. 6).

cotidianamente. Familiares e alguns profissionais da saúde buscam por uma abstinência do uso a qualquer custo; tratando o problema aparente, ou seja, o uso da droga em si, sem procurar trabalhar a situação que levou ao uso abusivo.

A importância de um atendimento em Saúde Mental em prol de sujeitos que necessitam de atendimento especializado torna-se fundamental, o que perpassa profissionais preparados. A saúde é um dos processos importantes para fortalecimento das potencialidades do ser humano, pois um atendimento ampliado pode contribuir para possíveis possibilidades de transformação de alguma situação que gera a dependência. Segundo Varela, Sales, Silva, Monteiro (2016, p. 297) a recomendação do Ministério da Saúde é que a oferta de atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas se deem em todos os níveis de atenção do SUS, pois o objetivo é construir uma rede de cuidados diversificada em saúde mental em que o usuário, ao acessar o sistema, possa contar com diferentes locais de apoio ao seu problema.

Embora não seja o foco do presente trabalho destaca-se aqui a intervenção do profissional do Serviço Social na área da Saúde Mental, que deve ir além das aparências é trabalhar em prol do ser humano, compreendendo fatores sociais que as condicionalidades da vida cotidiana. O profissional do Serviço Social ao ter como objeto a questão social quando adota conhecimento teórico metodológico com vertente teórica marxista, materializa a possibilidade de desvendar a realidade na sua essência, para buscar direções que auxiliem o usuário e prol da efetivação dos direitos previstos em lei.

No âmbito psiquiátrico e em instituições que trabalham com demandas voltadas à Saúde Mental, o Assistente Social busca a viabilização real e concreta de indicações estabelecidas nas leis, para desempenhar um trabalho que resulte em um atendimento digno para seu desenvolvimento pessoal. O (a) Assistente Social irá realizar sua intervenção profissional a partir de seu objeto de trabalho por meio de instrumental técnico operativo que pode girar em torno de entrevistas, pareceres, visitas domiciliares, para então se apropriar da realidade do usuário, e assim conhecer a situação em sua essência, pois podem ocorrer vários fatores que estão interligados com outras expressões da questão social e que desencadearam o adoecimento mental do usuário. Iamamoto (*apud* BISNETO, 2011, p. 124) destaca sobre o trabalho do Assistente Social no âmbito da Saúde Mental:

O Serviço Social na Saúde Mental é uma atividade que transforma algo, é um serviço que tem finalidade: os resultados de suas ações existem e são objetivos, embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais autônomas, ainda que tenham uma objetividade social (e não material), expressando-se na forma de serviços.

No que diz respeito, à Política Nacional de Saúde Mental, apoiada pela Lei 10.216 de 2002, é importante ressaltar, alguns artigos relevantes, pois descrevem o direito do usuário da Saúde Mental. No Art. 2º destaca-se que os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, ao usuário e suas famílias ou responsáveis, serão formalmente enumerados no parágrafo único deste artigo. Assim são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, s/p).

Segundo Ouriques (2016, p. 3), a Política Nacional sobre Drogas busca enfrentar a problemática com duas ações bem pontuais: atendimento e redução da demanda. De um lado, aponta ações que ampliam o direito à saúde e atendimento das pessoas que se envolvem com as Drogas, e são vítimas de sua ação destrutiva no organismo. Destaca-se que

Esse posicionamento repressivo ao enfrentamento das drogas, assumido pelo Estado Brasileiro, foi fortemente influenciado por movimentos e decisões internacionais. As ações preconizadas pelos Estados Unidos da América (EUA) e o crescente posicionamento proibicionista de “guerra às drogas”, devido ao exponencial crescimento da industrialização de bebidas alcoólicas no país e à extensão mercantil do consumo, constituíram-se no alicerce ideológico para as políticas públicas sobre drogas ao redor do mundo (SANTOS, OLIVEIRA, 2012, p. 85).

Segundo Santos e Oliveira (2012), no Brasil, a operacionalização das diretrizes constitucionais ocorreu por meio da implantação do Sistema Único de

Saúde (SUS), sendo elas a universalidade e equidade no acesso às ações e serviços, pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade da atenção e de participação da comunidade. Com a consolidação do SUS, a saúde passa a ser pensada como uma obrigatoriedade do Estado, com responsabilização da esfera federal, estaduais e municipais.

Desta forma, apesar do atraso histórico em considerar o uso de álcool e outras drogas como um assunto de saúde pública, em 2003, o Ministério da Saúde publicou o documento A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas, diretriz principal na área da saúde pública. Essas 'políticas' têm nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica seus eixos centrais, a partir dos quais trabalha as especificidades de seu público-alvo. Suas principais orientações visam o estabelecimento e fortalecimento de um trabalho em rede, para proporcionar atenção integral, acesso facilitado aos serviços, participação do usuário no tratamento e a criação de serviços de atenção diária como alternativa ao hospital psiquiátrico (SANTOS, OLIVEIRA, 2012, p. 89).

Segundo Santos, Oliveira (2012) a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas foi fortemente influenciada pelos programas de redução de danos, e pelo processo de reestruturação da atenção em saúde mental. Sendo assim, pensar o uso de álcool atrelado à saúde pública perpassa busca de legislações que darão fortalecimento à execução dos atendimentos necessários. A que se afirmar e reafirmar o conceito ampliado de saúde que compreende o caráter de prevenção, superando a forma somente curativa, com preocupação ao bem-estar físico e mental. Se o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas já constitui fator complexo, quando se refere ao atendimento ao segmento idoso isso torna se descaso e culpabilização ao uso, e não a compreensão dos fatores vivenciados na sua trajetória de vida, com sofrimento, perdas, etc., envolvido em outras características próprias dessa fase de vida.

CAPÍTULO III – ENVELHECIMENTO E USO ABUSIVO DE ÁLCOOL

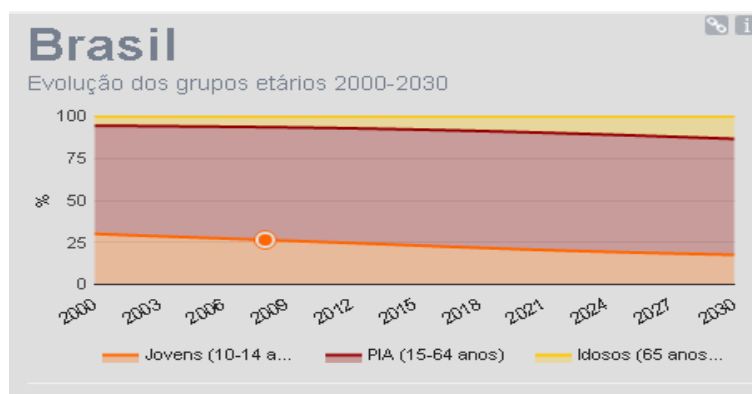
O presente capítulo irá abordar de forma pontual algumas questões que envolvem o cenário de discussões em torno da pessoa idosa, como por exemplo, a diferença entre processo de envelhecimento e velhice, assim como questões em torno dessa última fase da vida. Pontua-se a questão da saúde do idoso que faz uso abusivo de álcool, assim como a importância de ações voltadas para a promoção e prevenção de doenças, sendo necessário pensar políticas de atendimento e particularidades que envolvem o sujeito que envelhece em um cenário onde é evidente o aumento da expectativa de vida do brasileiro.

3.1 Notas sobre o envelhecimento humano

Um aspecto importante a destacar sobre envelhecimento humano é da longevidade humana, esta significa um aumento de expectativa, ou seja, vida longa. Segundo Costa (2007), o envelhecimento é encarado no meio social, unicamente atrelado à força física, sem considerar as experiências de vida, este olhar sofre influência capitalista que aliena o ser humano que somente se sente útil quando inserido no mundo trabalho. A autora salienta que a velhice não consiste somente em perdas, mas também ganhos e possibilidades, assim como aquisição de experiências e saberes. Busca-se a “necessidade do rompimento de estereótipos e de preconceitos em relação à velhice, para que possam encontrar formas mais saudáveis de o idoso vivenciar essa etapa da vida” (COSTA, 2007, p. 29).

O recorte no segmento idoso torna-se importante, considerando o aumento da expectativa de vida população idosa. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008), podem perceber que o índice da população idosa vem aumentando de forma linear e a tendência e/ou projeção indica crescimento conforme o gráfico 1:

Gráfico 1 – Evolução dos grupos etários 2000-2030.



Fonte: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações – RIPSA – 2ª ed. – Brasília, 2008.

No Brasil os índices de idosos vêm aumentando, considerando “avanços tecnológicos relacionados à área de saúde nos últimos 60 anos” (MENDES, 2005, p. 423). O Sistema Único da Saúde vem contribuindo nesse sentido, com a prevenção de doenças através de vacinas, medicações, e tratamentos de doenças crônicas. A pirâmide etária vem se modificando considerando o decréscimo no número de crianças que nascem em detrimento ao aumento da longevidade. Os índices de crescimento apresentados no gráfico anterior demonstram ainda mais a importância dos estudos na área de envelhecimento, assim como a necessidade de materialização de cuidados prioritários, como, por exemplo, com a saúde da pessoa idosa. Assim, deve-se cumprir o “atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos Públicos e privados prestadores serviços à população” (BRASIL, 2003, p. 24), considerando a evolução da velhice e a necessidade de políticas de atendimento. Destaca-se que a

Evolução do envelhecimento em diferentes regiões do mundo, chamando atenção tanto para dimensão social do envelhecimento populacional como para as políticas públicas a serem adotadas em atendimento às necessidades das pessoas nessa situação. Nos países ditos desenvolvidos, o envelhecimento vem sendo mais evidente. Assim acontece em vários países da Europa, como na Alemanha, França, Inglaterra e Espanha, e nos Estados Unidos. Nos países de desenvolvimento mais avançado, o Estado tem um bom suporte para entender às necessidades dos idosos (COSTA, 2007, p. 31).

Porém, o que dizer dos países chamados em “desenvolvimento” como Brasil? Destaca-se que garantir a saúde – fator extremamente importante na fase da

velhice – é um dos processos importantes para bem-estar social, por esse motivo deve constituir acesso universal enquanto direito de todos. Com base nisso, o atendimento deve ser digno a todo gênero humano sem distinção de raça ou faixa etária. Ações voltadas para promoção e prevenção de doenças, são necessárias também para aquele que envelhece, considerando o aumento da expectativa de vida do brasileiro.

Pontua-se que segundo Pessoa (2010, p. 64) o envelhecimento é um processo “pessoal, indiscutível e inevitável para qualquer ser humano na evolução da vida. Nesse processo sempre ocorrem mudanças biológicas, no cotidiano dos sujeitos”. Segundo Teixeira (2008), o envelhecimento não é uma realidade vivida igualmente por todos os indivíduos, as condições determinadas pelo modo de produção capitalista influenciam na forma como será na sua plenitude. Ou seja, suas particularizações “são definidas segundo as condições materiais de inserção dos sujeitos no movimento da produção e reprodução sociais, [...] respeitando a condição de classe, status e hierarquias sociais” (TEIXEIRA, 2008, p. 16). Portanto, é importante destacar que o envelhecimento ocorre de forma heterogênea.

O olhar sobre a velhice é construído com base em fatores sociais que reproduzem processos históricos, têm sido vista e tratada de maneira diferente, de acordo com períodos históricos e estrutura social, cultural econômica e política de cada povo. Segundo Bruno (2003), essas transformações, portanto, não permitem um conceito absoluto da velhice e apontam para possibilidades de haver sempre uma nova condição a ser construída, para se considerar essa etapa da vida do ser humano, pois a velhice é uma fase natural da vida no ciclo evolutivo. “A velhice está associada a várias questões que se interligam e que se tornam mais complexa [...] os sujeitos não envelhecem de maneira igual, construindo suas próprias histórias de vida” (BULLA; KAEFER, 2003, p. 7). O envelhecimento é algo natural, se nas relações sociais for encarado de maneira tranquila e livre de todo e qualquer tipo de preconceito terá um processo de envelhecimento com qualidade. Na própria reprodução social já se constrói ideais que vão ou não contribui para o idoso. Assim, a diferença entre velhice e envelhecimento é que o envelhecimento é um processo gradativo desde que nascemos estamos envelhecendo, já a velhice é uma fase no ciclo natural da vida, considerada a última.

A existência da velhice enquanto objeto individualizado de estudo deve ser analisado enquanto produto da modernidade. A velhice, então, “se situaria no mesmo patamar da infância e da adolescência, de igual modo a construções sociais dependentes de parâmetros socioculturais específicos em diferentes sociedades” (ROSA, 2004, p. 26). Torna-se importante referendar que o processo de envelhecimento ocorre gradativamente. Assim, “durante o processo normal de envelhecimento, os indivíduos podem envolver-se em esforços para compensar as perdas evolutivas” (NERI, 2011, p. 235). O envelhecimento pode ser precoce ou tardio, dependendo como cada sujeito vivencia esse processo em sua trajetória de vida, ou seja, o envelhecimento está conectado ao modo de vida e às relações que foram estabelecidas durante seu processo de desenvolvimento, portanto, o envelhecimento é heterogêneo.

Considerando o aumento do índice da expectativa de vida é de suma importância que a velhice não seja encarada como um problema social. A velhice não é um problema, mas sim, a falta de suporte para esse período da vida. O fato do idoso na sua velhice ser encarado como um problema central reside em fatores condicionados pela reprodução de uma sociedade capitalista onde predominam interesses ao lucro, ao crescimento do capital, portanto, a centralidade está no sujeito que produz. A sociedade pode encarar a velhice de modo preconceituoso quando lhe delega a invalidez após a aposentadoria, quando, não raro, os mesmos passam ser excluídos socialmente.

Cabe à nova geração compreender que as mudanças nas transformações físicas não interferem no saber. Estudiosos da gerontologia¹¹ buscam refletir sobre o fato de a velhice ser encarado como algo natural, nesse sentido deve-se buscar romper com o preconceito contra a pessoa idosa, esse processo pode começar por discussões profissionais que trabalham interdisciplinarmente.

Essa realidade pode ser transformada pelo redimensionamento de ideias e conceitos, por meio de uma releitura dessa etapa do ciclo vital, lançando um novo olhar sobre o envelhecimento humano e sua multidimensionalidade. Pois, independentemente da idade, o ser

¹¹ Gerontologia disciplina multi e interdisciplinar cujo objetivo é o estudo das pessoas idosas, as características da velhice, o processo do envelhecimento e de seus determinantes biopsicossociais, capaz de fornecer uma atenção holística. Integral a população idosa (PAPELÉO, NETTO, 2002). Segundo Carvalho (1984), a gerontologia estuda idosos do ponto de vista científico, em todas as aspectos, físico, biológico, psíquico, e sociais em atendimento global.

humano, em sua constituição, reproduz, por meio de seu desenvolvimento, formas de comunicação, de entendimento e de inter-relações representadas e expressas em seu ambiente social (SCORTEGAGNA, 2006, p. 52).

Para desenvolver uma visão livre de todo e qualquer tipo de preconceito, é fundamental a promoção de discussões em torno de como melhorar a saúde do idoso, para que da melhor maneira possível possam ser atendidas suas necessidades. Compreende-se que ao romper com preconceito é um trabalho processual, constitui desafio para estudiosos na área da gerontologia. Sendo assim, segundo Costa (2007), a divulgação de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento se faz necessária para que, num futuro próximo, os adultos de hoje, possam vivenciar na velhice, um olhar de troca de experiências com os mais jovens quebrando com todo e qualquer preconceito. Poder-se-á então colher “bons resultados de uma educação que demonstre ter valorizado o presente, para que no futuro as vivências passadas sejam acrescidas de novas, sem que seja preciso substituir o velho pelo novo” (COSTA, 2007, p. 36).

Chegar à velhice, segundo Costa (2007), é um desafio, principalmente para galgar a tão almejada qualidade de vida, por isso a importância de pensar no bem-estar físico, mental e social com destaque para saúde de forma geral. Aí reside a importância de adquirir hábitos saudáveis, participação na vida social, preservação de autonomia de suas decisões, etc. Tudo isso influencia uma qualidade de vida, desejada por todos os seres humanos ao chegar à sua velhice. Pontua-se que na própria reprodução social já se constroem ideais que vão ou não contribuir para o idoso que podem inclusive empurrá-los para institucionalização.

Pensar o envelhecimento exige o entendimento acerca das transformações que vêm ocorrendo com a vida do ser humano e seu entorno para compreender as implicações que a saúde acarreta no cotidiano (...). Necessidades estas que são decorrentes, muitas vezes, da viuvez, da solidão e da condição de passarem a morarem sozinhos devido à falta e/ou ausência de suporte social e familiar. Desse modo, o processo de institucionalização revela a ação desencadeada pela sociedade na qual o idoso é descartado no momento em que não é mais útil e produtivo para o sistema (ESCOTO, 2012, p. 53).

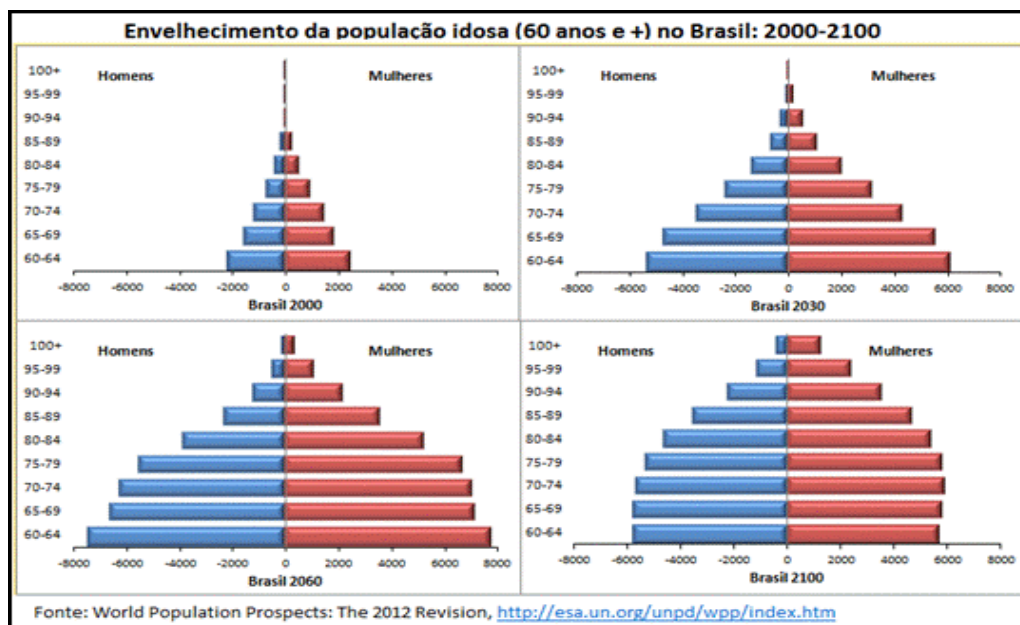
A citação de Escoto (2012) cita a importância de se apropriar de estudos sobre envelhecimento, para apropriação das transformações. Nota-se que assim como cresce o aumento dos índices de idosos, também com frequência tem

aumentado o número de idosos em situação de negligência. A procura por institucionalização vem aumentando, sendo agravada pelo fato de idosos estarem passando pelas mais perversas expressões da questão social, ou seja, a discriminação, a exclusão, o preconceito, principalmente por sentirem-se descartados por não conseguirem ser produtivos, com estado físico exigido pela sociedade. A sociedade nesse sentido torna-se escrava de um modo de produção capitalista que acaba esquecendo-se de enxergar um ao outro como ser humano. O que é preocupante, considerando que com o aumento da expectativa de vida o Brasil está se tornando um país de¹² idosos.

Olhando para o Envelhecimento percebe-se o avanço da população de idosos representando um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade 8,6% da população brasileira em 2000. Entre os anos de 2005 e 2015, a proporção de idosos de 60 anos passou de 9,8% para 14,3% conforme o estudo “Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2016”. De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações s/ano) “uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para uma em cada cinco por volta de 2050”. Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos, (IBGE, 2000, s/p). O aumento do número de idosos pode ser observado no gráfico abaixo também:

¹² Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2003, s/p).

Gráfico 2 – Envelhecimento da população idosa:



Fonte: World Population prospects: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.

O gráfico acima reafirma o avanço dos dados quanto ao número de idosos no Brasil, a ponto de provocar uma inversão das antigas pirâmides demográficas. Outro fato relevante apontado reside na feminização da velhice, ou seja, há um maior índice de mulheres idosas, considerando que as mesmas: procuram de forma mais regular serviços de saúde, assim como há um maior índice de mortalidade masculina por conta de acidentes de trânsito e homicídios.

Dessa forma ressalta-se a importância de estudos, reflexões, legislações e políticas de atendimento que garantam os direitos da pessoa idosa, uma vez que as cidades e a sociedade de forma geral ainda carecem de preparação para que essa fase possa ser vivida de forma mais digna, evitando inclusive que se aumentem os índices de idosos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

3.2 O Idoso(a) e o cenário de uso abusivo de álcool

Reitera-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção” (BRASIL, 1988, p. 54). Quanto à saúde no envelhecimento:

Não pode ser pensada somente com a presença do adoecimento ou enfermidade, a saúde é fato contínuo, pois estando com bem-estar físico mental e social é estar bem para encarar o envelhecimento com qualidade. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe acesso universal e igualitário, em conjunto articulações contínuas das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, p. 26).

Tendo em vista o grande índice e consumo de álcool na velhice, pesquisas mostram que o consumo está atrelado a particularidades, mas também atrelado a reflexos de uma totalidade maior. Destaca-se que quando se buscam índices sobre o consumo de álcool no envelhecimento não emergem pesquisas formais acadêmicas. Porém, quando se busca dados sobre o consumo de álcool no Brasil indica-se que a SENAD (2013), em pesquisa realizada junto com o CEBRID e universidades UNIFESP, UNIAD, UNIFESP, UFRGS, GREA e FMUSP, no ano 2001 a 2005 (realizada em 107 maiores cidades do País, com pessoas de 12 a 65 anos de ambos os sexos) apontou-se que 68,7% já haviam consumido álcool pelo menos uma vez na vida, estimou que 11,2% apresentavam o uso abusivo de álcool. Em retomada em 2005 observou-se que os índices tiveram aumento. A mesma pesquisa realizada com SENAD e CebRID verificou-se que a faixa etária de 12 a 65 pontou 12,3% o uso abusivo de álcool, e 74,6 % já tinham consumido álcool. Os dados levantados pela SENAD (2013) indicam que o consumo de álcool começa precocemente, isso pode se afirmar com a realidade vivenciada durante a pesquisa no CAPS AD III, os idosos que ali frequentam tiveram contato com álcool desde jovem. Ao procurar dados percebe-se que não se encontra dados sobre o uso específico de consumo de álcool por idosos.

Neste sentido pergunta-se: não há idosos que fazem consumo de álcool? Ou esses dados estão invisíveis dentro do contexto da dependência? Atualmente das

12 vagas para atendimento intensivo no CAPS AD de São Borja somente duas vagas são ocupadas por idosos. Não é possível afirmar, mas esse dado pode também estar atrelado à questão cultural, do idoso não buscar auxílio nesse tipo de serviço, não raro sendo buscado somente mediante denúncias ao serviço ou por medidas judiciais, muitas vezes não frequentam os grupos, mas permanecem em acompanhamento domiciliar, psicológico e psiquiátrico.

Quanto ao perfil do idoso que vem frequentando o CAPS AD III, pesquisas como de Fonseca¹³ (2017) têm apresentado os seguintes resultados conforme tabela abaixo:

Quadro 3 - 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 Cambará	67	Ensino médio incompleto	Serviços Gerais	Católico	Não
Licurgo	60	Ensino fundamental incompleto	Trabalhador Rural	Umbanda	Não

Fonte: Fonseca, 2017.

Os sete idosos entrevistados têm em média 74 anos, sendo que a maioria não tem ensino fundamental completo, o que vai refletir em sua profissão atrelada

¹³ O referido estudo trata-se de pesquisa de mestrado realizada na região de fronteira Oeste do Rio Grande do Sul.

inclusive a trabalho informal. A metade por conta de quebra de vínculos já não reside mais com a família por consequência do uso abusivo de álcool ou ainda pelas relações sociais construídas ao longo de sua trajetória.

Segundo Fonseca (2017), 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.

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. [...] 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 (FONSECA, 2017, p. 75).

Não há fatores únicos para entender o uso abusivo de álcool, mas segundo as pesquisas as experiências em estágio com usuários relatam-se que o “consumo excessivo de álcool evidenciado nos relatos dos usuários pesquisados está aliado a fatores culturais, econômicos e familiares” (FONSECA, 2017, p. 75). Porém é fato que o aspecto cultural demarca importante fator atrelado inclusive a questões machistas como prova de virilidade.

Com aumento da expectativa de vida na velhice, logicamente deveria estar sendo pensado não somente atendimento especial para os idosos, mas também ações de prevenção a doenças, inclusive direcionadas ao cenário de consumo abusivo de álcool. Segundo Oliveira; Santana (2015), o uso abusivo de álcool pode acelerar o processo normal de envelhecimento do cérebro. E quando o consumo for de excessiva quantidade existe a possibilidade de novas doenças, provocando maiores efeitos físicos e psíquicos nos idosos. O organismo torna-se mais sensível, podendo desencadear sofrimento acirrado pelo abandono, isolamento e depressão.

A dificuldade econômica tem influenciado o uso abusivo de álcool por parte dos idosos, tanto pelo fato das aposentadorias não satisfazerem todas as necessidades básicas quanto pelas consequências advindas da sociedade envolta em um sistema de produção capitalista:

na sociedade capitalista, porém à medida que homem objetiva-se pelo trabalho – exteriorizando suas forças genéricas em relações a outros homens. [...] aliena-se – a forma mercantil desdobrando- se ao dinheiro [...] enquanto mercadoria (IAMAMOTO, 2007, p. 227).

Nesse sentido o homem enquanto ser existente nessa sociedade só se reconhece com a venda de sua força de trabalho como mercadoria, ou seja, alienado às relações capitalistas que se apropriam dessa mercadoria de forma exploradora entra num círculo vicioso, muitas vezes não se dá conta da exploração que sofre. E quando a inserção ao mundo do trabalho não ocorre ocasiona fatores no ser humano como sofrimento, por não dar conta do sustento das suas próprias necessidades humanas. Não raro o trabalhador torna-se etilista¹⁴ para suprir suas decepções. Quando isso ocorre na velhice o preconceito pode emergir de forma tripla, pois além de ser etilista, é velho, portanto, fora do mercado de trabalho, ou seja, sem potencial para vender a força de trabalho, portanto, sem gerar mercadoria. Segundo Dovidio (2003) as diversas dificuldades no âmbito das relações sociais, é na família que se inicia o sinais traumático em relação do usuário de álcool e conseqüentemente esse processo é produzido na sociedade, gerando um olhar preconceituoso moldado por forças culturais e sociais, gerando conseqüências pessoais e sociais no âmbito afetivo, cognitivo e comportamento; Destaca-se que

De acordo com períodos históricos e com a estrutura social, cultural, econômica e política de cada povo, e que, os valores intrínsecos à representação que uma sociedade tem da velhice serão os norteadores responsáveis pelas ações que possibilitam ou não a proteção e inclusão social de seus idosos, como também a qualidade das relações estabelecidas com os seres idosos (DEBERT, 1999, p. 20).

Entretanto, fica evidente que o quadro econômico e social de um país influencia no cotidiano da população, agravado pelo fato de quando há um grande índice de desemprego, miséria, e demais situações – expressões da questão social – causadas pelo modo de produção capitalista vigente no Brasil desgastam-se o modo de vida do ser humano, aumentando incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, etc.

Na particularidade cotidiana, idosos sofrem preconceitos na sua velhice, causados por fatores em torno da reprodução do capitalismo que inclusive contribui para alienação do ser humano, sem gerar processo de raciocínio próprio e crítico.

¹⁴ Segundo dicionário online de português o significado da palavra etilista leva ao substantivo masculino e feminino Alcoólatra; quem é viciado em bebidas alcoólicas. Pessoa que sofre de alcoolismo, que consome de maneira excessiva, periódica e/ou permanente álcool, tornando-se psíquica e/ou fisicamente dependente. Não confundir com: estilista. (<https://www.dicio.com.br/etilista/>)

Assim, Teixeira (2008) refere-se à sociabilidade fundada pelo capital, esse proporciona a exploração que determina um envelhecimento acelerado do ser humano, quando lhe absorve o tempo de vida, pois devido à exploração o trabalhador não goza de seu momento de lazer ocasionando cansaço físico e mental alterando as condições que levam o sujeito a envelhecer. Neste sentido a mesma sociabilidade que se apropria do tempo do trabalhador: “gera pobreza, populações excedentes e os inúteis para o capital, pela falta de valor de uso, [...] principalmente quando a força de trabalho esta desgastada” (TEIXEIRA, 2008, p. 56).

Como destaca Vasconcelos (2006), a própria dependência química pode ser gerada via violência estrutural e econômica, assim são despontam grandes desafios ao campo dos atendimentos em Saúde Mental. E quando se refere ao processo de envelhecimento, isso pode desencadear mais sofrimento gerado pelo modo de produção capitalista. Na velhice ocorrem fatos que o capitalismo financeiro é causador da expressão da questão social, levando ao consumo abusivo de álcool e outras drogas como exemplos de aposentados, que comprometem suas rendas com ofertas de empréstimos, pagando por juros absurdos, causando dificuldades de manter o sustento das famílias. Todos esses fatores são dos interesses do capital financeiro crescer seu capital através de juros, gerando sofrimento, depressões na velhice. Aprofundando essa discussão Teixeira (2008) vai demarcar que o processo de envelhecimento pode se constituir enquanto expressão da questão social à medida que o trabalhador envelhece sem ter garantido minimamente seu direito a uma vida digna que lhe possibilite acesso a bens e serviços.

Segundo Paixão (2015) os idosos tornam-se muitas vezes mais vulneráveis ao uso de álcool e tabaco, por via da perda de papéis, solidão, etc., e isso aos poucos poderá gerar um grande problema social, já que o número de idosos no mundo está a aumentar a preocupação do atendimento para os idosos também tem que ser pensado de forma especial. Esta faixa etária possui particularidades que precisam ser levadas em conta, pois, os idosos usualmente apresentam vários problemas de saúde, uso de muitos medicamentos, que, combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e álcool, tornam os idosos mais susceptíveis a interações sociais, agravamento do quadro instalado, dificuldade de recuperação e interação social.

Quando o idoso adere ao uso abusivo do álcool pode ficar duplamente fragilizado pelo consumo e pelo processo natural do envelhecimento. Segundo Oliveira; Santana (2015) o uso abusivo de álcool na velhice não pode ser visto só com o olhar bioquímico ou fisiopatológico, porém um olhar de abordagem psicológico e social voltada para as complexidades deste usuário de álcool. No campo da bioquímica estudam-se os processos biológicos e no campo fisiopatológico os órgãos. Segundo a SENAD (2013) as interações dos fatores biológicos, psicológicos e sociais dificultam a interrupção do uso, considerando a historicidade de cada um, as suas subjetividades, ao se referir a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas ocorre alterações do funcionamento cerebral assim como há fatores relacionados ao convívio familiar, onde desde a infância pode ter sido relacionado com álcool, vivenciado nas relações o uso, podendo passar em fatos geracionais.

Tendo em vista a importância da abordagem psicossocial deve-se buscar a compreensão quanto às determinações sociais abrangendo a compreensão dos aspectos da vida, ou seja, do modo de vida na sua essência. Há que se tomar cuidado para a velhice e os índices de envelhecimento não serem apontados como um problema num processo de culpabilização do sujeito que envelhece. O problema reside do fato de não haver suporte público necessário para o atendimento das necessidades daquele que está velho.

Destaca-se que no cenário de uso abusivo de álcool aos profissionais do Serviço Social é recomendado, enquanto orientação dos órgãos da categoria profissional, utilizar-se quando possível da perspectiva da Redução de Danos. Conforme a SENAD (2013, p. 161), é também chamada de redução de riscos, sendo um conjunto de medidas individuais e coletivas “sanitárias ou sociais cujo objetivo é diminuir os malefícios ligados ao uso de drogas lícitas ou ilícitas”, possibilitando uma diminuição do uso, para possíveis melhoras a Saúde.

Segundo Lancetti (2008) essa prática teve início nos anos de 1990 com a distribuição de seringas entre usuários de drogas injetáveis, preferencialmente cocaína e heroína. Porém segundo os usuários que frequentam o CAPS AD III de São Borja/RS, ao fazer o uso abusivo de álcool relatam que ao tomar o primeiro gole é difícil determinar o momento de parar. Quando percebem que esse fato pode levar

ao consumo abusivo preferem a busca pela abstinência. Conforme a SENAD (2013), a abstinência é o abandono do uso, procurando evitar, parar com o consumo. Muitas das vezes os sujeitos procuram a abstinência, mas isso não elimina por completo as possíveis recaídas. Muitos pós anos de atendimento no CAPS AD III tem relatos de experiências de pessoas que hoje consegue manter o controle do consumo, usando a perspectiva de Redução de Danos no que diz respeito à isso demarca que todo processo é único, por esse motivo tem singularidades que precisam ser respeitadas.

A SENAD (2013, p. 89) indica algumas formas de prevenção ao Uso de álcool, “tais como: restrição de acesso de bebidas a menores, campanhas na mídia de massa, restrições de propaganda, controle do beber e dirigir.” Em determinada consideração a essa citação o trabalho da mídia se contradiz com o apontamento da SENAD, pois na contemporaneidade é dada visibilidade a propagandas relacionadas com álcool, motivando a relação de que o consumo de álcool é bom. Esse processo mediático de forma especial pode tocar o sujeito que envelhece, pois, não raro, as propagandas atrelam o consumo a características como: jovialidade, vigor, tocando diretamente na questão estética do envelhecimento.

Capítulo 4. CONSTITUIÇÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL AO IDOSO QUE FAZ USO ABUSIVO DE ÁLCOOL NO CAPS AD III DO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA

Nesse capítulo são apontados os resultados do estudo realizado onde se buscou oportunizar reflexões quanto ao atendimento do idoso que faz uso de álcool. Antes de tratar propriamente dos resultados considerou-se prudente apresentar a instituição CAPS AD III do município de São Borja considerando que foi o lócus institucional de estudo. A instituição, localizada na Rua Olinto Aramy Silva, bairro Centro, número 362, prédio térreo, conta com sala de recepção, sala de espera para atendimento, psiquiatria, Psicologia e Serviço Social; obtendo também depósito para os alimentos e materiais utilizados pelas terapeutas ocupacionais, refeitório com acesso a televisão, dois banheiros, cozinha, quarto para uso feminino com banheiro e quatro leitos, e masculino, com banheiro e oito leitos, espaço de descanso, sala de oficina com televisor e pátio com grande área para lazer. O perfil da população usuária que frequenta o CAPS AD III reside em sujeitos que fazem uso abusivo de álcool e drogas, são pessoas em situação de vulnerabilidade social, pessoas em situação de rua, idosos como vínculos rompidos e vínculos fragilizados, pessoas

com inserção de trabalho informal, assim como baixa escolaridade, ou até mesmo não alfabetizados. Há muitos usuários que têm seus vínculos familiares rompidos e com histórico de abandono ou negligência familiar.

Os horários de atendimento no CAPS AD III são das 08h00min horas às 18h00min e plantão de 24 horas com escala de profissionais para o plantão. No semiextensivo o atendimento aos usuários ocorre de duas a três vezes na semana, com meio turno para atendimento. Já o intensivo ocorre dentro do período de atendimento 24 horas.

Torna-se importante já aqui pontuar que quando se montou o projeto de pesquisa no componente de Trabalho Final de Graduação elaborou-se como objetivo geral analisar como está constituído o atendimento em Saúde Mental ao Idoso que faz uso abusivo de álcool no CAPs AD III do município de São Borja, para dar visibilidade às possibilidades de intervenção, porém, não se tinha conhecimento sobre o número de idosos que estavam sendo atendidos e nem se havia de fato um atendimento diferenciado para essa faixa etária.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa descobriu-se em resposta ao problema de pesquisa – Como está constituído o atendimento em Saúde Mental ao Idoso que faz uso abusivo de álcool? – que o universo de atendimento tem sido em torno de dois idosos, isso porque poucos idosos têm procurando o CAPs para atendimento do uso abusivo de álcool. Os motivos ainda não podem ser indicados, pois não há pesquisa sobre o tema; porém, podem estar envolvidas questões culturais envolvidas no cenário do uso abusivo de álcool ou outras ainda veladas. Também ficou claro que não há serviços, estratégias, equipe e acolhimento exclusivo para o idoso que frequenta a instituição todos são atendidos de forma igualitária, tendo acesso aos mesmos serviços e metodologias de atendimento para todos os tipos de uso abusivo de álcool e outras drogas.

Nesse sentido os itens abaixo apresentam a totalidade do atendimento prestado aqueles que frequentam o CAPs AD III. Diante desse resultado, buscou-se refletir e sugerir a importância da busca por um atendimento equitativo – embora a questão igualitária seja fundamental e importante pode não abranger a necessidade dos sujeitos conforme sua realidade – para o idoso em respeito às particularidades de cada um. Entende-se a categoria equidade como sendo:

Equidade é você tratar os diferentes de maneira diferente [...]. É um olhar diferenciado para aquelas pessoas que necessitam mais e trabalhar com prioridades, reconhecer que tem grupos populacionais, necessidades diferentes, que precisam mais do poder público [...] É dar o que cada um necessita de acordo com as condições dele, respeitando a característica socioeconômica, da família, da pessoa. É garantir a todos o direito à saúde, acesso à educação, ao mínimo de condições de moradia, de lazer, desse tipo de necessidade humana. (GRANJA, etal, 2010, p. 11).

Segundo Granja, Zabolib, Fortes e Fracollid (2010), a equidade no âmbito da saúde pode ser e tem sido definida como a ausência de disparidades em saúde, com sistemática avaliação das vantagens e desvantagens sociais, compreendendo com olhar ampliado não apenas a igualdade, mas também as necessidades primar pelas diferentes de cada usuário. Os autores referem à equidade “como acessibilidade aos cuidados de saúde, por meio de uma redistribuição diferenciada que atribua mais a quem tem menos e o mesmo a quem tem as mesmas condições, numa ação reguladora das desigualdades” (GRANJA, ZABOLIB, FORTES, FRACOLLID, 2010, p. 9). Em se tratando ao segmento idoso torna-se mister respeito às suas condicionalidades, assim como atendimento preferencial ao se referir ao uso abusivo de álcool compreendendo em contexto ampliado quais as necessidades para atendimento.

Em nenhum momento defende-se uma separação dos atendimentos, o que poderia excluir o idoso do contexto geral, mas sim, defende-se um olhar atento às particularidades daquele que envelhece, postura inclusive indicada na legislação do Estatuto do Idoso, como tendo necessidade de atendimento preferencial. Não se busca avaliação ou crítica à instituição ora estudada, mas sim, infere-se possibilidade de melhorias quanto à ampliação e/ou qualidade dos serviços prestados.

4.1 Serviços, Estratégias e Equipe Profissional utilizados pela instituição para o atendimento em saúde mental

Os serviços prestados na Instituição CAPS AD IIIII constituem-se por meio de atendimentos psicológicos com consultas individuais, psiquiátricos de forma mais clínico de atenção a Saúde sem articular com social, atendimento ambulatorial, pela enfermagem que realiza aplicações das medicações prescritas e cuidados com os horários de dar medicações, encaminhamentos à rede de proteção social por equipe no geral, atendimento com clínico geral por meio de consultas semanais.

Há atendimento social em apoio à família por meio de visita domiciliar, atendimento individual para busca de conhecimento e desvendamento do objeto de intervenção, assim como para que os usuários expressem suas necessidades e também ocorrem os grupos de convivência onde são debatidos temas que contribuam com o cenário do uso abusivo de álcool e drogas. Os grupos de apoio às famílias realizam-se conduzidos pela assistente social, o que contribui para compreensão da historicidade dos fatos e aproximação com usuários.

Há também atividades terapêuticas executadas pelas terapeutas ocupacionais. Ocorrem as oficinas, em que são confeccionados trabalhos manuais como tapetes em tecido, chaveiros e peças decorativas em diversos materiais. Esta atividade torna-se importante enquanto aprendizado de como fazer os artesanatos, contribuindo para o desenvolvimento de raciocínio e coordenação, porém a real importância reside na possibilidade de contato e socialização com outros sujeitos. Esses trabalhos são vendidos na sala da recepção da instituição, o que possibilita a arrecadação para compra de outros materiais.

Realizam-se caminhadas coordenadas pela educadora física, assim como a participação do projeto de extensão Rodas de Conversas no CAPS AD III, interligado com a instituição Universidade Federal do Pampa Unipampa Campus São Borja do curso de serviço social. O objetivo das rodas de conversas, gira em torno de contribuir com usuários no enfrentamento ao uso abusivo de álcool e drogas, assim como o estímulo a um atendimento em saúde mental em sua integralidade, compreendendo atendimento que busque a essência dos fatos. Para a instituição esse projeto tem sido de importância uma vez que pode fortalecer as potencialidades dos usuários, assim como temas discutidos através das escolhas

deles, resgatando autonomia e contribuindo para processos reflexivos através da historicidade dos fatos.

O objetivo da instituição é atender usuários via políticas públicas em saúde. A instituição trabalha com perspectiva de redução de danos e equipes multidisciplinares. A redução de danos conforme já salientado, é uma prática que visa contribuir para as pessoas respeitando suas escolhas, a partir do fator concreto da realidade do espaço onde se intervém, podendo ser utilizada como uma estratégia de diminuição gradativa do consumo.

Ressalta-se que se torna importante realizar escuta sensível para compreender o que cada usuário expressa. “Respeitando que cada um é responsável por suas escolhas e decisões, a Proposta Redução de Danos, é viável por causa disso por ser possibilidade real de as pessoas fazerem sua própria história” (LANCETTI, 2008, p. 75). Destaca-se ainda que:

A redução de Danos (RD) é uma Política uma prática de Saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas. Como política, é frontalmente divergente da política predominante de combate às drogas, fundamentada na criminalização, com o objetivo de eliminá-las. Como Prática de Saúde Pública, está em franca sintonia com todas as experiências Sanitárias que buscam a defesa da vida (LANCETTI, 2008, p. 77).

A perspectiva de redução de danos pode contribuir com o usuário para possíveis reduções para drogas mais leves, por exemplo, ao consumir o Crack e passar para maconha, ou diminuir a dose de consumo de álcool, sempre respeitando a escolha de cada um que em algumas situações se apresenta a busca pela abstinência.

Os usuários que frequentam a instituição fazem ou faziam uso abusivo de álcool e outras drogas, alguns por livre espontânea vontade, vêm se inserindo no serviço em busca de atendimento que contribua para parar ou reduzir danos. Outros chegam ao serviço via medida compulsória que se trata, segundo Loccoman (2012), de internação que passa pela avaliação de um juiz, usada nos casos em que a pessoa esteja correndo risco de morte devido ao uso de drogas ou de transtornos mentais. Essa ação geralmente é usada como último recurso ocorre mesmo contra a vontade da pessoa.

Destaca-se que o profissional do Serviço Social trabalha com respeito à liberdade de escolha dos sujeitos, conforme código de ética compreende que a compulsória é um fator que pode atrapalhar o atendimento por ser algo forçado, imposto. Porém é fato que em situações de risco torna-se uma alternativa. Busca-se nesse sentido, acolhimento respeitoso aos que não querem estar lá, porém existem algumas situações onde o usuário gradativamente acaba aderindo aos atendimentos apreciando os grupos ofertados na instituição, retornando no atendimento semi-intensivo, acordando com usuário quais os dias que pode frequentar a instituição em atividades realizadas na instituição, frequentando os grupos e oficinas em duas ou três vezes na semana.

Destaca-se que o CAPS AD III tem por finalidade o trabalho em rede básica de saúde, articulado com o trabalho especializado para atendimento. Fazendo parte da rede de saúde mental atende os usuários em sofrimento psíquico devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Como os usuários idosos são poucos, gradativamente inserem-se no serviço da mesma forma que os usuários de outras faixas etárias. Neste sentido ao longo do desenvolvimento do processo de estágio em Serviço Social e na equipe do projeto de extensão a estagiária buscou ampliar de forma individualizada, nesse primeiro momento o atendimento aos idosos, visando à busca de uma atenção integral e ampliada entendendo que conforme preconiza o Estatuto do Idoso (2003), o atendimento preferencial não fique apenas em discursos ou papéis estabelecido em lei muito menos “conforme o imaginário social, para legitimar os direitos de uma faixa etária que, na sociedade, vive, em geral, à mercê da boa vontade daqueles aos quais estão sujeitos” (SANTOS, 2013, p.244). O atendimento preferencial tem que ser pensado e executado e ampliado conforme a necessidade real do idoso.

Reafirma-se que não há intenção de excluir o idoso do grande grupo, mas sim, busca de aproximação individual para fortalecimento das ações em grupo. Existe a necessidade de fortalecimento da rede interna e externa quanto à reflexão da necessidade de atendimento a demanda real do idoso respeitando suas condicionalidades próprias da idade. Há que se reconhecer que

Envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo o qual lhe possibilitará lidar, em diferentes graus e eficácia, com perdas inevitáveis do envelhecimento (NERI, 1993, p. 13).

Torna-se importante citar o seguinte exemplo: com a aproximação de uma intervenção com um idoso que tem dificuldade auditiva, este relatou a seguinte situação “tenho dificuldades de acompanhar às vezes, por isso hoje não estou participando da oficina” – registro diário de coleta de campo. Entretanto, dialogou-se com o referido idoso no corredor da instituição. Nesse sentido fica claro que ele tem dificuldade de acompanhar os trabalhos em grupo, sendo assim os profissionais e demais integrantes do grupo devem ter sensibilidade, para buscar falar mais alto e mais próximo do idoso, para que este possa se sentir incluído.

A portaria número 130 do ministério da saúde (2012, s.p.) salienta que a oferta de serviços é em prol da demanda apresentada pelos usuários buscando “[...] adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias”. A que se ter um olhar sensível e atento sob a realidade de cada um.

Desta forma fica evidente que os serviços ofertados precisam ir além de uma formalidade, desenvolver-se através de uma compreensão mais ampla da realidade imediata, ou seja, como uma articulação de usuários com profissionais devido a não obstrução de autonomia, mesmo estando sobre efeito de substâncias psicoativas¹⁵.

Porém, não raro os atendimentos têm como finalidade ações imediatas para tratamento, possibilitando o encaminhamento quando necessário para internação, com desempenho de profissionais que buscam atender o problema aparente. Embora as equipes e recursos sejam insuficientes para atendimento ampliado inferem-se sobre a necessidade de atendimento as particularidades que cada usuário tem. Segundo Martinelli (1999) a visão sobre a centralidade do sujeito requer apropriação de sua existência, compreendendo que apenas o sujeito é capaz de realizar significados que se (re)constrói a partir de suas experiências. A autora vai afirmar que a dimensão ontológica do ser social se expressa na centralidade do

¹⁵ Segundo site Psicoativo.com (2015) é um termo que geralmente se aplica a drogas ou outras substâncias que alteram o estado mental de uma pessoa por afetar a maneira como o cérebro e o sistema nervoso funcionam. O uso indiscriminado pode causar efeitos como intoxicação e outros problemas de saúde. Em algumas situações, contudo, as drogas psicoativas podem ser utilizadas para alterar o estado mental de uma pessoa a fim de explorá-lo, de torná-lo refém da própria substância, assim como causar danos em geral, como nas relações sociais, na saúde mental e, em geral, vários fatores que se atrelam em seu bem-estar social, físico e Mental.

sujeito, na ética, na restituição das informações. Assim indica que no horizonte da intervenção existe necessidade de reconhecimento da singularidade dos sujeitos, pois os mesmos são singulares. Para conhecer é preciso ouvir, escutar, permitir que se revele como sujeito da ação, com aproximação direta, aprofundada, com sucessivas aproximações isso disponibiliza ir ao encontro do real. Esse reconhecimento levará ao aprofundamento e fortalecimento de potencialidades.

A equipe que presta os atendimentos na instituição CAPS AD III é composta pelos seguintes profissionais: psicóloga e coordenadora (1), assistente social (1), terapeuta ocupacional (2), enfermeiras (4), educadora física (1), médico clínico geral (1), médica psiquiatra (1), técnicos de enfermagem (4), artesã (1), cozinheira (2), monitor (1), serviços-gerais (1), agente operacional (1). Nota-se que embora a instituição atenda idosos não dispõe de profissional especializado na área da geriatria. O Estatuto do idoso:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos [...] prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: I - cadastramento da população idosa em base territorial; II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social (BRASIL, 2003, p. 26).

É fato que praticamente inexitem geriatras atendendo em instituições públicas por conta de custo assim como não tem se tornado profissional de contratação prioritária. Cabe ressaltar que é de suma importância ao atendimento dos idosos profissionais habilitados. Segundo Starfield (*apud* GIACOMIN, MELO, 2016, p. 139) considerando à integralidade no cuidado à saúde, implica que as unidades de atenção primária (centros de saúde) devam se organizar para dar à pessoa idosa todos os tipos de serviços de atenção à saúde de que necessita, ainda que alguns destes não sejam oferecidos dentro das unidades. Destaca-se ai a importância do encaminhamento aos secundários como consultas especializadas, serviços terciários (hospitais) ou serviços de suporte fundamentais, como internação domiciliar, é parte dessa garantia de cuidado integral. Além disso, a equipe de saúde deve oferecer e reconhecer a necessidade de “serviços preventivos, serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas, bem como com

problemas de todos os tipos, funcionais, orgânicos ou sociais” (GIACOMIN, MELO, 2016, p. 139).

O profissional do Serviço Social¹⁶ dentro da equipe vem sendo aquele que contribui de forma intensa junto às necessidades da família alertando para quanto a procedimentos e atendimentos no âmbito da instituição. Alertando sobre os efeitos que as substâncias causam no organismo, mostrando as famílias que abstinência é um processo longo, tornando assim de suma importância o fortalecimento do semi-intensivo. A socialização de informação torna-se fundamental, pois:

está pautada no compromisso da garantia do direito à informação, como direito fundamental de cidadania. Cepik (2000) classifica o direito à informação como um direito civil, político e social e destaca a sua centralidade para a construção da cidadania contemporânea. Para o autor a socialização da informação constitui-se, por um lado, como uma pré-condição para a incorporação plena de indivíduos e sujeitos coletivos, de forma organizada e qualificada, aos processos decisórios. Por outro, instaura a possibilidade de uma efetiva contraposição à lógica das grandes organizações, sejam elas estatais ou empresariais (MIOTO, 2009, p. 5).

Enquanto estagiária – assim como para os profissionais – da instituição indica-se a necessidade de busca de compreensão quanto às determinações sociais que influenciaram o uso de álcool e outras drogas. Continua-se a reafirmar que existe necessidade de se olhar para além da dependência, para atendimento da demanda na sua essência, compreendendo a historicidade dos fatos, o que contribuiu para o uso abusivo de álcool e drogas, trabalhando primeiramente os sofrimentos e traumas (a partir da compreensão da trajetória de vida) para depois delimitar um planejamento de atendimento profissional.

A experiência vivenciada por meio do estágio e projeto de extensão levou ao reconhecimento quanto à necessidade de buscar atendimento individualizado para os idosos ali atendidos. Dessa forma foi realizado processo de aproximação com os dois idosos que estavam em atendimento no CAPS AD III. Essa aproximação foi fundamental para compreender fatores que estão relacionados com o modo de vida

¹⁶ “Inicialmente, cabe destacar que a função e o reconhecimento do assistente social dentro da instituição tem sido um processo de luta histórico e que há poucos anos foi consolidado. Considerando as origens da instituição, vinculada a instituições religiosas, o papel do assistente social por muito tempo foi visto dentro de uma lógica assistencialista, e não de garantia de direitos. Atividades privativas do assistente social vinham sendo desenvolvidas por outros profissionais, alguns sem nenhuma formação específica” (WOERNER, 2015, p. 179). Compreendendo que posicionamento e resistência são trabalhos desenvolvidos na sua ação todos os dias, compreendendo a autonomia relativa, mas buscando estratégias para que não predomine apenas o saber Médico.

dos usuários das políticas de saúde Mental, que faz uso abusivo de álcool. Através de sucessivas aproximações compreende-se a importância de um atendimento ampliado com atenção especial aos idosos.

A aproximação com o idoso (A) e (B) foi através das atividades de acolhimento registrada no diário de campo, aproximações no pátio para possíveis intervenções. Essa intervenção foi estratégica para compreensão da realidade dos idosos dentro e fora da instituição. Quanto às características dos idosos, um tem 73 anos, não alfabetizado, reside com sua filha, frequenta o CAPS AD III desde 2012 por fazer uso abusivo de álcool; e o outro, 77 anos, é casado e realiza tarefas como cuidador de sua esposa há 20 anos, trabalhou durante anos como pedreiro autônomo, faz uso abusivo de álcool. Buscou-se compreender fatores determinantes em suas relações que pudessem ter levado ao uso abusivo de álcool.

Como estratégia de aproximação as conversas giraram em torno de descobrir questões relacionadas ao consumo de álcool. Foram realizadas algumas perguntas como, por exemplo: Idoso (A): Há quanto tempo o senhor faz uso de álcool? “Desde muito jovem!” Há quanto tempo exatamente? “Sempre bebi, só nunca tinha prejudicado minha Saúde!” O Senhor passou por algum sofrimento? “Sim, perdi meu filho que era policial militar e mataram”. O senhor acha que isso lhe fez a consumir mais o álcool? “Não, pois sempre bebi desde novinho aos 13 anos; eu perdi a esposa também, mas continuei bebendo a mesma dose”. Seus familiares também usavam álcool? “Sim, venho do tempo que diziam: beba se tu és macho”. Nessa fala se percebe que fatores culturais podem influenciar o uso abusivo de álcool; no final do diálogo com senhor (A) ele menciona que quer melhorar sua Saúde.

Ao verificar o prontuário do senhor (A) constatou-se que ele iniciou a entrada ao CAPS AD III devido a um trabalho da rede socioassistencial, que o hospital encaminha ao CAPSAD III. Ele deu entrada ao hospital devido uma ameaça de parada cardíaca onde os profissionais verificaram possível abandono familiar tendo que comunicar o fato ao Ministério Público. Após este ocorrido sua filha assumiu responsabilidades com os cuidados do senhor (A), assim como foi aderido os cuidados que instituição. Nesse sentido, reforça-se a importância de articulação entre as instituições que compõem a rede de atendimento.

Não existem receitas quanto à metodologia de atendimento, porém pontua-se a necessidade da intervenção profissional ir ao encontro com realidade dos fatos. Sendo assim, a abordagem inicial deve ser acolhedora em busca de empatia, pois esta proporciona a capacidade de compreender os sentimentos do outro, e se colocar dentro das vivências dos fatos, obter a capacidade de sentir o que o outro sente, ou pelo menos compreender suas fragilidades diante de determinadas situações. Em momentos como o da entrevista há que se proporcionar o exercício de articulação das categorias do método a partir das particularidades dos usuários compreendendo para além de sua história de vida o contexto em que ocorrem fatos e situações, para esclarecimento quanto à totalidade de fatores que levam a determinadas relações que podem tornar-se contraditórias, porém passíveis de superação.

Da mesma forma que ao intervir com idosos, esses requerem uma atenção respeitando suas condicionalidades, uma escuta sensível que proporcione compreender os fatos reais que o usuário vivencia. A articulação com serviços da rede socioassistencial em prol de contribuir para necessidades dos usuários referentes ao acesso dos serviços.

É de suma importância à ampliação das intervenções junto aos familiares para possibilitar atendimento que compreenda o contexto das relações. Torna-se importante compreender os fatos para que não se mergulhe no fatalismo e nem no messianismo profissional. Se deparar com a contradição faz parte do processo o importante é encontrar estratégias que contribuam para apreensão da realidade e dialética da existência que se transforma a cada momento. Trabalho interdisciplinar coletivo com profissionais da equipe torna-se fundamental principalmente antes do atendimento com usuários para que não haja um trabalho dicotômico. Embora cada profissão tenha sua especificidade, seu saber pode ser articulado em prol do atendimento aos usuários.

É importante também identificar que o profissional assalariado, que vende sua força de trabalho à instituição também está limitado pelo contexto socioeconômico capitalista, portanto, vai se deparar com condicionalidades para um atendimento digno ao ser humano. No entanto, com base nisto cabe ressaltar que enfrentamento e resistência estão relacionados com prática, portanto é importante se valer mesmo que de forma fragilizada da autonomia relativa, não deixando de

pensar o posicionamento profissional deve ser em prol de atender as expressões da questão oriundas do objeto de trabalho do assistente social, a questão social.

O projeto ético político profissional do assistente social é em prol do acesso igualitário, de uma sociedade justa, que visa rompimento com a exploração em prol de todo gênero humano sem distinção de raça, gênero, etnia, ou seja, como fim almeja-se a equidade dos atendimentos sem preconceito, possibilitando aos sujeitos o acesso aos direitos, assim como ampliação de uma análise crítica da realidade superando possíveis formas de alienação. Abre-se dentro da instituição possibilidades ao profissional do Serviço Social em torno de contato inicial com os sujeitos, busca ativa, contato com a rede, estabelecimento de vínculo com a família, compreensão dos condicionantes e trajetória, possibilidades de intervenção, porém há que se ter atenção para o norte, a direção e a finalidade de posicionamento que será escolhida: seria uma perspectiva conservadora ou emancipatória?

Há necessidade de ampliação de projetos socioeducativos e socioassistenciais dentro da instituição. Ambos podem se articular para o próprio conhecimento da trajetória de vida dos indivíduos, pois:

As ações socioeducativas, no âmbito dos processos socioassistenciais, se estruturam sobre dois pilares. Um relacionado à socialização de informações e outro referente ao processo reflexivo desenvolvido na trajetória da relação estabelecida entre profissionais e usuários. São eles que dão sustentação ao processo educativo que tem como finalidade os princípios contidos no código de ética do assistente social de 1993 (MIOTO, 2009, p. 5).

Segundo Miotto (2009) processos socioassistenciais correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas, a partir de demandas singulares, no âmbito da intervenção direta com os usuários em contextos institucionais. É de suma importância esses processos da ação profissional para desempenhar um trabalho que contribua para possíveis transformações.

Pontua-se a necessidade de executar projeto de intervenção que contribua para ampliar o atendimento no sentido de compreender: quais os motivos que têm levado os idosos a não virem à instituição? Existem fatores históricos, como preconceito contra quem faz uso abusivo? Enfim, não existem respostas, estratégias, serviços fechados, mas possibilidades devem ser buscadas constantemente enquanto forma de resistência às expressões da questão social que não raro levam ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

4.2 O acolhimento dos idosos no ambiente institucional

Antes de pensar em acolhimento torna-se importante compreender o que constitui o acolhimento para a execução da prática profissional. Este se refere:

à valorização da singularidade e dignidade humana indo além do cuidado técnico e prescritivo. Este envolve compromisso com o ser humano como um todo, sem distinção de raça, cor, etnia, favorecendo assim um vínculo entre cuidador e o ser cuidado. Trata-se de um atendimento diferenciado focando a dignidade das pessoas em situação de cuidado e atenção propondo ações que valorizem e qualificam os serviços de saúde (WALDOW, 1998. p. 202).

O acolhimento é desenvolvido através da abordagem inicial com enfermeiros e secretários. Posteriormente é realizado pelo profissional do Serviço Social de forma individual com usuário e, em seguida, com um responsável da família. Quando ocorre negligência e abandono a rede externa é acionada. Em um dos casos acompanhados, que envolvia idoso que fazia uso abusivo de álcool, a filha tinha o domínio sobre seu cartão de recebimento de proventos, nesse caso, foi acionada a promotoria. Assim, já no processo de acolhimento é possível observar emergências que requerem intervenção imediata para garantir o bem estar do usuário assim como a garantia de direitos. Destaca-se que:

O acolhimento tem sido praticado na dimensão técnico-operacional como prática essencial para a organização do serviço de emergência e garantia do princípio da integralidade. Porém, deve-se ir além, avançar na dimensão humanística, de renovar o modelo atual de assistência à saúde por meio do atendimento acolhedor, garantindo acesso a este de forma mais humanizada. Avançar na dimensão humanística pressupõe ser capaz de renovar o modelo atual de assistência à saúde por meio do atendimento acolhedor, garantindo acesso a este de forma mais humanizada (BRITO, 2015, p. 108-109).

No âmbito do atendimento do profissional do Serviço Social o acolhimento tem se constituído como competência, visa uma ação que desenvolve empatia pelo ser humano, a capacidade de compreender fatores vivenciados nas particularidades de cada um, assim como a ampliação de um conhecimento que compreende a conjuntura de que o modo capitalista reflete nas singularidades dos sujeitos.

O acolhimento vai além de uma forma cordialmente praticada, é compreender que além do usuário estar ali para o acesso a um direito, ele está

como ser humano que necessita de um olhar no olho, ou seja, o “face a face”. O acolhimento pressupõe a chamada escuta sensível, compreendida como:

Escuta sensível [...] permite identificar outras situações de vulnerabilidade que não são apresentadas inicialmente pelo usuário busca o serviço para superar uma situação de risco social e nem mesmo identifica que existe uma multiplicidade de questões que agravam as suas condições de vida (ESPEROTTO, 2009, p. 34).

Assim, o acolhimento e escuta sensível pressupõe ouvir de forma atenta e refletir de forma respeitosa sob a posição do outro de forma que se busquem caminhos e encaminhamentos que levem a buscas micro e macro sociais que levem a transformações e/ou resistência a vários determinantes sociais. Esse processo de acolhimento possibilita a intervenção na sua essência, pois ela pode superar a quebra de poder profissional, e sim a contribuição do saber profissional para vida do ser humano. Para que o acolhimento seja de fato bem sucedido, o mesmo deve ocorrer na perspectiva da humanização. Segundo Campos (2005, p. 40),

a humanização como um processo social e subjetivo implica na transformação dos sujeitos e na ampliação de sua capacidade para agir nas relações. Os modelos dicotomizados e hierarquizados de gestão ainda prevalecem sobre a maioria das instituições de saúde. Por outro lado, o desejo de renovação e o clamor por mudanças apontam para a imperiosa tarefa de descobrir novos enfrentamentos para os padrões rígidos e cristalizados de agir que dificultam e desestimulam as mudanças, ainda que os trabalhadores reconheçam a necessidade delas.

No ambiente institucional o olhar para o idoso ainda precisa ser ampliado, pois compreender que a atenção aos idosos deve ser de maneira especial, de forma multiprofissional, ainda pode ser visualizado como tabu. Ranços e avanços quanto ao envelhecimento ocorrem no decorrer do tempo, por isso sempre se faz importante ao profissional do Serviço Social contribuir para processos reflexivos na ação em geral dos profissionais, para que isso se concretize um trabalho em prol as potencialidades dos usuários.

Ao se deparar com experiência no estágio buscando compreender o segmento idoso em suas particularidades, nas manifestações em grupos, percebeu-se que seus posicionamentos são de menos interação, por necessitar em determinado momentos uma atenção mais aproximada. Essa questão ficou visível no processo de análise observativa. Na própria condução do grupo, quando foram

apresentados determinados temas para reflexão, ficou claro que para os idosos foi mais dificultoso¹⁷, assim tornou-se importante se apropriar de uma fala mais dinamizada e clara para se aproximar dos idosos. O idoso (B) tinha mais desenvolvimento ao acompanhar as discussões expor suas experiências, talvez pelo fato de escutar melhor, assim como teve menos danos físicos por conta do uso abusivo de álcool do que o outro idoso.

Na velhice, o ser humano fica mais sujeito às perdas evolutivas em vários domínios, em virtude de sua programação genética, considerando o biológico, psicológicos, sociais e culturais assim como as condições econômicas, e características afora os demais que ocorrem ao longo do curso. No entanto, dizer que na velhice ocorrem mais perdas do que ganhos evolutivos não significa dizer que velhice é sinônimo de doença. Viver significa adaptação ou possibilidade de constantes transformações. Cita-se esse exemplo para lembrar a importância dos profissionais estarem atentos às necessidades de adaptação para os usuários que estão atendendo.

Segundo Montañes; Sala; Reverte; Kist (2012); a velhice merece um atendimento mais referencial que cronológico, que reflita variações de percepções, expectativas, metas e objetivos para cada situação pessoal. Relacionando com uso abusivo de álcool e drogas, a situação pode ser duplamente difícil: além das consequências da dependência, podem surgir questões que podem emergir no envelhecimento, como temores em torno da “solidão e o isolamento, a saúde e a doença, a perda de memória, a dependência de outro a insegurança, a economia e a incerteza ante o futuro e a morte” (MONTAÑES, etal, 2012, p. 67-68).

É de suma importância que a intervenção profissional seja contributiva. Ressalta-se a necessidade de um olhar atento às demandas dos sujeitos que envelhecem, uma vez que “as repercussões do aumento do número e da proporção de pessoas idosas na expectativa de vida requerem [...] necessidades de aumentar ininterruptamente os fundos públicos [...] destinados ao coletivo, à demanda de serviços e bens específicos” (MONTA, etal, 2012, p. 73). Destaque-se a importância de não se olhar a velhice ou o aumento de velhos como sendo um problema, o problema é a necessidade de garantia de direitos e acesso a serviços públicos que atendam as necessidades dos idosos que não raro ficam em último plano por não

¹⁷Não quer se afirmar que todo idoso tenha dificuldade de compreensão, porém é fato que geralmente existem diferentes pontos de compreensão levando em conta a faixa etária do usuário.

estarem mais economicamente ativos em sua grande maioria; não obstante, estudos mostram que muitos inclusive têm sustentado famílias inteiras como única fonte de renda em seus domicílios.

O acolhimento deve pressupor sucessivas aproximações que possibilitem o conhecimento da realidade, e de forma profissional é importante que a ação seja fundamentada em um conhecimento teórico, metodológico e técnico-operacional para que um olhar crítico da realidade seja garantido. Durante o processo de acolhimento dos dois por meio do atendimento individual, foi percebido que emergem diversas demandas para além do objeto de atendimento do CAPS AD III, porém, as ampliando para um atendimento integral não raro foge da demanda institucional indicada, ocorrendo necessidade de articulações institucionais, profissionais e de compreensão que precisam ser amadurecidas.

Assim, é fato que o acolhimento não pode ser apenas de atendimento imediato ou somente quando surgem demandas pontuais, ele tem vários desdobramentos que requerem trabalho coletivo da equipe. O profissional do Serviço Social na instituição contribui para que fatores relacionados com as expressões da questão social sejam compreendidos, mas não cabe somente ao assistente social executar de forma isolada as intervenções. Destaca-se que “a atitude do cuidado vai muito além e exige uma corresponsabilidade, uma compreensão das necessidades do outro para alcançar uma melhor saúde” (HEIDEGGER, 1989, p. 69).

Através do acolhimento é possível pensar o fortalecimento de estratégias para o resgate da autonomia a partir de diálogos reflexivos na busca de resistência aos condicionantes sociais que geram expressões da questão social, visando à materialização de acesso aos direitos a partir de estímulo a uma consciência crítica¹⁸ da realidade em busca da chamada plena cidadania é pensar na garantia ao acesso dos direitos, que visam possibilidades de sustentabilidade da vida para futura geração.

¹⁸Muitas das vezes se alienam a si próprio sem tomar consciência que sua trajetória é ao mundo de exploração de concorrência dando importância mais às coisas do que às relações humanizadas. Em um modelo econômico neoliberal onde o modo de produção é capitalista o cansaço físico limita o procedimento de uma vida saudável, de possuir tempo e lazer, alimentação, dentre outros fatores, causando reflexos de fatores que contribuem para o sofrimento do próprio eu, sendo que o capitalismo também é gerador de índice de desemprego, o qual gera a não superação do ser humano por tecer suas necessidades, desta forma, causando influências para uso abusivo de álcool e drogas. No entanto, quando o ser humano compreende que esses fatores econômicos são existentes, ele supera a alta culpabilização por não possuir emprego, dentre outros fatores.

Destaca-se que “[...] o Estado neoliberal típico tende a ficar do lado do clima de negócios favorável em detrimento dos direitos (e da qualidade de vida) coletivos do trabalho” (HARVEY, 2005, p. 81). Ou seja, nada é superior aos negócios lucráveis. A preocupação com bem-estar social não ocorre de fato, os interesses giram em torno de amenizar problemas e abafar possibilidades de resistência. A classe que sofre com esses reflexos neoliberais é a classe trabalhadora, a massa popular do proletário sofre com as repressões do capitalista, porque seu único meio de inserção ao trabalho é a venda da sua força de trabalho.

O sistema neoliberal age em prol do crescimento do mercado priorizando interesses econômicos, privatização e redução de recursos das políticas públicas onde as políticas assistenciais e educacionais são as primeiras a serem atingidas, ocasionando diversos problemas sociais. Torna-se importante debater esse tema enquanto tema transversal, inclusive nas instituições educacionais, assim como as redes de atendimento à população, a rede referindo-se no geral a Saúde, Educação, Assistência, Previdência, compreendendo o segmento idoso em destaque, uma vez que é crescente o aumento de número de idosos no Brasil. É necessário considerar que estes não raro promovem o sustento de famílias inteiras, responsabilizando-se inclusive pela criação de netos, é de suma importância o Estado pensar Políticas Públicas que atendam as necessidades dos idosos.

Na sociedade capitalista, onde há predomínio de um poder de dominação hegemônica apenas de uma classe, denominada burguesa, ocorre grande desigualdade na distribuição de riqueza, então a classe trabalhadora se insere como mercadoria para poder viver no sistema econômico explorador. Destaca-se que questão social pode ser

apreendida como um 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 parte da sociedade (IAMAMOTO, 2011, p. 27).

O conflito entre capital x trabalho é nítido no âmbito das relações, pois onde ocorre a exploração do modo de sobreviver do trabalhador, maior é a potencialidade para apropriação da força de trabalho de forma indevida. Na vida do trabalhador assalariado, emerge alta complexidade de fatos que se manifestam em forma de problemas sociais que têm rebatimento direto na vida de alunos, familiares,

instituições, etc. É de grande importância a discussão sobre como o sistema neoliberal reflete nas relações sociais, uma vez que suas consequências acirram expressões da questão social que não raro acerbam a busca pelo consumo de álcool e outras drogas, agravado inclusive no âmbito do envelhecimento quando o sujeito passa a ser considerado obsoleto.

4.3 Dificuldades para efetivar o atendimento do idoso que faz uso abusivo de álcool

Na instituição CAPS AD III percebe-se que é necessário um atendimento que vise à qualidade de vida dos sujeitos compreendendo os fatores sociais vivenciados por eles, ou seja, um atendimento em que não predomine somente o saber médico, mas que seja desenvolvido um trabalho no coletivo. Não em busca apenas de um atendimento, mas sim, um atendimento na essência dos fatos. Exemplos como a participação de profissionais nos grupos, a construção de temas para apresentar nos grupos, possibilitando um atendimento no coletivo para que contribua a práxis da estagiaria e profissionais em prol dos usuários.

Enfatiza-se novamente a importância da compreensão dos determinantes sociais que levam ao uso de álcool e outras drogas, articulando a historicidade dos fatos, intervindo também do problema vivenciado por cada um. Segundo Miotto, Lima (2009) o ponto de partida para intervenção profissional é da realidade que se manifesta, aproximação com a realidade e com os sujeitos destinatários da ação, que se realizam através dos instrumentos técnico-operativos e de seus recursos. A escolha das abordagens vincula-se, principalmente, aos objetivos propostos para a ação. Elas podem ser classificadas em coletiva, grupal e individual. Alguns dos instrumentos viabilizadores da realização dessas abordagens são, por exemplo, a entrevista, as reuniões, as assembleias, os encaminhamentos, ou ainda, combinações desses instrumentos, como a visita domiciliar, a entrevista familiar, o trabalho com redes e outros. Todo esse composto de ações contribui para essa busca de conhecimento. Destaca-se que

O movimento que se tem em mente consiste na articulação dialética entre as três dimensões referentes ao Serviço Social: teórica, ética e técnica. São considerados: o conhecimento/investigação da realidade na qual se intervém; o planejamento e a documentação do processo de trabalho; os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos a

quem se destina a ação; os instrumentos técnico-operativos e outros recursos implicados na ação (MIOTO, LIMA, 2009, p. 39).

Iamamoto (1999 apud Miotto, Lima 2009) considera que o projeto profissional consiste na articulação entre a dimensão macrosocietária referindo-se ao reconhecimento do terreno sócio-histórico sobre o qual a profissão se movimenta considerando seus limites e possibilidades, e a dimensão profissional que compreende as respostas técnico-profissionais dos Assistentes Sociais. Estas expressam como são apropriadas e redefinidas pela categoria a realidade e as imposições macrosocietárias.

Assim, “a configuração social da profissão depende decisivamente das respostas dos agentes profissionais nesse contexto, articuladas em torno do projeto profissional de caráter ético-político” que se encontra compromissado com a Cidadania, porque prima pela defesa dos Direitos na sua totalidade, pela sua ampliação legal e sua consolidação material, na qual os indivíduos sociais passam a ser “reconhecidos como sujeitos de valores, de interesses, de demandas legítimas, passíveis de serem negociadas e acordadas” (IAMAMOTO, 1999, *apud* MIOTO, LIMA, 2009, p. 33).

Destaca-se como uma das dificuldades fundamentais a compreensão dos familiares quanto ao uso do álcool. Existe dificuldade de aceitação quanto ao fato de ser morosa a busca pela abstinência. Porém, é fato que quanto mais envolvimento da família estiver presente, maiores são as chances de sucesso. Destaca-se que

Não pode ser negado, é a importância da família tanto ao nível das relações sociais, nas quais ela se inscreve, quanto ao nível da vida emocional de seus membros. É na família, mediadora entre o indivíduo e a sociedade, que aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É a formadora de nossa primeira identidade social (REIS, 2001, p. 99).

Sendo assim, tornam-se extremamente importantes os processos interventivos junto ao atendimento das famílias. No CAPS AD III, é realizado esse atendimento, mas existem inúmeras dificuldades quando ocorre vínculo fragilizado, que é referente ao uso, rompimento, negligência com o idoso. Essa questão foi observada na intervenção com idoso (A), uma vez que “a realidade que se revela na cotidianidade dos entrevistados é repleta de exemplos de vida que buscam, num movimento dialético, a superação das limitações” (COSTA, 2007, p. 104).

O idoso A em sua trajetória de vida já passou por diversos sofrimentos envoltos em violência, reproduções de violência, no final da fase da vida se depara

com cenário conflitante, esses fatores interferem nos vínculos familiares. Segundo Costa (2007, p. 131), o apoio familiar na “terceira idade serve como suporte para definir estratégias ou, até mesmo, pode ser entendido como recurso que contribua para manter os idosos ativos”. Quando esses vínculos estão fragilizados, é de suma importância que profissionais em suas intervenções contribuam para processos reflexivos que possibilitem transformações no âmbito pessoal. Porém, é fato que existem situações em que, diante de toda uma trajetória de distanciamento familiar, fica complexo na velhice resgatar a família quando o idoso necessita de apoio para enfrentamento, por exemplo, do uso abusivo de álcool. Muitas vezes a família há anos já se distanciou do familiar pelas consequências dessa relação com o álcool.

Ao se referir às dificuldades do atendimento ao idoso que faz uso abusivo de álcool, é de suma importância um atendimento mais aproximado da realidade deles, respeitando as dificuldades, para que sejam atendidos com uma atenção especial através de grupos, que sejam disponibilizadas as equipes a participar e intervir, assim como obter um olhar ampliado sobre o porquê da importância ao atendimento planejado ao segmento idoso.

Porém, embora ocorram diversas dificuldades relacionadas à família e incompreensões de diversas ordens, deve-se ter cuidado para não se entrar em um círculo vicioso de culpabilização da família, pois esta também está envolta em vários condicionantes de reprodução de relações de violência, desigualdade, pobreza, etc. Segundo Leitão e Pasinato (2004), a família é vista como a fonte de apoio informal mais direta para a população idosa. Considerada como única alternativa de apoio, isso tem se verificado tanto pela coresidência como pela transferência de bens e recursos financeiros. A direção do fluxo de apoio intergeracional parece ser mais expressiva vindo das gerações mais velhas para as mais novas ao longo de grande parte do ciclo de vida dos indivíduos. Em geral, os pais idosos começam a demandar ajuda dos filhos apenas a partir dos 75 anos. Porém, devido a sua permanência no emprego e/ou à posse do benefício previdenciário, muitos idosos têm assumindo o custeio dos domicílios.

Mesmo dando conta do sustento e dos cuidados de filhos, netos, os idosos possuem autonomia relativa. Quando se refere ao idoso que faz uso abusivo de álcool, fica evidente que o primeiro passo de interferência é o de romper com autonomia do idoso. O próprio idoso (A) relatou que já não recebe seu salário, que

ficou em pleno poder da filha. O idoso (B) também passou um dos salários a pleno poder do filho, com bens e outro aspectos materiais a pleno poder do filho.

Não há fatores únicos para entender o uso abusivo de álcool, mas segundo as pesquisas as experiências em estágio com usuários relatam-se que o “consumo excessivo de álcool evidenciado nos relatos dos usuários pesquisados está aliado a fatores culturais, econômicos e familiares” (FONSECA, 2017, p. 75). O caso do senhor (A) fica evidente que fatores culturais, como machismo, de ‘beber para provar masculinidade’, foram fundamentais para o consumo. Mesmo com as perdas no decorrer da vida, o fato cultural influenciou ao uso abusivo de álcool.

Na continuidade ao processo interventivo com senhor (A) foi desvendado que uso abusivo de álcool foi acarretado pela mudança de residência. O senhor (A), em uma intervenção, diz que “o sofrimento é saudade de sua residência que morou por 50 anos, até hoje não consigo esquecer”. Segundo Pavarini e Neri (2000, p. 61) indicam que embora se saiba que o “envelhecimento provoca diminuição na capacidade adaptativa, que se traduz às vezes em patologia, às vezes em afastamento e depressão, não se pode dizer que a dependência física, cognitiva, afetiva ou social sejam características inescapáveis da velhice”. Com múltiplas situações vivenciadas, a pessoa idosa interfere na probabilidade de lidar ou não com a solução de problemas, que está diminuída com o envelhecimento, da mesma maneira que outras faculdades cognitivas, apesar de não se constituir em obstáculo para a vida social.

Estar adaptado a um espaço onde vivenciou por meio século pode influenciar a não adaptação entre outro espaço, cada pessoa encara esses fatores de uma forma, mas muitas das vezes pode não se adaptar no local onde reside por pouco tempo, compreendendo como está sendo recepcionado nesse determinado espaço, compreendendo fatores como autonomia, cuidados, atenção. (GIMENES, 2000, p. 120).

Pontua-se que:

No que se refere às perdas, muitas surgem no decorrer do processo, a exemplo de doenças crônico-degenerativas; as modificações do corpo; a viuvez; as dificuldades financeiras, provenientes não somente do início da aposentadoria, mas também, pelas necessidades de ordem biológica, que levam ao aumento do consumo de medicamentos; a perda gradual das pessoas queridas e dos amigos, dentre outros. Tudo isso pode desencadear o aparecimento de crises que, por sua vez, podem levar às doenças [...] o modo como ele responderá aos diferentes momentos poderá influenciar sua saúde física e mental (GIMENES, 2000, p. 120).

A autonomia, muito prejudicada geralmente na velhice, foi atrelada a fatores que contribuíram para o uso abusivo de álcool. A relação do senhor (A) com sua filha também foi conturbada, pois ela assumiu os cuidados com ele porque já era responsável pelo recebimento da aposentadoria, o que não significa automaticamente que havia vínculo de afeto. Nesse caso, evidenciado a importância do conhecimento da realidade do sujeito e conseqüentemente de seus vínculos para que as intervenções sejam pensadas de forma ampla.

Referindo ao atendimento do senhor (B), de 77 anos, este relata fatores vivenciados no seu cotidiano: “Eu bebo desde os 14 anos uma cachaça, com meus tios, eles me mandavam buscar as bebidas de álcool, deixando que tomasse goles... Hoje frequento o CAPS por ter feito o consumo de álcool todos os dias”. O senhor (B) ainda relatou que se casou muito novo, sua esposa tinha 16 anos, e ele, 22 anos. Atribuiu o consumo a suas dificuldades de relacionamento conjugal, tanto pelo fato da esposa ter tido um derrame cerebral quanto sobre questões íntimas do casal. Ele relata que ficou por quatorze anos sem beber, mas devido à solidão que sentia – devido ao casal não dormir mais no mesmo cômodo, agravada pelo rompimento de relações sexuais – levou o referido idoso, depois de ficar por 25 anos sem contato íntimo com a esposa, a voltar a beber. Passou a consumir o álcool todas as noites abusadamente como forma de fuga.

Na contemporaneidade os relacionamentos são de caráter mais aberto para discussões, as relações são encaradas de diferentes formas, compreendendo que para senhor B o fato da solidão gerou sofrimentos que contribuíram para o uso abusivo de álcool. Referindo se a relação sexual tornou complexo as relações conjugais.

Outro fator apontado pelo o senhor (B) tem se tornado comum. O mesmo relatou que desenvolveu por anos o trabalho de cuidador da esposa, pois para se alimentar ela necessitava que alguém lhe alimentasse, que lhe de banho, esse processo foi desgastando a relação e promovendo sentimentos negativos. Atrela essa questão também ao consumo abusivo de álcool para suprir um sofrimento, pois sua esposa que foi morar com seu filho em outro estado, uma vez que por conta do álcool ele estava tendo lapsos de memória assim como dificuldades de saber até onde residia.

Segundo Rodrigues, Watanabe (2005) há que se refletir sobre a saúde de cuidadores, pois são os principais aliados no processo de atenção ao idoso no domicílio. Torna-se igualmente importante a atenção à implementação de programas de assistência voltada para cuidadores idosos, que contemplem necessidades de saúde destes cuidadores. Deste modo, além de orientações sobre como cuidar do outro, um projeto de manutenção e promoção da própria condição de saúde, pois pode influenciar para processos desgastantes ao cuidador que possui condicionalidades na velhice; cabe ressaltar que pode gerar até índice de desgaste físico, mental, e social.

Somente depois de todas essas circunstâncias o mesmo relata que foi conversar com o filho que gostaria de um atendimento que contribuísse para não consumir mais álcool. “Necessito parar de usar o álcool por amor próprio, pois fiz muitas besteiras, até dinheiro jogava para cima e outros ajuntavam nos bar que eu bebia” (Sr. B). O processo de intervenção com senhor (B) teve continuidade através de abordagens durante a estada no pátio no momento que ocorre intervalos ou são liberados das atividades realizadas na instituição CAPS AD III estes momentos são a forma de uma aproximação mais individual o qual propicia uma intervenção. Durante as dinâmicas realizadas, percebe-se que o senhor (B) chegava relatando tristeza, solidão, abandono pelos familiares. Foram gerados processos de reflexão, para que ele compreendesse que o fortalecimento dos vínculos poderia ser demorado, que a participação dele em grupos fosse uma forma de conhecer novas relações. Na tentativa de ampliar processos de socialização tentou-se encaminhá-lo para frequentar o Centro dia, mas a renda dele não se enquadrava, pois foi considerada como sendo “muito alta”. Nesse caso, percebe-se o quanto o sistema social ainda é perverso, predomina a questão de que o sujeito para ser incluído precisa, primeiro, ser excluído.

O senhor (B) conseguiu frequentar um grupo de homens nas quartas-feiras, que é um grupo da Igreja Católica, por opção dele, para tentar suprir a solidão. Na intervenção com senhor (B), foram recorrentes momentos de fragilização que o levaram ao choro, pois relatava que se sente culpado por sua esposa ter ficado doente e ele ter agido de forma irritada. Durante o envelhecimento vários processos fisiológicos se modificam. Por exemplo, no sistema nervoso central, ocorre uma diminuição do seu volume total (perda de neurônios e outras substâncias) e as fibras

nervosas perdem a sua mielina - responsável pela velocidade de condução do estímulo nervoso (STRAUB et al 2001; BERGER E MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Vários momentos e abordagens reflexivos foram utilizados na intervenção para superação de fatores que têm gerado sentimento de culpa. Depois de sucessivas aproximações, hoje Senhor (B) frequenta o grupo, participando da discussão dos temas apresentados, inclusive não tem chorado com grande intensidade emocional, revelando que está há três meses sem uso abusivo de álcool.

Para esse resultado foi necessário olhar atento da equipe, inclusive com necessidade de conforto de toque, por meio inclusive de abraços – quando oportunos – para que o mesmo se sentisse acolhido. O referido idoso tem se demonstrado fortalecido e indica o grupo como sendo fundamental nesse processo. Nas rodas de conversa foi discutida com ele a perspectiva de Redução de Danos, pois como ele relatava que não consegue sair de casa, pois tem medo de passar em frente aos bares e voltar fazer uso, foi enfatizada a necessidade de não se sentir refém do álcool. Ele relata que prefere a abstinência, pois se tomar o primeiro gole não consegue controlar; neste sentido, é preciso compreensão da equipe quanto a adotar ou não determinadas estratégias, pois a autonomia do sujeito deve ser preservada.

Reforça-se a importância do trabalho com grupos. Segundo Jodelet (1989) a identificação do sujeito com o grupo assegura seu vínculo social, e a preexistência das representações garante a identificação do sujeito. Deste modo, percebe-se que os grupos têm influência sobre o pensamento de seus membros e desenvolvem até estilos e pensamentos distintos, contribuindo para resgate da autonomia, assim como para fortalecimento das potencialidades.

Para esse resultado foram meses de diálogo. A intervenção com senhor (B) continua. Ficou clara a necessidade de trabalhar fatores que geram o sofrimento, pois se podem alcançar resultados que contribuam para a realidade vivenciada pelo senhor (B). Fica aqui a reflexão quanto à necessidade de abordagem de médio e longo prazo. Não são possíveis intervenções qualificadas no âmbito do emergencial e tecnicismo, porém, não raro por consequência da precarização das relações de trabalho, as instituições não concedem estrutura e equipe para dar conta de intervenções amplas.

Outro fator de dificuldade para o atendimento do idoso que faz uso de álcool na realidade estudada consiste no preconceito que se tem em torno do envelhecimento. Ressaltam-se como exemplo, na própria participação nos grupos coordenados pelas estagiárias, as falas de usuários jovens, com risadas, dizendo que os velhinhos se divertem, pois nesse período tinha maior índice de idosos do que jovens.

Em determinados momentos, outro empecilho identificado reside na contradição que se manifesta quanto à prática clínica, onde predomina o saber médico disciplinar com ênfase em tratamentos e não o atendimento em conjunto de na perspectiva interdisciplinar. Segundo Machado (1997), ainda persistem reproduções que perpassam predominância histórica, onde a decisão médica era que prevalecia, mas na atualidade devemos compreender que trabalho coletivo é uma construção de análise em conjunto.

O enfrentamento e resistência na instituição têm que ser estratégicos para que junto os saberes profissionais desempenhem um trabalho no coletivo. Enfatiza-se a importância do fortalecimento do trabalho¹⁹ em rede para executar uma prática que contribua com os usuários de políticas públicas, ampliando possibilidades de atendimentos socioassistenciais.

A partir dessa experiência no projeto de extensão e estágio foi pensando o projeto de intervenção que será desenvolvido sob o título: “Atenção ampliada ao atendimento ao idoso que frequenta o CAPS AD III”. O projeto foi pensando através da realidade manifestada pela a instituição que sente carência ao atendimento específico aos idosos. O mesmo objetivará promover o atendimento especializado ao Idoso que faz uso abusivo de álcool e drogas no CAPS AD III. Espera-se que o mesmo se mantenha como projeto piloto e possa ser levado adiante pela instituição. Defende-se que, considerando que há todo um preparo, estudos e metodologias próprias para intervenção junto a crianças e adolescentes, por que o mesmo não é pensando para o segmento idoso? Infelizmente ainda perdura a noção de que não vale a pena investir em sujeitos que estão na fase final do ciclo vital. Nesse sentido,

¹⁹ “O Apoio Matricial às equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, dado que são serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica e seus dispositivos principais. São considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda tanto para as residências terapêuticas como para atenção básica” (GAZINATO,SILVA, 2014, s/p). Considerando o trabalho em rede com articulação da instituição.

programas, projetos, pesquisas, etc. no âmbito da gerontologia social tornam-se essenciais para um país que envelhece e não deveria pensar a velhice como um problema social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de álcool na sociedade contemporânea de forma geral apresenta grande índice. Ao se discutir o uso abusivo na velhice, ele vem tomado de fatores reproduzidos historicamente, como comprovação inclusive de masculinidade. Através do processo interventivo com idosos foi possível perceber que a reprodução machista influenciou o uso e, em seguida, gerou sofrimentos, perdas, mudanças que levaram ao uso abusivo.

O trabalho final de graduação do curso de Serviço Social foi desenvolvido através de temas pouco abordados durante a formação – tanto a questão do abuso de álcool e outras drogas quanto a questão do envelhecimento –, porém os temas se mostraram relevantes a partir da inserção em outros espaços acadêmicos, como em projetos de extensão cumprindo com o tripé ensino, pesquisa e extensão.

O ponto alto do capítulo dois é a importância dos avanços das conquistas da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, compreendendo o que estas resultaram para possíveis melhoras ao atendimento em saúde. Assim como a importância de saber os efeitos e causas, que o uso abusivo de álcool na velhice pode acarretar danos à saúde, fatores discutidos no decorrer do texto são em prol de compreender como contribuir para ampliação e melhoria ao atendimento ao idoso que faz uso abusivo de álcool.

Discutir o envelhecimento no capítulo III tornou-se fundamental para compreensão de processos históricos e totalidades maiores. Percebe-se que a “sociedade não está dando a devida importância aos idosos. Os idosos estão sendo esquecidos, abandonados e desvalorizados” (BENITES, WERGNER, STRCK, *apud* AREOSA, 2012, p. 243).

Por meio dos resultados do capítulo IV fica evidente a importância de ressaltar que o idoso tenha acesso a obter atendimento especializado, que esteja de acordo com suas necessidades, respeitando condicionalidades próprias do processo de envelhecimento, contribuindo para ampliação de atendimentos qualificados. Ressalta-se que a perspectiva não seria de separação de atendimentos, que poderia excluir o idoso das demais faixas etárias, mas de respeito às singularidades e particularidades.

Destaca-se que, segundo o Código de Ética (1993) e a Lei de regulamentação da profissão, o assistente social tem um comprometimento ético, destacando o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. Referindo aos usuários que são atendidos no CAPS ADIII, é de suma importância na prática profissional os processos de resgate da autonomia, principalmente no caso de idosos que, pela sua própria fase de vida, não raro são tolhidos em suas decisões, deparando-se com rompimentos, com controle da família, falta de confiança gerada pelo próprio consumo abusivo de álcool, etc.

Destaca-se também o compromisso com o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure bens e serviços relativos aos programas e políticas e universalidade de acesso aos direitos sociais. Assim emerge também o compromisso com o entendimento das particularidades dos sujeitos atendidos. Há que buscar eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças, próprios de espaços que atendem sujeitos em situação de vulnerabilidade social.

Respondendo ao problema de pesquisa suscitado: “como está constituído o atendimento em Saúde Mental ao Idoso que faz uso abusivo de álcool?”, verificou-se que não há atendimento específico, todos os sujeitos independentemente da faixa etária são atendidos da mesma forma, com as mesmas metodologias de abordagem. Nesse sentido, inferiu-se quanto à possibilidade de se levar em conta as particularidades do sujeito idoso no processo de atendimento, pois, assim como existe diferencial no trato com crianças, por terem características próprias da idade, o mesmo ocorre com o sujeito idoso. Não se iguala um idoso a uma criança em nenhum momento, porém, é fato que por ser idoso já está envolto em um cenário de perdas agravado pelo uso abusivo de álcool. Não há intenção de separar de forma total os atendimentos, pelo contrário; incentiva-se um olhar atento à realidade para que o idoso possa se sentir à vontade para usufruir dos serviços oportunizados na instituição.

REFERÊNCIAS:

ANDRADE, Tiago da Silva. **Rede de atendimento à dependência de crack**: em perspectiva o olhar dos dependentes. Trabalho conclusão do curso de serviço social da Universidade Federal do Pampa, São Borja, 2014.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, Walmir. **Marxismo**: história, política e método. Disponível em: <https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/934138/mod_resource/content/1/elementos%20b%C3%A1sicos1.pdf> Acesso em 02 de novembro de 2017.

BENITEZ, Lisiane Brittes; WEGNER, Evilin Werner; STREECK, Schayane. A temática do envelhecimento: mídia família e sociedade. In: AREOSA, Silvia Virginia Coutinho; COUTO, Analie Nunes et al (org). **Envelhecimento humano**: Realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

BISNETO, José. **Augusto Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. 3. ed.- São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL, Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL, Constituição Federal, texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais Nº1/92 a 67/2010 e pelas Emendas Constitucionais de revisão nº 1 a 6/94. - Brasília: Senado Federal subsecretaria de edições técnicas, 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado á Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1900-2004. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 4. ed. Rev. e atual., 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de. Sousa MONNERAT, Giselle Lavinias (org.). **Saúde e Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social em Saúde: Formação e trabalho profissional. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRÊTAS, Ana Cristina, OLIVEIRA, Eleonora M. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão.

BRITO, Kleidy De Jesus A dimensão do acolhimento em unidade de pronto atendimento (UPA): Um olhar perspectiva do Serviço Social. In: **Revistas Saúde e Desenvolvimento**. Vol. 7, n.4 | jan – dez 2015.

BRUNO, Marta Regina Pastor. Cidadania não tem idade In. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Vol. 75 ano XXI. São Paulo: Cortez, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição de sujeitos, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASTELO, Rodrigo, A “questão social” nas obras de Marx e Engels. In. **Praia Vermelha** v. 20 nº 1, Rio de Janeiro p. 85-94 / Jan-Jun 2010.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. In. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 12-25, Rio de Janeiro mai./ ago. 2001.

COSTA; Mônica Rodrigues. A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. In. **Sociedade em Debate**, Pelotas, jul.-dez./2007.

CURY, Carlos Nelson. Educação e contradição: **elementos metodológicos para uma teoria crítica fenômeno educativo**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

DANIELLE, Souza Silva Varela Isabela Maria Magalhães Sales, Fernanda Mendes Dantas e Silva, Claudete Ferreira de Souza Monteiro. Universidade Federal do Piauí, Teresina - PI, Brasil. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas; Esc Anna Nery 2016.

DEBERT, G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

DOVIDIO, F.; MAJOR, B.; & CROCKER, J. Stigma: introduction and overview. In: HEATHERTON, T. F.; KLECK, R. E.; HEBL, M. R.; HULL, J. G. (Orgs.), **The social psychology of stigma**. The Guilford Press, New York, p. 1-28. 2003.

ESCOTO, Laureane da Rocha. **Institucionalização de idosos**: questão familiar ou de escolha de vida? Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em Serviço Social da Universidade Federal do Pampa – campus São Borja, 2012.

ESPEROTTO, Neila. **Instrumentalidade do Serviço Social**. Porto Alegre: Impresso Livre, 2009.

FEURBACH, Ludwig. **La filosofia del futuro**. Buenos Aires: Ediciones Calden, 1969.

FONSECA, Junior, Roberto da Cruz. **As experiências sociais de idosos que fazem uso de álcool e outras drogas em municípios de fronteira**. Dissertação de Mestrado, PUCRS, 2017.

GALO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, Bloco histórico e movimento In. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, 2011.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZABOLIB, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; FRACOLLID, Aparecida. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. In: **Revista Baiana de Saúde Pública** jan./mar. 2010.

GAICOMIN, Karla Cristina; MAIO, Iadya Gama. A PNI na área da Saúde. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (org). **Política nacional do idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

GAZIGNATO, Elaine Cristina; SILVA, Carlos Roberto de Castro. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família* Artigo de Pós graduação interdisciplinar, UNIFESP, 2014.

GARCIA, Aline; PASSOS, Aline; CAMPO, Thereza Anna, PINHEIRO, Elaine, BARROSO, Fellipe; COUTINHO, Maciel; MESQUITA, Luiz Fernando; ALVES, Mariana; FRANCOLL, Alfred Sholl; **A depressão e o processo de envelhecimento**. Rio de Janeiro. 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Método e técnicas de pesquisa social**. ed. 8. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. Métodos e técnicas de pesquisa social. Ed. 6. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. Estudo de Caso. São Paulo: Atlas, 2009.

GIMENES, Maria G. G. A Teoria do Enfrentamento e suas Implicações para Sucessos e Insucessos em Psiconcologia. In: GIMENES, Maria G. G. e

FÁVERO, Maria H. **A Mulher e o Câncer**. São Paulo: Livro Pleno, 2000.

GÓIS; Mariana Maiza de Andrade; AMARAL; José Hamilton do. **O uso de drogas lícitas e ilícitas e suas consequências sociais e econômicas**.

HARVEY, David. 2005, **O Neoliberalismo**. Histórias e implicações 2ed, São Paulo, Cortez. 2008.

HEIDEGGER, M. Pensando a Humanização da Prática Profissional do Assistente Social na Assistência Hospitalar. In: **Ser e Tempo**. Parte I. 3ª ed. Petrópolis: Vozes 1989.

IAMAMOTO, Marilda Villela, Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Conselho Federal de Serviço Social CFESS**, Associação Brasileira de Ensino, pesquisa em serviço social- ABEPSS, Brasília, 2009.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**, 21. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Marilda Villela. **Renovação do conservadorismo no Serviço Social**. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

JODELET, Douglas. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Douglas. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Uerj; 2001.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEITÃO, Juliana; PASINATO, Maria Tereza Mello. Famílias: espaços de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, Ana Amélia (org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: 2004.

LOCCOMAN, Luiz. **A polêmica da internação compulsória**. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html>. Acesso em 09 de outubro de 2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve Periodização do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente: In: ROSA, Lucia Cristina dos Santos, Pereira, Ivana Carla Garcia; Bisneto, José Augusto; Vasconcelos, Eduardo Mourão (org). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3ed. São Paulo: Cortês, 2006.

LUFT, Eduardo. **As sementes da dúvida**. São Paulo: Mandarim, 2001.

SOUZA, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social em Saúde: Formação e trabalho profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

Machado, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa Qualitativa**: instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MARX, Karl. **Grundrisse**. Buenos Aires: Siglo XXI, 1972.

MENDES, Jussara Maria R.; GARCIA, Maria Lúcia T.; FIGUEIRA, Edinéia. OLIVEIRA; Rosa Maria; FERNANDES, C. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. In: **Textos & Contextos**. Porto Alegre, EDIPURS. p. 331 - 344, ago./dez. 2011.

_____. M. R.; NUNES, Elaine Engel. A Trajetória do Trabalhador Portador de Ler/Dort: afinal que caminho é esse? In: Revista **Textos e Contextos**: Perspectivas da Produção do Conhecimento em Serviço Social. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias, e Estudos socioeconômicos. In: **Conselho Federal de Serviço Social**. CFESS, Associação Brasileira de Ensino, pesquisa em serviço social- ABEPSS, Brasília, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso, LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de u processo investigativo. In: **Revista Texto e Contexto**, Porto Alegre, 2009.

MONTAÑÉS, Maria Concepción Menéndez; SALA, Joseph Luís Conde; REVERTE, Maria Angeles Ortega; KIST, Rosane Bernadete Brochier. Qualidade de vida no envelhecimento. In: AREOSA, Silvia Virginia Coutinho; COUTO, Analie Nunes et al (org). **Envelhecimento humano**: Realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

MOTA, Elizabete Ana, Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e tendências recentes in: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional, s/ano.

NERI, Anita L. **E Por Falar em Boa Velhice**. São Paulo: Papirus, 2000.

NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar, Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2011.

_____. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, Papirus, 1993.

_____. **Palavras chaves em gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2008.

NETTO, José Paulo. **Métodos e Técnicas da Escola de Serviço Social da UFRJ** - Introdução ao método da teoria social, sem ano.

OLIVEIRA, Maria Eliane Souza de; SANTANA, Regilene Gilmar de. Idoso: o uso abusivo do álcool e suas repercussões nos contextos psicossocial e familiar. **4º Congresso Internacional de envelhecimento Humano**. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA2_ID1827_07082015142409.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2017.

OURIQUES, Edison Ademir Padilha. **Política Nacional sobre drogas: um olhar na perspectiva dos Direitos Humanos**, Modalidade artigo, 2016, Pós Graduação, Unipampa.

PAIXÃO, Afonso. **O idoso e o álcool**. Disponível em: <<http://apoiar-stressdeguerra.com/pt/2015/01/05/o-idoso-e-o-alcool>>. Acesso em 09 de setembro de 2017.

PESSOA, Elisângela Maia, **Assistência social ao idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul**. (Tese de Doutorado). Porto Alegre: PUCRS, 2010.

PIEVE, Denise Ribeiro da Fonseca. **Os desafios das integralidades desvendando as necessidades em Saúde vivenciadas pelos Usuários do centro de atenção psicossocial-álcool e outras drogas (CAPSAD) de São Borja**. Trabalho final de graduação em Serviço Social. Unipampa, 2010.

PINHEIRO, R. et al. Demanda a Saúde. Liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os anexos constituintes das práticas da integralidade. In PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 65-76.

REIS, José. Família, emoção e ideologia. In: LANE, Sílvia. **Psicologia Social: O Homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

RODRIGUES, Sergio Leandro; WATANABE, Helena Akemi Wada. A saúde de idosos que cuidam idosos. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/7294/4e536b75402364c97b68c0733aceeb2e70cf.pdf>>.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANTOS, Janete Silva dos; Atendimento Preferencial no Estatuto e na voz do idoso: uma análise discursiva. In: **Brasil - Linguagem em (Dis)curso**, Tubarão, SC, 2013.

SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira, OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Journal of Nursing and Health**. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3449/2834>>. Acesso em 10 de setembro de 2017.

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e liderança comunitária** - Ministério da Justiça.– 5 ed. – Brasília: SENAD, 2013.

SCORTEGAGNA, Helenice de Moura, Oficinas temáticas como estratégia pedagógica, In: **Educação e envelhecimento humano**. Caxias do Sul, RS: Educus, 2006.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, 2011.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

WOERNER, Camila, Biribio. Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica Social. In: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), p. 174 - 185, jan./jun. 2015.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

ANEXO A – Roteiro norteador

- 1) Quais os serviços e equipe disponível no CAPS AD III para atendimento aos idosos que faz uso abusivo de álcool?

- 2) Como vem ocorrendo o acolhimento dos idosos no espaço institucional?

- 3) Quais estratégias vêm sendo utilizadas para fortalecendo a saúde mental no idoso?

- 4) Quais as dificuldades encontradas para efetivar os tratamentos em Saúde Mental aos idosos atendidos no CAPS AD III?