



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**



LUMA COSTA PEREIRA

**CONCEPÇÕES DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO
FAMILIAR PARA O USO OU ABANDONO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR
IDOSOS**

JEQUIÉ-BAHIA

2013

LUMA COSTA PEREIRA

CONCEPÇÕES DE PESSOAS IDOSAS SOBRE A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO
FAMILIAR PARA O USO OU ABANDONO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR IDOSOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB – Campus de Jequié), área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Família em seu Ciclo Vital

ORIENTADORA: Prof^a DSc. Edite Lago da Silva Sena

JEQUIÉ-BAHIA

2013

P492 Pereira, Luma Costa.
 Concepções de pessoas idosas sobre influência do contexto familiar para o uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos /Luma Costa Pereira.- Jequié, UESB, 2013.
 84 f: il.; 30cm. (Anexos)

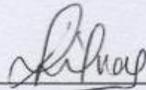
Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.
Orientadora: Prof. Dsc. Edite Lago da Silva Sena.

1. Bebidas alcoólicas – Concepções de idosos sobre a influência do contexto familiar para o uso ou abandono do álcool I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

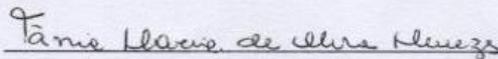
CDD – 613.7044

FOLHA DE APROVAÇÃO

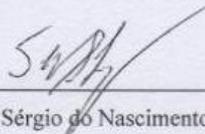
PEREIRA, L. C. **Influência do Contexto Familiar para o Uso ou Abandono de Bebidas Alcoólicas por Idosos**. 2013. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil.



Prof. Dr. Edite Lago da Silva Sena – Orientadora e Presidente da Banca
Doutorado em Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.



Prof. Dr. Tânia Maria de Oliveira Menezes
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.



Prof. Dr. Sérgio do Nascimento Silva Trad
Doutor em Antropologia da Medicina pela Universitat Rovira i Virgili.

Jequié – BA, 03 de dezembro de 2013.

AGRADECIMENTOS

Ao **Deus**, pela possibilidade da vida e por sempre iluminar os caminhos por onde devo seguir.

À **toda a minha família e em especial ao meu núcleo familiar, Claudio e Izabela (meus pais), Camilla (minha irmã), e Russo (meu doce e agitado cachorro)**, por confiarem em mim, orgulharem-se do que eu me dispus a fazer e me incentivarem a seguir este caminho. Obrigada pelo amor, afago e apoio nessa jornada!

Ao **meu lindo noivo, Jorge Peixoto**, por ser a minha maior fonte de inspiração para os estudos, por seus simples e valiosos gestos de amor, carinho e cuidado que me fazem sentir um imenso conforto.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb)**, que desde a graduação foi a minha fonte de produção de conhecimento. E em especial ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)**, que me deu a oportunidade de crescer profissionalmente e pessoalmente.

À **Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb)**, pelo apoio financeiro através da concessão da bolsa de pesquisa, pois sem esse amparo essa jornada seria muito mais difícil.

À **minha grande e querida orientadora Prof^a DSc. Edite Lago da Silva Sena**, pelo acolhimento, pelos momentos de orientação sempre saudáveis e carinhosos, pela compreensão das dificuldades vividas, e por se dedicar para fazer “acontecer a produção do conhecimento”.

À **professora Zenilda Nogueira Sales**, grande parceira, que me conduziu na técnica de análise de conteúdo, aceitando prontamente a proposta de realizar os estudos independentes comigo.

Aos professores e funcionários do PPGES, pelo respeito, apoio e oportunidade de me fazerem uma pessoa mais qualificada.

Aos idosos da Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade (Aagruti), pela excelente recepção, pelos momentos alegres e agradáveis do Grupo Focal, e por terem possibilitado a construção desse conhecimento.

À Luana Machado, por ter me ajudado bastante nessa batalha, desde o momento que decidi fazer a seleção para o mestrado; e pela amizade que temos construído.

À professora Patrícia Anjos pelas palavras de conforto e apoio sempre que necessário.

Aos meus colegas de mestrado, essa turma foi especial, nossa “PROMESSA” parece ter sido cumprida, e cada um trouxe consigo uma peça para montar esse quebra-cabeça da produção científica.

À professora Tânia Maria de Oliva Menezes e ao professor Silvio Yassui, pelas valiosas contribuições na banca de qualificação do projeto da dissertação.

EPÍGRAFE

Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais

Hoje me sinto mais forte,
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei,
Ou nada sei

Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs

É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir

Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a marcha
E ir tocando em frente

Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Eu vou tocando os dias
Pela longa estrada, eu vou
Estrada eu sou...

(Almir Sater)

RESUMO

O processo de envelhecimento humano mostra-se acentuado em todo o mundo, e nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o fenômeno tem ocorrido de forma bastante acelerada, o que aponta a necessidade de pesquisas no sentido de conhecer como as pessoas estão envelhecendo, quais as mudanças vivenciadas por elas no contexto familiar e social que contribuem para o aumento da população idosa, e o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida dessa população. Este estudo tem como objetivo conhecer as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar para o uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos. Foi desenvolvido segundo a perspectiva qualitativa; as informações foram produzidas nos meses de Março e Abril de 2013, por meio de Grupo Focal, com 12 participantes que integram grupos de convivência cadastrados na Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade, no município de Jequié, Bahia, Brasil, respeitando os aspectos previstos na Resolução nº 196/96, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Os corpus originados dos encontros do grupo focal foram submetidos à análise de conteúdo temática de Laurence Bardin, que orientou a formulação de duas categorias: *motivos que levariam uma pessoa idosa a fazer uso de bebidas alcoólicas; estratégias utilizadas pela família para ajudar o idoso a abandonar o uso de bebidas alcoólicas*. A discussão à luz do aporte teórico de Madeleine Leininger sobre a diversidade e universalidade do cuidado cultural permitiu-nos compreender o quanto os aspectos socioculturais podem influenciar o cuidado à pessoa idosa, sobretudo no contexto do consumo de bebidas alcoólicas. Portanto, o estudo constitui um referencial que subsidiará a formação do profissional de enfermagem no campo gerontogeriatrico.

Palavras-Chave: Bebidas alcoólicas. Família. Idoso.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Caracterização dos grupos de convivência participantes do estudo (Jequié, 2013).....	34
Quadro 2: Caracterização dos idosos participantes da pesquisa (Jequié, 2013).....	36
Imagem 1: Instrumento de avaliação do encontro do Grupo Focal	40
Gráfico 1: Publicações por subtema estado de saúde, citadas na base de dados LILACS, de 1982 a 2010, sobre o tema envelhecimento.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aagruti – Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta a Terceira Idade.

APA – American Psychiatric Association

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

GF – Grupo Focal.

MS – Ministério da Saúde.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONG – Organização Não Governamental.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPGES – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde.

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UATI – Universidade Aberta com a Terceira Idade.

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 DO ENTORNO DO TEMA À DEFINIÇÃO DO OBJETIVO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA: SITUANDO O “ESTADO DA ARTE”	14
2.1 O ENVELHECIMENTO HUMANO	14
2.2 O CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	17
2.3 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ..	20
2.4 O CONTEXTO FAMILIAR E O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR IDOSOS	24
3 O OLHAR SOCIOCULTURAL PARA O OBJETO DE ESTUDO: REFERENCIAL TEÓRICO	28
4 A TRAJETÓRIA PARA A CONQUISTA DO OBJETIVO	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	33
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	35
4.4 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	37
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	40
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	41
5 INOVAÇÃO NO CONHECIMENTO GERONTOGERIÁTRICO ACERCA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	42
6 DESPERTANDO OUTRAS REFLEXÕES SOBRE O TEMA	60
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	72
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	73
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	75
APÊNDICE C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UESB	77
APÊNDICE D - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	79
APÊNDICE E - ORÇAMENTO	81

1 DO ENTORNO DO TEMA À DEFINIÇÃO DO OBJETIVO

O processo de envelhecimento é um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas que apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, o tempo e o espaço. Tem suas especificidades marcadas pela posição de classe de indivíduos e grupos sociais, assim como pela cultura e condições socioeconômicas e sanitárias das coletividades (ALVARENGA, 2008).

Entre os anos 40 e 60, a população brasileira experimentou um declínio significativo na mortalidade, com fecundidade relativamente constante. A partir da segunda metade da década de 60, a rápida e sustentada redução da fecundidade desencadeou uma série de mudanças profundas na distribuição etária, tal como na maioria dos países da América Latina e do Terceiro Mundo (WONG; CARVALHO, 2006).

De acordo com os dados o último Censo (2010), a representatividade dos grupos etários com idade até 25 anos no total da população em 2010 é menor que a observada em 2000, ao passo que os demais grupos etários aumentaram suas participações na última década. O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2011).

Entretanto, apesar de os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) dividir a pirâmide etária, classificando como idoso o indivíduo com 65 anos ou mais, o Ministério da Saúde (MS) define como pessoa idosa àquela que possui 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

Atrelado às mudanças que ocorrem na família, o envelhecimento tem sido objeto de interesse de muitos pesquisadores. No caso do Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, esse aumento das taxas de envelhecimento tem representado sérios problemas para a sociedade. Desse modo, há mundialmente uma necessidade crescente e urgente em organizar políticas públicas para se adequar ao novo perfil demográfico da população, pensando em serviços que atendam as peculiaridades, cuidado e assistência aos idosos (MARTINS et al., 2007).

Com esse aumento da representação das pessoas idosas, as famílias também começam a experimentar diversas alterações em seu contexto, podendo acarretar nos conflitos intergeracionais. Missio e Portella (2003) afirmam que é sabido que a família está vivendo novas situações decorrentes da simultaneidade de gerações convivendo na mesma unidade

doméstica, e isto, muitas vezes, ocasiona conflitos, interferindo na qualidade de vida e na dinâmica familiar.

Além disso, as famílias dos idosos necessitam de atenção e não apenas ser colocadas como cuidadoras, já que esta fase pressupõe um evento não somente para o idoso, mas para todos que participam desse processo, independente da aproximação, vínculo ou atividade desenvolvida. É uma etapa que resulta numa inversão dos papéis de cuidado, além de lembrar que todos nós envelhecemos e a finitude é um fato real da vida.

A família em sua essência, estando bem estruturada servirá de apoio para a pessoa idosa, não somente com relação aos cuidados para o idoso dependente, mas como suporte social para aqueles que também possuem independência física. O contrário, ou seja, a falta de amparo na família, ou os descontentamentos vivenciados em seu contexto, poderá causar desordens nos aspectos biopsicossociais da pessoa idosa.

Tendo em vista que o processo de envelhecimento já traz profundas alterações não somente orgânicas, mas também no âmbito social, familiar e ocupacional é preciso que se entenda que não basta por si só viver mais, faz-se necessário que haja uma concordância entre quantidade e qualidade nos anos que se alcançam.

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autosatisfação (VERAS, 2009).

Autores afirmam que se reconhece que a idade traz vulnerabilidades que podem resultar na perda da capacidade laborativa e da autonomia, entretanto, o momento em que estas se iniciam é fortemente influenciado pelas condições sociais, cor/raça, gênero, localização espacial etc, mas admite-se também que elas podem ser minimizadas por políticas sociais. Acredita-se ainda que essa idade tem sido postergada ao longo do tempo, em face das melhorias das condições de saúde e no avanço da tecnologia médica (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (ALVES et al., 2007).

Um fator que também pode ocasionar a piora do estado de saúde da pessoa idosa, e que ainda é pouco investigado e estudado no Brasil é o uso de bebidas alcoólicas por esse grupo populacional. Fingerhood (2000) afirma que o hábito de beber diminui com o avançar da idade. Cerca de 5% dos indivíduos acima de sessenta e cinco anos fazem uso nocivo ou são dependentes de álcool. Em média, 10% dos idosos consomem álcool acima dos padrões determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui apenas dois cálices de vinho ou duas latas de cerveja ou duas doses de destilado ao dia.

O consumo excessivo de álcool na população acima dos 60 anos aumenta em quase duas vezes o risco de doenças coronarianas, principalmente no sexo feminino. Quase um terço das doenças da musculatura cardíaca entre idosos são causadas pelo consumo excessivo de álcool. Já os efeitos sobre a pressão arterial podem aparecer mesmo com o consumo reduzido da substância. Além disso, o uso abusivo de álcool aumenta o risco de acidentes vasculares cerebrais, ocasiona ou piora quadros de demência e provoca neuropatias periféricas, caracterizadas por anestesia parcial dos pés, com sensação de formigamento e queimação, bem como perda da força muscular e cãibras (FINGERHOOD, 2000).

O consumo de bebidas alcoólicas por pessoas idosas geram impactos nos cuidados e saúde, além de altos custos sociais. Pois o abuso dessa substância, assim como de drogas psicoativas, provoca efeitos claros na saúde e no bem-estar dos idosos em todos os aspectos da vida e são potenciais de risco para o desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos e sociais (PILLON et al., 2010).

Entretanto, existem relatos de estudo afirmando que a família pode ser caracterizada como um fator de risco ou de proteção para o uso do álcool entre crianças e adolescentes, pois a depender de como acontecem as relações familiares e o seu contexto, a mesma serve tanto para a prevenção como para o estímulo ao uso de álcool e outras drogas (OLIVEIRA; BITTENCOURT; CARMO, 2008). Na literatura brasileira ainda existe uma limitação com relação à estudos referentes ao uso de bebidas alcoólicas por pessoas idosas e suas influências familiares.

Para melhor entendimento acerca de fatores de risco e de proteção, estudiosos afirmam que fatores de risco são circunstâncias sociais ou características da pessoa que a tornam mais vulnerável a assumir comportamentos arriscados como o de usar drogas, enquanto que fatores de proteção são os que contrabalançam as vulnerabilidades, fazendo com que a pessoa tenha menos chance de assumir esse comportamento. Os fatores de risco e de proteção estão na própria pessoa, na sua família, nos seus amigos, na escola, no trabalho, na

comunidade em que vive e na sociedade em geral. Sendo assim, o fator genético e a formação familiar devem ser considerados fatores de influência tanto para favorecer o uso de drogas como para servir de proteção (ALBERTANI; SCIVOLETTO; ZEMEL, 2006).

Schenker e Minayo (2005) ainda complementam afirmando que o alcoolismo tem uma influência destrutiva no funcionamento familiar e essa disfunção desempenha um papel mediador na transmissão intergeracional de comportamentos. Sendo assim, a relação que o indivíduo estabelece com a droga, por sua vez, influencia e é influenciada fortemente pelo universo de interações.

Estudos relatam que, quando exposto a fatores estressantes, os indivíduos se tornam mais vulneráveis ao uso abusivo de drogas, quando associados a outros fatores predisponentes, incluindo-se disposições individuais (SCHENKER; MINAYO, 2005).

A partir de pesquisas na literatura científica, conforme explicitado no capítulo referente à revisão de literatura, foi possível perceber grande quantidade de publicações relacionando o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência e as implicações familiares nesse contexto, no entanto, a busca revelou poucos artigos que abordam a influência do contexto familiar para esse consumo por pessoas idosas. Dessa forma, percebeu-se a necessidade de se investigar esta temática, uma vez que a ingestão de bebidas alcoólicas associada às comorbidades do envelhecimento pode trazer sérias consequências para a saúde do idoso.

Portanto, o estudo sobre as contribuições do contexto familiar para o uso ou abandono de bebidas alcoólicas por pessoas idosas torna-se relevante, uma vez que alertará a população, principalmente àquelas famílias que são compostas por pessoas idosas para as influências das suas relações neste consumo, e mostrará como as mesmas interferem nos aspectos biopsicossociais dos idosos.

O interesse em estudar o tema “as relações familiares e o uso de bebidas alcoólicas na velhice” emergiu de nossa experiência como graduanda do curso de enfermagem, durante a realização do trabalho de conclusão de curso, mais especificamente durante a coleta de dados, em que foi possível observar a presença de bebidas alcoólicas no contexto de vida das pessoas idosas pesquisadas. Alguns desses idosos conviviam com comorbidades e a bebida alcoólica parecia interferir no tratamento de alguns deles.

Além disso, a partir da participação na disciplina Enfermagem em atenção à Saúde do Idoso, desenvolvemos afinidade pelo estudo e pesquisa no campo da Gerontologia, o que nos motivou a participar como bolsista do projeto de iniciação científica intitulado “Risco de

Depressão e Suporte Social de pessoas idosas em contexto familiar/comunitário”, sempre buscando alternativas para o melhor cuidado à pessoa idosa.

Sob estas ponderações, surgem aqui os seguintes questionamentos: de que maneira as relações familiares podem influenciar no uso ou no abandono de bebidas alcoólicas por pessoas idosas? De que forma a família pode ser caracterizada como fator de risco ou fator de proteção para o uso de bebidas alcoólicas na velhice? O consumo de álcool pode ser uma alternativa que os idosos procuram para fugir dos conflitos familiares? Todas estas questões nos conduziram a estabelecer como pergunta de pesquisa a seguinte: como as pessoas idosas concebem a influência do contexto familiar para o uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos?

Para responder à essa questão, definimos como objetivo do estudo, analisar as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar para o uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos.

Considerando que o uso de bebidas alcoólicas faz parte do contexto sociocultural de pessoas e grupos, e que o cuidado em saúde deve envolver o olhar para esse contexto, optamos por desenvolver o estudo tendo como referencial teórico os conceitos fundamentais da teoria da *diversidade e universalidade do cuidado cultural* de Madeleine Leininger, a qual define o termo enfermagem transcultural como um ramo da enfermagem que inclui o planejamento e a implementação do cuidado considerando os aspectos culturais da pessoa, por acreditar que a maioria das culturas pode determinar o tipo de cuidado desejado.

Portanto, a opção pelo referencial teórico ocorreu-nos por entender que a discussão dos temas família, idoso e uso de bebidas alcoólicas requer uma fundamentação que atente para os aspectos socioculturais que os entornam.

2 REVISÃO DE LITERATURA: SITUANDO O “ESTADO DA ARTE”

A realização da revisão de literatura ocorreu por meio do acesso às bases de dados Scielo, LILACS, IBECs, MEDLINE e Biblioteca Cochrane, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando publicações dos últimos dez anos que utilizaram como descritores: “Idoso” AND “Bebidas Alcoólicas”, “Idoso” AND “Família”, “Idoso” AND “Relações Familiares” e, “Idoso” AND “Alcoolismo”. Foram utilizados os artigos nos idiomas português e inglês, além de livros sobre a temática, dados do IBGE, documentos oficiais, como legislações, resoluções e manuais do Ministério da Saúde. Sendo assim, surgiu a necessidade de se compreender a construção dos conhecimentos dos variados autores que abordam sobre o assunto, associando seus conceitos e fundamentos teóricos diante do objeto de estudos estabelecido.

Após a busca na BVS utilizando os descritores mencionados e fazendo a associação desses através do operador booleano “AND”, foi encontrado um total de 12693 artigos no idioma inglês e 1218 artigos em português, dos quais utilizamos aqueles que mais se aproximavam da temática deste estudo. Ressaltamos que com os descritores “idoso” AND “bebidas alcoólicas” e “idoso” AND “alcoolismo”, apenas encontramos no idioma português 56 e 55 artigos completos respectivamente, nos últimos dez anos.

Com o alcance de todo material científico foi possível elaborar a revisão de literatura em quatro eixos temáticos: o envelhecimento humano; o cuidado à saúde da pessoa idosa; o processo de envelhecimento e o consumo de bebidas alcoólicas; e o contexto familiar e o uso de bebidas alcoólicas por idosos.

2.1 O ENVELHECIMENTO HUMANO

Em vários países, as populações estão envelhecendo. Estudos mostram que o número de pessoas idosas cresce em ritmo maior do que o número de pessoas que nascem, acarretando um conjunto de situações que modificam a estrutura de gastos dos países em uma série de áreas importantes. No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009, o país contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade. Com uma taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição populacional, combinada ainda com outros fatores, tais como os avanços da tecnologia, especialmente na área da saúde, atualmente o grupo de idosos ocupa um espaço significativo na sociedade

brasileira. No período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos (60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3% (IBGE, 2010).

Envelhecer faz parte do processo natural da vida. Estudos demonstram que o envelhecimento não deve ser considerado apenas no seu aspecto cronológico, mas também no biológico, psicológico e social. Desta forma, percebe-se que cada indivíduo possui uma forma de envelhecer, pois neste processo estão arraigadas todas as suas singularidades, ou seja, sua história de vida, sua cultura, seu meio social, entre outras.

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observadas no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS, 2009).

Na verdade, as grandes transformações no padrão demográfico começam a ocorrer, inicialmente de forma tímida, a partir dos anos 40 do século XX, quando se nota um consistente declínio dos níveis gerais de mortalidade. Em duas décadas, as taxas brutas de mortalidade recuaram de um patamar de 21 para 10 óbitos por mil habitantes (IBGE, 2009).

Entre os anos 40 e 60, a população brasileira experimentou um declínio significativo na mortalidade, com fecundidade relativamente constante. A partir da segunda metade da década de 60, a rápida e sustentada redução da fecundidade desencadeou uma série de mudanças profundas na distribuição etária, tal como na maioria dos países da América Latina e do Terceiro Mundo (WONG; CARVALHO, 2006).

Embora não estejam totalmente esclarecidas as causas que levaram a essa redução da mortalidade, cabe mencionar, dentre elas, o impulso dado ao sistema de saúde pública, à previdência social, à infraestrutura urbana e à regulamentação do trabalho nas principais regiões do País, a partir dos anos 30. Esses fatores institucionais, juntamente com os avanços da indústria químico-farmacêutica, concorreram para o controle e a redução de várias doenças, principalmente as infectocontagiosas e pulmonares que até então tinham forte incidência, com altos níveis de mortalidade (IBGE, 2009).

Tais alterações resultam numa heterogeneidade do segmento idoso. Por exemplo, esse grupo etário abrange um intervalo de aproximadamente 30 anos. Compreende pessoas na faixa de 60 anos – as quais, dados os avanços tecnológicos da medicina, podem estar em pleno vigor físico e mental, bem como pessoas na faixa de 90 anos, que podem se encontrar em situações de maior vulnerabilidade física e/ou mental. A heterogeneidade da população idosa não se deve apenas a diferenças na composição etária. As diferentes trajetórias de vida

experimentadas pelos idosos levam a que eles tenham inserções distintas na vida social e econômica do país. Sendo assim, essa heterogeneidade traz também demandas de políticas públicas diferenciadas (CAMARANO, 2006).

O envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. A variabilidade de cada pessoa (genética e ambiental) acaba impedindo o estabelecimento de parâmetros. Por isso, o uso somente do tempo (idade cronológica) como medida esconde um amplo conjunto de variáveis. A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Destaca-se ainda que nos países subdesenvolvidos, onde existe grande desigualdade social e condições de vida desfavoráveis, o processo de envelhecimento está acontecendo de forma acelerada, diferente do que aconteceu nos países desenvolvidos, em que este processo ocorre de forma gradual e planejada. Desta forma, percebe-se, que mesmo com o avanço científico e tecnológico que vem ocorrendo nos países subdesenvolvidos, o que acontece de fato é o controle de natalidade, enquanto que nos desenvolvidos existe o planejamento familiar, pois se realiza educação em saúde para que as pessoas possam refletir e saber escolher conscientemente quantos filhos querem ter.

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo Brasil nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (VERAS, 2009).

É necessário também chamar atenção para o fato de que, dada a diversidade de níveis de desenvolvimento econômico e social das várias partes do território brasileiro, a transição demográfica tem sido diferenciada, quando se considera cada uma das Grandes Regiões. Além disso, as mudanças de comportamento reprodutivo tiveram impacto excepcional, não só sobre o ritmo de crescimento geral da população, mas também sobre a distribuição e crescimento dos diversos grupos de idade, refletindo-se em alterações na estrutura etária (IBGE, 2009).

Em função dessa mudança no perfil demográfico, houve também uma mudança no perfil epidemiológico, tanto mundial quanto brasileiro. As doenças parasitárias e infectocontagiosas, que antigamente eram as principais causas de morte, cederam espaço para

as doenças crônico-degenerativas não contagiosas, e no caso do Brasil, também para os traumas.

Vale ressaltar que as principais doenças características da população idosa são a hipertensão e a cardiopatia, que estão associadas a hábitos de vida pouco saudáveis. A obesidade, a vida sedentária, o estresse, a ingestão excessiva de álcool e uma alimentação irregular são exemplos de situações e hábitos que podem colaborar tanto com a hipertensão quanto com a cardiopatia em pessoas predispostas e, além desses fatores predisponentes, a própria hipertensão contribui para a cardiopatia (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). As autoras acrescentam ainda que a diabetes mellitus é uma patologia cuja incidência é mais elevada entre os idosos e, em especial, entre as mulheres, sendo uma doença que necessita de cuidados maiores, pois pode acarretar incapacidades físicas.

Diante da ocorrência de declínios funcionais e de perdas que resultam em dependência, mesmo possuindo uma capacidade de se adaptar a novas condições de vida, o ser humano, e mais especificamente a pessoa idosa, acaba por se isolar e perde completamente a capacidade de participar e de se expressar frente aos problemas do cotidiano (MIGUEL; PINTO; MARCON, 2007).

Contudo, as questões associadas à velhice estão demandando com o tempo. Atualmente são vários os esforços no sentido de manter o idoso inserido no meio social, como por exemplo, a criação de grupos de convivência, que possibilita às pessoas idosas desenvolverem diversas atividades, além de ampliarem seu contexto social (RIZZOLLI; SURDI, 2010).

A manutenção das relações sociais é fundamental para o bem-estar da pessoa idosa, pois estudiosos afirmam que após aposentadoria, para manter um ciclo de amizades e ocupar o tempo livre, muitos idosos se envolvem com atividades de jogos recreativos, que por um lado pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida, mas por outro, pode estimular o consumo de bebidas alcoólicas, o que seria um fator agravante para a saúde (GALETTI et al., 2008).

2.2 O CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O cuidado à saúde da pessoa idosa requer dos profissionais de saúde extrema atenção e meticulosidade, pois o processo do envelhecimento traz consigo alterações na saúde do idoso como um todo, entretanto, essas alterações precisam ser observadas cautelosamente e

cuidadas, para que a associação que muitos fazem do envelhecimento a doença deixe de ser uma realidade.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir as queixas e os sinais em um único diagnóstico, podem ser adequados ao adulto jovem, mas não ao idoso (VERAS, 2003).

Desta forma, as atuações dos profissionais de saúde precisam ser repensadas, para que possam oferecer uma atenção à saúde das pessoas idosas de forma integral e qualificada, cumprindo com a lei 10.741/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, e traz em seu artigo 15 que *“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 a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”* (BRASIL, 2003).

Pelo fato de lidarmos com um grupo etário que tem crescido muito em anos recentes, existe uma enorme carência de profissionais treinados, com formação específica e cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica. Como exemplo emblemático, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) reconhece pouco mais de 500 médicos como especialistas em geriatria, ou seja, profissionais que prestaram exame para obter o título de especialista, quando nos dias atuais a população de idosos ultrapassa 15 milhões de brasileiros (VERAS, 2003).

Em se tratando dos profissionais de enfermagem especificamente, existe uma especialidade da profissão que visa o cuidado à pessoa idosa, que é a enfermagem gerontogeriátrica. Esta, no Brasil, vem se organizando recentemente para se constituir num corpo de conhecimentos específicos, aliado a um conjunto razoável de habilidades práticas apropriadas já acumuladas pela experiência. Tal organização tem recebido influências dos esforços envidados pela SBGG há quase quatro décadas. Também tem sofrido influências principalmente da enfermagem norte-americana, que tem disponibilizado, a partir de meados do século XX, de modo contínuo e crescente, literatura específica através de publicações em âmbito acadêmico e profissional (GONÇALVES; ALVAREZ, 2004).

Essas autoras referem ainda que grande esforço tem sido envidado por um grupo de enfermeiras pioneiras, ainda em número reduzido, para o desenvolvimento da enfermagem

gerontogeriatrica, no sentido de estudar e divulgar a especialidade, bem como de estimular o aperfeiçoamento de novos profissionais da enfermagem nessa área de trabalho em franca expansão, em face do aumento da população idosa e de suas crescentes demandas, especialmente na ordem social e sanitária.

Os objetivos da enfermagem gerontológica, são eles: prestar assistência integral ao idoso, à sua família e a comunidade na qual ele estiver inserido, favorecendo à compreensão das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e facilitando as adaptações necessárias ao viver diário; promover educação para a vida e saúde, nos níveis primário, secundário e terciário, junto à clientela idosa e à sua respectiva família; e favorecer a participação ativa do idoso e de seus familiares, propiciando condições para que funcionem em bom nível de autocuidado e que sejam eles próprios os detentores do poder pessoal para se decidirem pelo melhor em suas vidas, para o bem-estar e a qualidade de vida (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

Em busca da melhoria da qualidade de vida do idoso, os serviços de saúde devem promover o envelhecimento ativo. Nessa perspectiva, a enfermagem e as demais profissões da área de saúde devem visar à prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde da população idosa.

Nesta visão, a enfermagem precisa ser exercida em sua fundamental definição, ou seja, uma profissão cuja essência é o cuidado, e este constitui um processo dinâmico que depende da interação, do respeito e de ações planejadas, a partir do conhecimento da realidade daqueles de quem cuida. Assim, o cuidado de enfermagem gerontogeriatrica consiste em olhar para a pessoa idosa considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais vivenciados por ela e sua família, como clientes da enfermagem (GONÇALVES; ALVAREZ; 2004).

A partir dessa compreensão, para que o cuidado ao idoso seja efetivo, os profissionais de saúde devem, ao acolhê-lo, fazer uma avaliação criteriosa, pois a pessoa idosa sofre o efeito de inúmeros fatores, dentre eles, o preconceito de profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice. Tal avaliação deve contar com a participação ativa do próprio idoso, que poderá explicitar o que é melhor e mais significativo para si, considerando o padrão de qualidade de vida como fenômeno altamente pessoal (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2006).

Assim sendo, é necessário que a equipe de enfermagem esteja capacitada para atender as demandas de saúde da população idosa, não apenas do ponto de vista do conhecimento técnico-científico, mas do preparo para a atuação interdisciplinar, a fim de

desenvolver avaliação multidimensional, planejar e executar o cuidado na perspectiva da integralidade, o que, certamente proporcionará um melhor atendimento no contexto gerontogeriátrico.

A capacitação do profissional deve incluir também, conhecimentos relativos ao estilo de vida saudável, visando estimular o idoso a adotá-lo, pois através de hábitos de vida pode-se prevenir diversas doenças e melhorar a qualidade de vida. O envelhecimento saudável abrange a opção pela alimentação balanceada, atividade física com frequência, além de evitar o tabagismo e o etilismo, dentre outros.

Para a promoção da saúde da população idosa, a implantação de ações locais deverá ser norteada pelas estratégias contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como prioridades ações específicas de alimentação saudável, atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, e promoção do desenvolvimento sustentável (LOUVISON, 2009).

Entre outros aspectos, o envelhecimento saudável inclui a prevenção de problemas psicológicos, a análise criteriosa e tratamento das manifestações extremas de humor, visando a preservação da saúde mental, o que pode ocorrer com a introdução de atividades intelectuais, de grupos e de lazer, eventos de turismo e recreação, os quais propiciarão a aprendizagem de algumas habilidades que poderão, além de preencher o tempo livre, resultar em práticas lucrativas (PINHEIRO; FREITAS, 2004).

2.3 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O álcool é a substância psicoativa mais usada na maioria dos países, sendo consumida com a finalidade de relaxar e se divertir, pois libera as inibições, entretanto, ele é responsável por diversos danos nas esferas sociais e individuais. Porém, apesar dos efeitos prejudiciais do seu abuso, é difícil imaginar sua total ausência na vida humana, no entanto, alguns círculos de defensores antiálcool identificam qualquer uso de bebida alcoólica como alcoolismo. Essa abordagem, observada em vários países do Leste Europeu, é irreal e ineficiente, principalmente quando médicos e pesquisadores já afirmaram repetidas vezes que

o uso moderado de álcool por adultos saudáveis pode contribuir para o bem-estar e a boa saúde, até mesmo na prevenção de várias doenças (BRASIL, 2004).

A Política Nacional sobre o Álcool, aprovada pelo Decreto Nº 6.117, de maio de 2007, considera bebida alcoólica aquela que contiver 0,5 grau Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0,5 grau Gay-Lussac (BRASIL, 2011).

Tratando-se de dados epidemiológicos, apenas 10 a 15% da população geral não faz uso de bebidas alcoólicas, enquanto que entre 50 e 60% usam-na de modo não prejudicial à saúde e ao bem-estar social, mas podem eventualmente fazer uso de maneira nociva. Além disso, aproximadamente um terço da população apresenta problemas com este consumo, entre os quais, 10% da população total apresentam sinais de dependência (DELGADO et al., 2004).

Nas últimas décadas, tem-se buscado definir um padrão universal para o consumo de bebidas alcoólicas, considerando-se a dose ingerida (teor alcoólico) e a frequência de consumo. Várias definições foram estabelecidas, de uso moderado a intenso (*heavy drinking*) e abusivo (*binge drinking*), de uso esporádico a dependência (MOURA; MALTA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que para se evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável, também chamado de uso moderado, é de até 2 doses/dia para homens e 1 dose/dia para mulheres, sendo que os homens não devem ultrapassar o consumo de três doses diárias de álcool e as mulheres duas doses diárias, porém tanto homens quanto mulheres devem abster-se por pelo menos dois dias na semana (CISA, 2013).

A Associação Psiquiátrica Americana estabelece que a característica essencial do uso abusivo de uma substância consiste em um padrão mal-adaptativo de uso, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância (APA, 2002).

Segundo o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais a pessoa mostra-se dependente da droga quando, mesmo com a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, ele continua utilizando a substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Embora não seja especificamente relacionada como um critério de classificação para dependência, a "fissura" – forte impulso subjetivo para usar a substância – tende a ser experimentada pela maioria das pessoas em situação de dependência (APA, 2002).

De acordo com o manual do Ministério da Saúde (2004) sobre Álcool e Redução de Danos, quando se faz o uso de bebidas alcoólicas, são considerados grupos de alto risco para a saúde aqueles constituídos de pessoas que são tratadas por doenças como diabetes, doenças tratadas com medicação psicotrópica, doenças do fígado e do pâncreas, inflamação da mucosa, doenças da laringe, traquéia e brônquios e doenças do sistema imunológico e outras (BRASIL, 2004).

Desta forma, pode-se perceber que muitas pessoas idosas estão no grupo de alto risco para a saúde, pois atualmente o envelhecimento agrega uma série de alterações à saúde da pessoa, levando a um quadro de comorbidades, que necessita do tratamento com diversos medicamentos que causam várias reações quando associadas ao uso de bebidas alcoólicas.

Associadas a estas alterações decorrentes do envelhecimento, as mudanças na vida do idoso como a aposentadoria, a perda de amigos e vínculos sociais, a solidão e isolamento, deixam os idosos vulneráveis e mais propensos a intensificação de hábitos de vida menos saudáveis, dentre os quais se pode destacar o consumo abusivo de álcool e o tabagismo (SENGER et al., 2011).

Estudo de revisão de literatura realizado no ano de 2005 afirma que o diagnóstico de etilismo foi registrado em 4,1 por cento de 397 pacientes que possuíam idades entre 60 a 96 anos, atendidos em um pronto-socorro psiquiátrico. Além disso, em um grupo populacional de 1.968 adultos da faixa etária de 20 a 69 anos, o uso abusivo de álcool foi constatado em 14,3 por cento, sendo a maior frequência entre homens idosos e de classe social menos elevada (RIGO et al., 2005).

Os efeitos do álcool variam de intensidade, de acordo com as características pessoais. Por exemplo, uma pessoa acostumada a consumir bebidas alcoólicas sentirá os efeitos do álcool com menor intensidade, quando comparada com outra que não está acostumada a beber. Outro exemplo está relacionado à estrutura física: a pessoa com estrutura física de grande porte terá maior resistência aos efeitos do álcool (CEBRID, 2003).

A anorexia, a instabilidade e a tontura, náuseas, vômitos, emagrecimento, febre e dores abdominais são os sinais e sintomas mais frequentemente encontrados no alcoolismo. Além disso, ele pode provocar envelhecimento prematuro das funções neuropsicológicas e possivelmente do cérebro (SCHMIDT et al., 2010).

Os indicadores de problemas atribuídos principalmente ao consumo, em longo prazo, do álcool são: doenças do fígado, problemas de saúde mental, síndrome fetal alcoólica, cânceres e doenças cardiovasculares. Os dados apresentados no relatório da OMS baseiam-se

principalmente em pesquisas realizadas em países desenvolvidos, o que não deve ser visto como um obstáculo, pois elas tratam da influência do álcool no corpo humano e, provavelmente, as pesquisas em países em desenvolvimento não apresentariam resultados muito diferentes (BRASIL, 2004).

Entretanto, é importante considerar que o consumo de bebidas alcoólicas não está apenas relacionado a problemas de saúde, mas também a problemas no âmbito social. As categorias de problemas sociais relacionadas ao álcool incluem: vandalismo; desordem pública; problemas familiares, interpessoais, financeiros, ocupacionais – que não os de saúde ocupacional; abuso de menores; dificuldades educacionais; e custos sociais (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

Ainda que uma causalidade direta não possa ser estabelecida, o estudo dessas categorias de danos, incluindo variáveis como volume de álcool consumido, padrões de consumo e outros fatores interativos, demonstrou que as consequências sociais do uso do álcool colocam esse produto, no mínimo, como um fator adicional ou mediador entre outros que contribuem para a ocorrência de determinado problema (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

Além disso, estudo experimental realizado na Finlândia, mostrou que a falta de apoio da família, principalmente no que se refere às pessoas que residem sozinhas, o índice de mortalidade relacionado ao uso de bebidas alcoólicas no grupo entre 50 a 69 anos é maior do que para aqueles que são casados ou coabitam (HERTTUA et al., 2011).

Uma das estratégias consideradas importantes para um envelhecimento com qualidade de vida é uma postura pró-ativa, de forma que o idoso deva escolher seus próprios objetivos e lutar para alcançá-los, reunindo recursos que sejam úteis na adaptação às mudanças e ativamente envolvidos na manutenção do seu bem-estar (INOUE et al., 2010).

No enfoque da saúde comunitária, substâncias psicoativas como, por exemplo, o álcool, são compreendidas como fenômenos de natureza psicossocial, o que inclui dimensões muito mais amplas do que a tradicional abordagem anatomoclínica do problema. Essa concepção assimila a percepção do abuso de álcool e/ou de outras drogas como questão social e cultural, com implicações nas áreas da medicina, enfermagem, psicologia, sociologia, antropologia, saúde pública, direito e ética (GIFONNI; SANTOS, 2011).

2.4 O CONTEXTO FAMILIAR E O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR IDOSOS

No contexto socioeconômico da realidade brasileira, a família e as relações de parentalidade são temas que têm sido discutidos pela psicologia, e entendidos como construções sociais estabelecidas a partir de vínculos genéticos e/ou de convívio. Construções que se processam em campos sociais marcados por relações de afeto e de poder (PERUCCHI; BEIRÃO, 2007).

A família reflete e é o reflexo das mudanças que ocorrem na sociedade, o que a torna uma das manifestações importantes da vida social. Podemos ainda dizer que ela é uma construção humana responsável, basicamente, pelo cuidado e proteção dos seus membros, pela socialização e produção de subjetividades (TOLEDO, 2007).

Sendo responsável pelo cuidado de seus membros, consideramos que a mesma é uma das redes de apoio informais mais importantes para a pessoa idosa, uma vez que a qualidade de vida da população idosa depende das suas capacidades básicas, daquelas adquiridas ao longo da vida, das políticas sociais e das demais redes de apoio, tanto formais como informais (CAMARANO, 2003).

Pode-se afirmar que no contexto familiar, a função de cuidador sempre existiu, e geralmente, essa função era exercida pelas mulheres, pois o ato de cuidar era algo muito natural para elas, quase que incorporado às demais funções relativas às atividades domiciliares. Eram as mulheres que detinham o domínio do saber popular sobre os cuidados com a saúde e na doença, enquanto que aos homens cabia o papel de provedor das condições materiais, de apoio nas tarefas de cuidado relacionadas às atividades instrumentais de vida diária (SANTOS, 2003).

Entretanto, percebe-se que a instituição família vem sofrendo modificações na sua estrutura e organização, principalmente devido às conquistas das mulheres no mercado de trabalho, acarretando na divisão do seu tempo entre os cuidados do lar e as atividades laborais, e conseqüentemente, destinando para profissionais de saúde o cuidado de membros da família que o necessitam. Neste contexto de mudanças dos arranjos familiares, também ocorreu uma redução progressiva das taxas de fecundidade, levando ao controle das taxas de natalidade e às mudanças nos âmbitos social, cultural, econômico e político.

Com as mudanças vividas na sociedade, e conseqüentemente na família, esta foi reduzindo-se. Desse modo, a família que anteriormente era extensa, com muitos filhos e

parente próximos, restringiu-se à família nuclear, incluindo quase exclusivamente os pais e seus filhos; estes, em número cada vez menor, o que se reflete na questão dos cuidados com as pessoas idosas no ambiente familiar (AVELAR, 2007).

A conformação dos arranjos domiciliares e familiares, assim como a interação da pessoa idosa com os demais membros da família e do conjunto da sociedade, também tem se tornado um tema de interesse na demografia. No caso do Brasil, a coresidência ainda permanece elevada entre os idosos e, assim como ocorre em diversas partes do mundo, o tamanho e a composição dos arranjos domiciliares variam com o tempo e entre as diversas regiões (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Estes autores destacam ainda que a formação de arranjos domiciliares de idosos também pode ser influenciada pelo local de residência, seja ele urbano ou rural. Devido ao caráter seletivo do processo de urbanização, com uma maior saída da população em idade ativa, seria razoável pressupor que, nas áreas rurais, os idosos teriam diminuídas as chances de coresidir, o que poderia aumentar as probabilidades de morarem sozinhos. Entretanto, sabemos que nessas áreas os valores tradicionais da família ainda se mantêm bastante fortes, podendo dificultar a formação de domicílios independentes.

Pode-se afirmar que existem quatro diferentes estruturas familiares de idosos – aqueles que vivem sozinhos; os que moram apenas com o cônjuge; os que residem com o cônjuge, mais filhos e parentes; e os que vivem com filhos e parentes e sem o cônjuge. Porém, na atualidade, a estrutura familiar mais frequentemente encontrada é a família multigeracional. Entretanto, mesmo com este predomínio, não existe a garantia de que nesse contexto as famílias estejam preparadas para assumir o papel de cuidadora do idoso (PAVARINI et al., 2009).

Independente do arranjo familiar, mesmo para aqueles idosos que vivem sozinhos, de acordo com o Estatuto do Idoso, a família, assim como a comunidade, a sociedade e o Poder Público tem a obrigação de assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Todavia, ressalta-se que a função de cuidador familiar também envolvem aspectos como o estresse secundário à atividade do cuidado, a sobrecarga provocada pelo exercício dessa função, a prevalência de depressão entre os cuidadores familiares, dentre outros. No que se refere ao Brasil, os cuidadores que prestam cuidados às pessoas idosas no contexto

domiciliar geralmente o fazem sem contar com qualquer tipo de apoio do sistema formal de saúde, ou de uma rede de suporte social (SANTOS, 2003).

Sabe-se que o vínculo e o apego entre familiares são vitais para o desenvolvimento do ser humano e são essas vivências que servirão de alicerce para a formação das percepções e capacidades interpessoais de todos os membros, mesmo durante a velhice. Mais especificamente, a percepção de suporte familiar está relacionada à competência social, capacidade de enfrentamento de problemas, percepção de controle, senso de estabilidade, autoconceito, afeto e, por consequência, ao bem-estar psicológico (INOUE et al., 2010).

Ressalta-se, ainda, a importância de uma rede social estável, sensível, ativa e confiável, uma vez que desse modo pode proteger a pessoa contra doenças, atuar como agente de ajuda e encaminhamento, afetar a pertinência e rapidez de utilização de serviços de saúde, acelerar os processos de cura e aumentar a sobrevivência, ou seja, é geradora de saúde (SLUZKI, 1997).

As relações sociais podem ter um papel essencial para manter, ou mesmo promover a saúde física e mental das pessoas idosas. Esses sistemas de suporte social dos idosos são classificados em formais e informais. Entende-se por sistema formal aqueles serviços de atendimento ao idoso, e por sistema informal as redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, colegas de trabalho, entre outros (ALVARENGA et al., 2011).

Todavia, o acréscimo da longevidade, junto com as mudanças no mercado de trabalho e o decréscimo da fertilidade, colocam os jovens e idosos frente a uma nova realidade. Eles necessitam lidar com problemas de saúde, principalmente entre os idosos mais idosos (80 anos ou mais), e isso pode ter efeitos positivos ou negativos na saúde, principalmente na saúde mental. Então, a relação entre saúde, doença, envelhecimento e relações sociais é uma relação recíproca. A deterioração da saúde pode ser causada não somente por um “processo natural”, mas também por uma falta ou qualidade de relações sociais e vice-versa (RAMOS, 2002).

Salienta-se ainda o papel da família na promoção e manutenção da qualidade de vida dos idosos, pois para muitos deles esta é o contexto social mais próximo no qual eles estão envolvidos. Sendo assim, a avaliação das funções que os membros da família exercem é importante para fornecer informações significativas para melhorar o planejamento do cuidado aos idosos, uma vez que a família satisfaz numerosas necessidades de seus componentes, sejam físicas, psíquicas ou sociais (ALVARENGA et al., 2011).

Entretanto, estudiosos afirmam haver uma elevada ocorrência de diversas formas de violência contra os idosos nos dias atuais, dentre as quais se podem destacar agressões físicas, psicológicas e negligência, cometidas no âmbito familiar (APRATTO JÚNIOR; MORAES, 2010; RIBEIRO; BARTER, 2010). Nessa perspectiva, os idosos que muitas vezes só contam com o apoio da família, tendem a buscar alternativas para se livrar dos conflitos vivenciados no contexto familiar, o que, por vezes, buscam refúgio no uso de bebidas alcoólicas.

Diante do exposto, o desejo em produzir um conhecimento acerca da pessoa idosa e de seu contexto familiar visa ampliar as produções científicas na área do envelhecimento, discutindo um tema ainda pouco debatido quando direcionado à esta população específica, além de alertar as famílias para as suas influências no uso de bebidas alcoólicas por idosos, podendo contribuir para que elas repensem seu modo de cuidar e conviver com a pessoa idosa.

3 O OLHAR SOCIOCULTURAL PARA O OBJETO DE ESTUDO: REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme anunciamos no item referente à introdução, para a sustentação teórica do estudo, optamos por utilizar os conceitos fundamentais da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger, considerando que o objetivo do estudo consiste em descrever a concepção de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar para o uso ou abandono de bebidas alcoólicas na velhice, e considerando que o trabalho envolvendo família, idosos e uso de bebidas alcoólicas implica na necessidade do conhecimento dos aspectos culturais.

Desde a década de 50 do século passado, enquanto enfermeira clínica especialista, Leininger ao trabalhar com crianças “perturbadas” e seus pais, identificou que as diferenças de comportamento das crianças tinham uma base cultural, portanto a falta de conhecimento sobre a cultura delas era um elo que faltava na enfermagem para o entendimento das variações de cuidados aos clientes (GEORGE, 2000).

A partir daí, Leininger buscou aprofundar-se no campo da antropologia e, na década de 1960, passou a utilizar o termo Enfermagem Transcultural. Como definição deste termo temos: um subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de variadas culturas no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado geral, ao cuidado de enfermagem (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

Para formular a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural, Leininger utilizou o componente cultura da antropologia e o componente cuidado da enfermagem, e só em 1985 publicou a primeira apresentação de seu trabalho como teoria. Já no ano de 1991, apresentando maiores explicações sobre suas ideias, ela proporcionou definições orientadoras para os conceitos que embasam sua teoria (GEORGE, 2000).

A Teoria de Leininger se refere a um conjunto de inter-relações de conceitos e hipóteses que respeitam os comportamentos, os valores, as crenças dos indivíduos e dos grupos na execução do cuidado, e deve reconhecer os aspectos culturais das necessidades humanas, considerando as peculiaridades oriundas do modo de vida de cada indivíduo. Além disso, a sua essência é o cuidado para indivíduos com diversas heranças culturais relacionadas aos processos, às funções e às atividades, que variam de acordo com a estrutura social, o sistema cultural e a história cultural (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

Na perspectiva do pensamento de Leininger, o cuidado constitui o foco essencial da Enfermagem e tem algumas justificativas para tal: o constructo do cuidado é fundamental à sobrevivência humana; busca compreender o papel do cuidador e da pessoa cuidada; e visa preservar e manter o cuidado como atributo humano essencial a sua sobrevivência e das culturas ao longo dos tempos (LEININGER, 1991).

Existem três eras que definem o desenvolvimento da Enfermagem Transcultural, sendo a primeira compreendida entre os anos de 1955 e 1975, período em que se estabelece o campo da Enfermagem Transcultural; a segunda compreende ao período de 1975 a 1983, em que a teoria, contemplando o Modelo do Sol Nascente e o fenômeno do cuidado em si, passou a despertar o interesse de diversas enfermeiras dos Estados Unidos, Canadá e outros países; e a terceira era iniciou após 1983 e persiste até a data presente, se caracterizando pela consolidação global da Enfermagem Transcultural, em que os conceitos da teoria são utilizados intensamente na formação específica dos enfermeiros, no desenvolvimento de pesquisas e na veiculação desta produção, através da publicação científica (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Dentre os conceitos fundamentais da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural destacam-se os seguintes: cultura; cuidado cultural; diversidade do cuidado cultural; universalidade do cuidado cultural; enfermagem; visão de mundo; dimensões da estrutura cultural e social; contexto ambiental; saúde; preservação cultural de cuidado; ajustamento cultural do cuidado e repadronização cultural do cuidado.

A *cultura* é definida como “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada” (LEININGER, 1991, p.47).

Leininger rotulou a sua teoria de *cuidado cultural*, definindo esse termo como:

os valores, as crenças e os modos de vida padronizado aprendidos, subjetiva e objetivamente e transmitidos que auxiliam, sustentam e facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte (GEORGE, 2000, p 299)

Apoiada no pressuposto de que culturas diferentes percebem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, e acreditando que as culturas têm tanto práticas de saúde específicas a uma cultura quanto padrões prevalentes que são comuns culturalmente, Madeleine Leininger intitulou sua teoria

de diversidade e universalidade do cuidado cultural ou cuidado cultural, títulos utilizados mais atualmente (GEORGE, 2000).

Desta forma, Leininger afirma que a *diversidade do cuidado cultural* indica as diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado dentro ou entre coletivos que são relacionados às expressões assistenciais, apoiadoras ou capacitadoras do cuidado humano. Enquanto que a *universalidade do cuidado cultural* indica os significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos comuns de cuidados que se manifestam em muitas culturas e refletem as formas assistenciais de auxiliar as pessoas (GEORGE, 2000).

Sob o seu olhar transcultural, esta teórica definiu a *Enfermagem* como:

uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista, enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem-estar (ou saúde) em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou a morte (LEININGER, 1991, p.47).

Já a *visão de mundo* refere-se à maneira como as pessoas tendem a olhar para o mundo ou o universo na criação de uma visão pessoal do que é a vida, enquanto que *dimensões da estrutura cultural e social* trata-se dos fatores relacionados com a religião, estrutura social, política, economia, padrões educacionais, tecnológicos, valores culturais e etno-história, e como esses fatores podem influenciar no comportamento humano em diferentes contextos ambientais (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Seguindo com seus conceitos fundamentais, o *contexto ambiental* é a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais (LEININGER; McFARLAND, 2002).

Tratado-se de *saúde*, esta se caracteriza como um estado de bem-estar que está culturalmente definido, valorizado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos ou grupos possuem para realizar suas atividades diárias, de maneira culturalmente satisfatórias (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A *preservação do cuidado cultural*, também conhecida como a manutenção, inclui:

as ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras, que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou preservar valores relevantes de cuidados, de forma que possam manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou encarar as deficiências e/ou a morte” (LEININGER, 1991, p 48).

O *ajustamento do cuidado cultural*, também chamado de negociação, é definido por Leininger como:

“ações e decisões profissionais criativas assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras, que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou a negociar com as outras um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com prestadores de cuidados profissionais” (LEININGER, 1991, p 48).

A *repadronização do cuidado cultural*, ou reestruturação, inclui:

as ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam o cliente a reorganizar, trocar ou modificar grandemente sua forma de vida para um padrão de atendimento de saúde novo, diferente e benéfico, enquanto são respeitados os valores culturais e as crenças do cliente, e ainda proporcionando um modo de vida benéfico e mais saudável do que o anterior as mudanças co-estabelecidas com o cliente (LEININGER, 1991, p 49).

Se na perspectiva de Leininger, para se planejar e implementar o cuidado de enfermagem é fundamental o conhecimento de aspectos culturais, a pesquisa científica como fornecedora de subsídios para o planejamento das ações em enfermagem deve considerar o contexto sociocultural onde se insere as pessoas ou grupos com quem se realiza a pesquisa. Esta, por assim dizer, constitui uma estratégia diagnóstica que favorecerá o planejamento do cuidado.

4 A TRAJETÓRIA PARA A CONQUISTA DO OBJETIVO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo com objetivo de conhecer as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar para o uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos conduziu-nos a optar pelo método qualitativo. Este tipo de abordagem se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

O método qualitativo adapta-se melhor a pesquisas de grupos particulares, de relatos sociais sob a perspectiva dos atores; deve ser utilizado quando o objeto de estudo não é bem conhecido, pois permite desvelar processos sociais ainda pouco explorados referentes a grupos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. De fato, durante a pesquisa frequentemente emergem relações entre variáveis, motivações e comportamentos completamente inesperados, que não surgiriam utilizando um questionário estruturado, cuja característica técnica é a uniformidade do estímulo (MINAYO, 2010; SERAPIONI, 2000).

A abordagem qualitativa ainda realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993). Porém, o pesquisador precisa ser cauteloso ao utilizar este método, para que não haja uma redução simplista do qualitativo, ou seja, para que ele não se contente com a percepção de apenas alguma parte do fenômeno que observa.

Para se fazer pesquisa qualitativa também é necessário a objetivação, ou seja, o processo de investigação que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza, revê criticamente o conhecimento acumulado sobre o tema em pauta, estabelece conceitos e categorias, usa técnicas adequadas e realiza análises ao mesmo tempo específicas e contextualizadas (MINAYO, 2010).

Além disso, na pesquisa qualitativa o pesquisador necessita ir para o campo de estudo com a ideia de que nele podem surgir novas revelações, caso contrário, se ele considerar que tudo que irá encontrar no campo apenas servirá para confirmar o que ele já

sabe. Isso poderá dificultar o diálogo com os sujeitos e até gerar constrangimentos para estes (CRUZ NETO, 1994).

Assim, trabalhar na perspectiva qualitativa envolve a interpretação dos sentidos e significados que ocorrem a uma pessoa com relação “ao fenômeno em foco, por meio de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade, em que são valorizados o contato pessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito” (TURATO, 2003, p.168).

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A produção das informações foi realizada nos meses de Março e Abril do ano de 2013, na sede da Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade (Aagruti), com pessoas idosas, participantes de grupos de convivência do município de Jequié, Bahia, Brasil. Este, encontra-se localizado no sudoeste do estado da Bahia, distante aproximadamente 360Km da capital do estado (Salvador).

De acordo com os dados do último censo (2010), Jequié possui um total de 17.330 pessoas com 60 anos ou mais, o que constitui aproximadamente 11,41% da população total, caracterizando-o como de população longeva. O fenômeno vem sendo constatado desde 1994, ano em que a comunidade acadêmica da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus de Jequié, motivou-se à estudar e discutir sobre o envelhecimento humano e criou o Projeto Universidade Aberta com a Terceira Idade (UATI), com uma proposta de atividades intramuros e extramuros com a população idosa local.

A UATI buscava oferecer diversas atividades estimuladoras de interação social envolvendo todas as camadas sociais, além de contribuir para a adoção de um estilo de vida saudável, otimizando a saúde integral que se traduz em melhor qualidade de vida com promoção da longevidade (SENA et al., 2003).

A partir da Universidade Aberta, reconhecendo a necessidade de promoção e melhoria da condição de vida em espaços de participação, através da promoção de cursos livres para líderes comunitários e simpatizantes iniciou-se a criação de Grupos de Convivência nas comunidades civis organizadas periféricas.

Hoje, já existem 19 Grupos de Convivência (GC) no município de Jequié-BA, que são cadastrados na Aagruti – entidade sem fins lucrativos, que busca promover a construção da cidadania da pessoa idosa em nível local. Esta Associação é reconhecida como Organização de utilidade pública municipal, conforme consta no registro da Câmara

Municipal de Vereadores, Lei nº 969 de 06/06/2003 e como de utilidade pública estadual, de acordo com registro na Assembléia Legislativa Estadual, Lei nº 8.733 de 07/09/2003 (SANTANA, 2010).

Nos GC, formados em comunidades organizadas de bairros centrais e periféricos (cada grupo em sua comunidade e com seus líderes) são realizados encontros semanais, geralmente em salas de casas paroquiais ou de outras entidades, e promovidas atividades socioculturais e educativas como, por exemplo, caminhadas, passeatas, festas, viagens, encontros, palestras, seminários, entre outras (SANTANA, 2010). Além disso, é possível perceber que estes grupos têm sido alvo de muitos estudos científicos voltados para o campo do envelhecimento humano.

Os grupos destinados para idosos são espaços importantes para desencadear, tanto na pessoa idosa quanto na comunidade, uma mudança comportamental diante da situação de preconceito que existe com relação ao envelhecimento, quando se pensa que envelhecer é sinônimo de dependência e inutilidade (RIZZOLLI; SURDI, 2010).

Apesar de Jequié já contar com 19 GC, apenas fizeram parte deste estudo seis (6) deles, pois dois estavam temporariamente sem realizar reuniões, e com a apresentação do projeto para os outros 17 coordenadores em uma única reunião previamente agendada, onze deles acreditaram que o grupo pelo qual é responsável não havia idosos que se encaixavam nos critérios de inclusão deste estudo, seja pelo fato de ser um grupo vinculado à religião evangélica, ou por seus idosos participantes não possuírem nenhuma relação com a bebida alcoólica e nem corresidirem com outros idosos que tinham essa relação. Sendo assim, segue abaixo o quadro de identificação daqueles que participaram da presente pesquisa.

Quadro 1: Caracterização dos grupos de convivência participantes do estudo (Jequié, 2013).

Nome do Grupo	Local de Reuniões	Quantidade de participantes	Atividades realizadas nas reuniões
De bem com a vida	Centro Comunitário Emaús / Jequiezinho	32 idosos	Palestras educativas, dinâmicas de grupo, danças, alongamento, viagens, participação em eventos religiosos, sociais e culturais e confecção de artesanatos.
Descobrir a Felicidade	Convento / Jequiezinho	38 idosos	Dinâmicas de grupo, danças, alongamento, palestras educativas, viagens, eventos religiosos e comunitários.
Esperança	Oderê / Pau Ferro	27 idosos	Religiosas, sociais, palestras educativas, danças, viagens e atividades artesanais.
Idade Dourada	Centro Comunitário Lagoa Dourada/ Joaquim Romão	28 idosos	Dinâmicas de grupo, danças, alongamento, palestras educativas, viagens, eventos religiosos e comunitários.
Nossa Senhora	Salão Paroquial Nª Srª	22 idosos	Palestras educativas, dinâmicas de grupo,

Aparecida	Aparecida/ Nova	Cidade	danças, alongamento, viagens, participação em eventos religiosos, sociais e culturais e confecção de artesanatos.
Tempo de Viver	Salão Paroquial da Catedral / Centro	43 idosos	Dinâmicas de grupo, danças, alongamento, palestras educativas, viagens, eventos religiosos, comunitários e atividades artesanais.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram doze (12) pessoas idosas, integrantes de GC para pessoas idosas, situados nos diversos bairros da cidade de Jequié-BA. Estes grupos de convivência são constituídos fundamentalmente por idosos pertencentes a comunidades católicas, evangélicas, residentes tanto em territórios periféricos quanto nos mais centrais da cidade.

Entre os critérios para inclusão dos participantes no Grupo Focal estabelecemos os seguintes: ser idoso (com 60 anos e mais), não apresentar comprometimento cognitivo que prejudicasse a discussão dos temas propostos para o estudo, e déficit auditivo, sem a utilização de aparelho de correção (informações que foram obtidas em diálogo com o líder do grupo, que acompanha o desempenho dos idosos nas atividades propostas), pois dificultaria a participação efetiva do sujeito e sua interação no grupo focal, e consumir bebidas alcoólicas ou ter abandonado o consumo já depois de ter se tornado idoso, ou, então, corresidir com algum idoso que fizesse uso de bebida alcoólica ou que já teve esse hábito, mas abandonou.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com a coordenadora geral da Aagruti para esclarecer os objetivos da pesquisa e solicitar que a mesma agendasse uma única reunião com todos os coordenadores dos GC, com a finalidade de apresentarmos o projeto de pesquisa, e pedirmos para eles indicarem quais grupos poderiam ter idosos que se adequariam ao estudo. Neste momento, como dito anteriormente, dos dezessete (17) coordenadores dos grupos de convivência do município presentes, apenas seis referiram que em seus grupos existiam casos de pessoas idosas que poderiam ser sujeitos desse estudo.

Após a seleção desses grupos, agendamos uma visita a cada um deles, procurando sempre ir no dia que já era rotina de reunião dos seus membros, para que se pudesse alcançar um maior número de idosos possíveis. Essa visita teve como objetivo conhecer os integrantes, características gerais dos grupos, dinâmicas de trabalho, calendário de reuniões, dentre outros.

Na oportunidade foi apresentado o projeto de pesquisa, destacando os objetivos, a estratégia metodológica e a relevância social. Em seguida, foi solicitada a colaboração do

grupo, no sentido de indicar dois de seus membros para representá-lo na condição de participante da pesquisa, de acordo com os critérios pré-definidos para a seleção daqueles que deverão compor o Grupo Focal (técnica escolhida para a coleta das informações). De acordo com o referencial adotado neste estudo, o Grupo Focal (GF) deveria ser constituído por, no máximo, 12 pessoas.

Sendo assim, abaixo apresentamos um quadro com a caracterização dessas pessoas idosas para facilitar a compreensão do perfil dos integrantes deste estudo.

Quadro 2: Caracterização dos idosos participantes da pesquisa (Jequié, 2013).

Grupo de Convivência	Codinome	Idade	Tempo no Grupo	Religião	Escolaridade	Mora com:
Nossa Senhora Aparecida	Dalila	64 anos	16 anos	Católica	Ensino fundamental incompleto	Esposo
Tempo de Viver	Davi	67 anos	10 anos	Católica	Ensino fundamental completo	Filha, Genro, Netos
Descobrir a felicidade	Judite	72 anos	10 anos	Católica	Ensino fundamental completo	Esposo, Filho e Neto
De bem com a vida	Lucas	73 anos	08 anos	Católica	Ensino fundamental incompleto	Irmã, Nora e Sobrinhos
Nossa Senhora Aparecida	Eva	73 anos	14 anos	Católica	Ensino fundamental incompleto	Esposo, Filha e Netos
Idade Dourada	Isabel	78 anos	03 anos	Católica	Ensino fundamental incompleto	Irmão
Descobrir a felicidade	Adão	65 anos	09 anos	Católica	Ensino fundamental incompleto	Sozinho
Tempo de Viver	Ana Santana	76 anos	10 anos	Católica	Ensino fundamental completo	Irmã, Filho e Neta
Esperança	Rute	64 anos	05 anos	Católica	Ensino fundamental incompleto	Filhos
Esperança	Marta	67 anos	01 ano	Católica	Analfabeta	Esposo
Idade Dourada	José	74 anos	04 anos	Católica	Ensino Médio Completo	Irmão
Esperança	Maria	76 anos	03 anos	Católica	Analfabeta	Neto

Com a finalidade de resguardar as identidades dos participantes, antes de iniciarmos a produção das informações, sugerimos a utilização de nomes bíblicos como codinomes para eles, sugestão esta que foi aceita por todos.

Os idosos participantes da pesquisa foram predominantemente do sexo feminino, sendo apenas um do sexo masculino, apesar de algumas mulheres idosas terem optado por seu codinome ser um nome bíblico masculino. Esta realidade corrobora com a pesquisa de Sobreira, Sarmiento e Oliveira (2011), que afirmam haver uma tendência de estudos entre idosos possuírem uma menor participação masculina.

As idades compreendiam entre 64 e 78 anos, o tempo de participação nos grupos de convivência variou de 1 a 16 anos, sendo que a maioria (67%) tinha cinco anos ou mais nos grupos. Com relação ao nível de escolaridade, duas (17%) eram analfabetas, 50% tinham ensino fundamental incompleto, 25% ensino fundamental completo e apenas uma (8%) possuía ensino médio completo.

Tratado-se da religiosidade, 100% das idosas eram católicas, porém este achado se justifica pelo fato de que devido ao estudo envolver o tema relacionado ao uso de bebidas alcoólicas, no momento do convite para participar da pesquisa, as coordenadoras dos grupos de convivência que são ligados à religião evangélica afirmaram que em seus grupos não encontraríamos idosos que se encaixassem nos critérios de inclusão devido à religião destes.

Com relação às atividades de lazer que os participantes da pesquisa mais gostam de fazer, foram mencionadas atividades como passear, ir às festas dos GC, viajar, costurar, dançar, assistir TV, fazer ponto de cruz, rezar e fazer palavra-cruzada. Podemos perceber que esses idosos são ativos, gostam de fazer atividades fora de casa e de compartilhar seus momentos com outras pessoas, realidade que pode se justificar pelo fato de os mesmos participarem de GC, pois estes estimulam e promovem passeios, viagens, dentre outras diversas atividades.

Dos doze participantes, seis referiram ser aposentados, cinco ocupam-se com as atividades de casa, ocupação mencionada pelas idosas como “do lar”, e apenas uma informou ser costureira ainda em atividade.

Ressaltamos que apesar de contarmos com a participação de doze pessoas idosas na produção das informações, no primeiro encontro do GF, assim como no segundo, compareceram onze participantes, pois, por motivos pessoais, uma pessoa idosa não pôde estar presente no primeiro encontro, e no segundo, outra idosa também não compareceu.

4.4 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Para a coleta das informações escolhemos a técnica de grupo focal, sendo realizados dois encontros que duraram aproximadamente duas horas cada. A opção pela utilização dessa técnica se deu pelo fato de que ela pode ser utilizada para entender as diferentes percepções e atitudes sobre um fato, prática, produto ou serviço; em geral, não se adéqua ao estudo da frequência com que determinados comportamentos ou opiniões ocorrem, pois pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, não no sentido de pergunta-resposta entre pesquisador e pesquisados, ao contrário, sua essência consiste na interação entre os todos os integrantes do grupo (LERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Sendo assim, o Grupo Focal (GF) possibilita aos participantes compartilhar suas ideias. Na medida em que diferentes olhares sob vários ângulos em relação a determinado aspecto vão sendo colocados, mobiliza os sujeitos à percepções que, até então mantinham-se latentes (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

O GF, apesar de ter sido criado e utilizado pelas Ciências Sociais ficou à margem dessa ciência por vários anos. A preferência para pesquisas qualitativas da área era a utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada. Contudo, na academia, os pesquisadores da Antropologia Social foram atraídos por essa técnica, que começaram a ser utilizadas em estudos culturais e pesquisas em saúde (RESSEL et al., 2008).

O objetivo principal de um GF é revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão. Existem variadas opiniões com relação ao número de participantes de um grupo. Alguns autores afirmam que ele deve ser composto de 7 a 12 pessoas, enquanto outros afirmam que existe uma variação de 6 a 10 participantes, porém essa definição não é obrigatória, visto que cabe ao pesquisador ter a capacidade de discernir a quantidade necessária para cada momento (GOMES; BARBOSA, 1999; MORGAN, 1997).

Normalmente, os participantes possuem alguma característica em comum, como por exemplo, compartilham das mesmas características demográficas tais como nível de escolaridade; condição social; ou são todos funcionários de um mesmo setor do serviço público (GOMES; BARBOSA, 1999). No estudo em foco, a comunidade entre os componentes do Grupo Focal refere-se ao fato de serem idosos e integrarem-se a grupos de convivência.

A técnica deve ser dirigida por, basicamente, duas pessoas: o moderador e o observador. O primeiro conduz o diálogo a partir de um roteiro com várias questões, previamente preparado e testado, considerando os objetivos do estudo. Cabe a ele encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão

em estudo, além de manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desvia dele. O segundo, registra a comunicação do grupo, sem interferir em sua condução. É a pessoa que se encarrega de captar as informações não-verbais expressas pelos participantes, bem como a dinâmica de interação entre eles e, ao final, auxilia o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão (WESTPLTAL; BÓGUS; FARIA, 1996; GOMES; BARBOSA, 1999).

A decisão de participar de um GF deve ser individual e livre de qualquer coação, daí a importância de uma cuidadosa seleção das pessoas a serem convidadas, bem como a necessidade de clareza quanto à explicitação do projeto e dos cuidados éticos incluídos no processo e informados aos selecionados (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

No início de cada GF, a agenda é negociada e o plano de ação aprovado, após reflexões acerca das questões específicas previamente consentidas. Ao final realiza-se uma avaliação do encontro, e novos redirecionamentos poderão ocorrer ao longo do processo. Assim, cada participante tem a oportunidade de expressar seus sentimentos em relação ao encontro e sugerir elementos que poderão melhorar os encontros seguintes e o processo como um todo. Salienta-se que cada encontro deve durar entre uma a duas horas (GOMES; BARBOSA, 1999).

Para a utilização desta técnica, foi necessário o uso de gravadores para registrar todas as falas dos participantes, o que significa que antes de iniciar a gravação, foi explicado sobre a importância da mesma, a fim de obter o consentimento de todos. Salienta-se que após a chegada de todos os participantes, antes de iniciarmos a discussão do primeiro encontro, foram coletados os dados de identificação de cada um, de acordo com o instrumento elaborado para esta pesquisa, contendo nome, idade, sexo, escolaridade, renda, grupo de convivência o qual é participante, com quem mora, profissão/ocupação, atividades de lazer que gosta de realizar e religião (Apêndice A).

Ao final de cada encontro foi solicitado que os participantes avaliassem o momento, classificando-o como excelente, bom, indiferente ou ruim, tomando como base a proposta estabelecida no início do encontro. Para essa avaliação, foi elaborado um quadro contendo quatro expressões faciais que caracterizam esses conceitos, conforme a imagem a seguir, o qual foi colocado no fundo do crachá de todos os participantes antes de iniciar cada momento, para que eles pudessem colorir àquela expressão que se adequasse ao encontro.

Imagem 1: Instrumento de avaliação do encontro do Grupo Focal:



4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Após as gravações, foram feitas as transcrições de todas as falas, mantendo o sentido intencional dado pelo informante e em seguida iniciou-se a análise dos dados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2010). Esta análise compreende um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2010).

A análise de conteúdo de mensagens que deveria ser aplicável a todas as formas de comunicação possui duas funções que podem ou não se dissociar quando colocadas em práticas. A primeira diz respeito à função heurística, ou seja, a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta. A segunda se refere à administração da prova, em que hipóteses, sob a forma de questões ou de afirmações provisórias servem de diretrizes apelando para o método de análise de uma confirmação ou de uma informação (BARDIN, 2010).

De acordo com esta autora, a análise de conteúdo consiste em diferentes fases, que se organizam em torno de três pólos cronológicos, são eles: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. A fase de exploração do material consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. E na última fase, os resultados brutos serão tratados de maneira a se tornarem significativos e válidos (BARDIN, 2010).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo em vista que a pesquisa envolveu seres humanos, foram respeitados os aspectos éticos e científicos propostos na Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa científica envolvendo seres humanos, protegendo-os de danos nas esferas, física, psíquica, moral, intelectual, social ou espiritual (BRASIL, 1996).

Desta forma, somente foi iniciada a coleta dos dados após a aprovação do projeto de pesquisa e emissão de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, sob nº de protocolo 169.828/2012. O desenvolvimento deste estudo se deu mediante assinatura ou impressão digital no TCLE, que informou aos participantes, dados da pesquisa de forma clara e concisa, podendo o sujeito recusar-se ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

5 INOVAÇÃO NO CONHECIMENTO GERONTOGERIÁTRICO ACERCA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

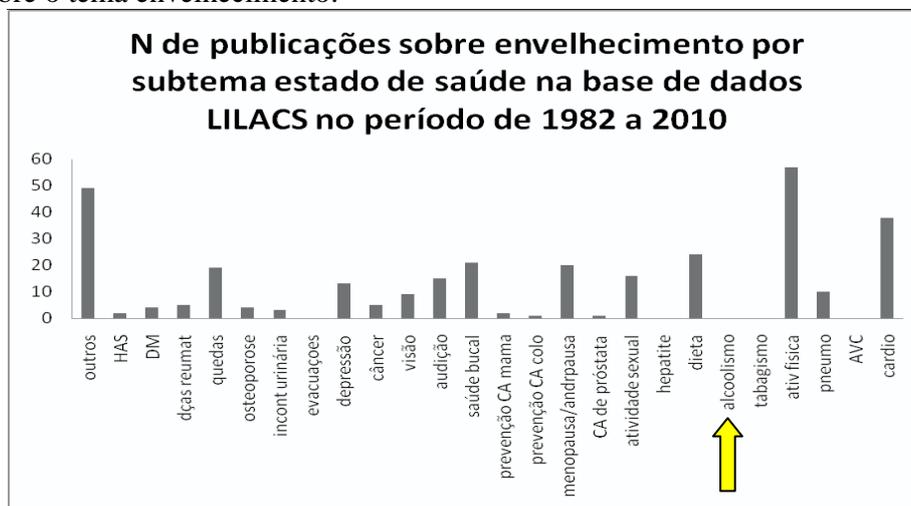
Iniciamos agora a apresentação e discussão dos resultados alcançados, como um meio pelo qual buscamos atender ao objetivo proposto nesse estudo. Com a realização de dois encontros de GF, foi possível, através da integração grupal, proporcionar a discussão sobre o tema desta pesquisa, devido ao fornecimento de estímulos apropriados para o debate.

A partir da pré-análise e da leitura interpretativa dos dois corpus que constituíram o material proveniente dos encontros do GF, foram propostas as categorias de análise que representam o olhar das pessoas idosas participantes de grupos de convivência acerca da influência do contexto familiar para o uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos.

Como o estudo envolveu a perspectiva cultural, os dados revelados poderiam possibilitar que emergissem diversos pontos de vista sobre o tema, a fim de compreender as singularidades das visões de mundo das pessoas idosas participantes, entretanto, por possuírem características em comum, alguns idosos dispunham de pensamentos e pontos de vista muitas vezes semelhantes.

Poucas são as pesquisas nacionais que relatam o uso de álcool na vida dos idosos. Um estudo de revisão de literatura que avaliou as publicações sobre o envelhecimento, em revistas brasileiras na base de dados LILACS nos anos de 1982 a 2010, detectou que, através do rastreamento pelo subtema “estado de saúde”, a abordagem do alcoolismo foi nula, conforme se segue no gráfico abaixo (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2012).

Gráfico 1: Publicações por subtema estado de saúde, citadas na base de dados LILACS, de 1982 a 2010, sobre o tema envelhecimento.



Fonte: Bezerra; Almeida; Nóbrega-Therrien, 2012.

No entanto, um estudo recente evidencia o aumento significativo do uso do álcool na população idosa nos últimos tempos. Do ponto de vista da Saúde Pública, o consumo de bebidas alcoólicas encontra-se entre os cinco fatores de risco mais importantes para doenças crônicas não transmissíveis (SENGER et al., 2011).

Sendo assim, visando contribuir para o preenchimento de lacuna no conhecimento no campo da gerontologia e, apresentamos a seguir duas categorias que emergiram das falas dos participantes da pesquisa nas discussões oriundas dos encontros do GF.

CATEGORIA 1: MOTIVOS QUE LEVARIAM UMA PESSOA IDOSA A FAZER USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Durante o diálogo com os participantes da pesquisa, eles tentaram explicitar os motivos que levariam uma pessoa idosa a fazer uso de bebidas alcoólicas, embora entendamos que todo o argumento é insuficiente para descrever tais motivos. Dentre estes destacaram: o fato de membros da família fazerem uso da bebida, o que constituiria uma influência para os idosos também consumirem; o abandono da família e a existência de conflitos intrafamiliares; a interrupção e frustração na construção dos projetos de vida, caracterizados nas falas por perdas financeiras e afetivas; a influência de amigos.

Todos esses argumentos permitiram-nos compreender que a opção de usar bebidas alcoólicas se inscreve em uma dimensão bem mais complexa, que escapa todas as tentativas de explicação e, por isso, ousamos afirmar que se trata do preenchimento de uma falta que, embora seja imanente à natureza humana, não é do domínio reflexivo do sujeito.

A história das drogas e a história da humanidade fundem-se, pois desde que existem seres humanos há drogas, logo, o uso de bebidas alcoólicas, por exemplo, faz parte do contexto socioantropológico. Por conseguinte, um estudo que busca conhecer as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar para o uso de bebidas alcoólicas por idosos cabe uma fundamentação que enfoque aspectos culturais, daí a opção pelo referencial teórico de Madeleine Leininger.

Entendemos que toda família insere-se em um contexto sociocultural, o que implica dizer que suas práticas sociais e de saúde sustentam-se no arcabouço de crenças, hábitos, valores e costumes incorporados no cotidiano do processo de viver, o que corrobora com a noção de cultura empregada por Leininger em sua teoria. Essa compreensão impõe que, tanto

o cuidado desenvolvido pela enfermagem e outros profissionais de saúde, como o cuidado que a própria família produz no espaço doméstico e de seu território, deve ser visto sob a perspectiva antropológica.

Leininger traz o conceito de *universalidade do cuidado cultural* como os “*significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos comuns de cuidados que se manifestam em muitas culturas e refletem as formas assistenciais de auxiliar as pessoas*” (GEORGE, 2000). Essa concepção conduziu-nos a refletir que a universalidade do cuidado é inerente a todas as famílias para com seus membros, pois, por mais que hoje já possamos falar dos diversos arranjos familiares, devido às inúmeras mudanças que tem ocorrido nas famílias, em função do processo de modernização desencadeado na década de 1930, ainda existe na humanidade um modelo ideal de família. Apesar da crise do modelo nuclear, monogâmico, patriarcal e burguês, a importância da família como “*célula mater*” da sociedade continua em evidência, ela ainda é referência para a segurança emocional de seus membros (TOLEDO, 2007).

Quando vemos a questão do uso de bebida alcoólica por pessoas idosas como um fenômeno cultural, vez que pode emergir como costume e/ou hábito, a Enfermagem no contexto da atenção gerontogeriátrica precisa planejar e implementar suas práticas cuidativas subsidiada por referenciais sócio-antropológicos, a exemplo do conjunto de conceitos que compõem a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger.

A noção de universalidade do cuidado mobilizou-nos à retomada do pensamento de Leonardo Boff acerca do cuidado. Ele afirma que o ser humano é, por natureza e essência, um ser de cuidado, que sente a predisposição de cuidar e a necessidade de ser cuidado; cuidar e ser cuidado são existenciais e indissociáveis; cuidar é mais que um ato, é uma atitude, abrange mais que um momento de atenção, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro; o oposto do cuidado seria o descuido e o descaso (BOFF, 2011).

Considerando o conceito de Enfermagem de Madeleine Leininger (1991), qual seja “*a ciência do cuidado*”, o processo de cuidar em Enfermagem envolve, além dos aparatos científicos e tecnológicos, a comunicação e o relacionamento interpessoal, que se configuram pela escuta sensível, pela empatia, pela aceitação de limites, pela prática de virtudes como hospitalidade e convivência, implicando no estabelecimento de vínculos, que favorecem a promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação biopsicossocial da pessoa e dos

grupos sociais, a exemplo do cuidado que pode ser implementado com idosos que fazem uso de bebidas alcoólicas no contexto familiar.

Essa perspectiva de cuidado de Enfermagem valoriza o ser humano em sua integralidade, o que inclui o respeito aos aspectos culturais inerentes a cada um e à comunidade onde se insere. Todos esses caracteres do cuidado de Enfermagem, o institui como um *cuidado cultural*, que na abordagem de Leininger, corresponde aos “valores, crenças e modos de vida padronizados aprendidos, subjetiva e objetivamente e transmitidos que auxiliam, sustentam e facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte” (GEORGE, 2000).

O uso de bebida alcoólica pode emergir de crenças, valores e modos de vida e tornar-se um padrão aprendido no contexto familiar, constituindo um agravo à saúde. Nesse caso, sob o olhar da concepção de *cuidado cultural* de Leininger, poderíamos pensar na concepção de *descuido cultural*, o que pode constituir uma prática comum hoje, no domínio dos diversos arranjos familiares, especialmente nas famílias intergeracionais, onde o idoso convive com outras faixas etárias, cujos hábitos e costumes podem ser característicos de cada idade e contribuir para que o idoso aprenda subjetiva e objetivamente esses hábitos que, ao invés de auxiliar na manutenção de seu bem-estar e saúde, podem intensificar situações de comorbidade ou implicar em uma nova patologia, que é o alcoolismo. Essa compreensão encontra ressonância nas falas dos idosos participantes da pesquisa, acerca da influência da família para o consumo de bebidas alcoólicas:

[...]Se todos da família beber, como é que pode juntar pra tirar ele da bebida? Quando for mal de família, como é que vai dar jeito? (Eva).

[...]No caso da família, muitas horas têm uns que bebe aí influencia o outro a beber (Judite).

[...]Meu filho caçula mora comigo, de vez em quando a gente toma umas duas(...)meu irmão bebe cachaça, esses dias eu tive na casa dele e fui provar (Ana Santana).

De acordo com estas falas podemos perceber que os modos de vida dos membros da família influenciam-se diretamente. Desta forma, o ser humano vive e interpreta o mundo baseado no acervo de experiências prévias e dos conhecimentos transmitidos por seus semelhantes, assim como age no mundo social por meio de motivos existenciais (MERIGHI et al., 2013).

Quando a idosa fala do consumo de bebida alcoólica como um “mal de família”, parece que ela está associando a um padrão de uso aprendido e transmitido socioculturalmente no convívio intrafamiliar, o que corrobora o conceito de cultura entendido como o conjunto de valores, crenças, concepções, normas, princípios e práticas de vida de um indivíduo, família ou comunidade que são aprendidos, partilhados e transmitidos (CERETTA, 1999).

Embora o uso da bebida alcoólica no contexto da família possa constituir um risco para que seus membros, inclusive os idosos, tornem-se dependentes da substância, na maioria dos casos as motivações para o consumo podem estar relacionadas à promoção da saúde no que concerne às interações socioculturais, uma vez que, geralmente, as bebidas alcoólicas se inserem nos cardápios das festividades em datas comemorativas no cotidiano das famílias. Assim, apesar de não ser uma atitude reflexiva da família de estimular seus membros a consumirem habitualmente o álcool, o fenômeno pode ocorrer, porém a intenção da família pode ser de proteção, através da promoção do compartilhamento afetivo, dialógico, de bem-estar e de elevação da autoestima.

Neste sentido, por ser um estudo realizado no Nordeste do país, podemos refletir sobre as características socioculturais dessa região, como por exemplo, os ritos no preparo de licores para as festividades juninas, onde as pessoas começam a produzir a bebida com certa antecedência e, muitas vezes, oferecem aos parentes e amigos mais próximos para a degustação; ao chegar o período do São João os licores, tradicionalmente, fazem parte das mesas da maioria das famílias e, como consequência, os idosos que se inserem nesse contexto são motivados a consumirem bebidas alcoólicas. Essas, quando não são esgotadas no período junino, continuam a ser consumidas por vários dias, e o consumo que seria apenas recreativo, pode tornar-se de risco, o nos faz pensar mais uma vez no *descuido cultural*, se refletirmos sobre o conceito de *cuidado cultural* proposto por Leininger.

Nesse contexto, a família pode ser caracterizada como risco ou proteção para o consumo do álcool. Estudos relatam que o fator genético e a formação familiar devem ser considerados fatores de influência tanto para favorecer o uso de drogas como para servir de proteção; o papel familiar é de grande relevância na formação do indivíduo, uma vez que ao ensinar a criança a lidar com limites e frustrações, ela se sentirá mais segura diante desses acontecimentos, enquanto que a criança que não tem regras claras sente-se insegura e quando jovem, ao se deparar com situações difíceis na vida, pode procurar a droga como uma maneira de fugir dos problemas (ALBERTANI; SCIVOLETTO; ZEMEL, 2006).

Geralmente o início do consumo de bebidas alcoólicas acontece no seio familiar, antes mesmo da idade permitida por lei no Brasil (18 anos) para o consumo da droga. Considerando a tradição social de que o álcool pode constituir-se elemento que facilita a sociabilidade, o fato de o jovem iniciar o uso da bebida no contexto familiar pode ocorrer por estimulação da própria família, no intuito de protegê-lo do isolamento social e até de transtornos mentais decorrentes. Este comportamento familiar com relação ao álcool conduz à concepção da existência de um duplo padrão de compreensão em relação às drogas, pois, se por um lado estimula o consumo de álcool, por outro, condena o uso de drogas ilícitas (BRASIL, 2004).

Embora os autores que discutem sobre a família como fator de risco ou proteção para o consumo de bebidas alcoólicas enfoquem mais essa questão relacionada à crianças e adolescentes, entendemos que hoje em função de muitos idosos coabitarem em famílias intergeracionais, também podemos refletir sobre a família como risco ou proteção para o consumo do álcool por pessoas idosas, assim como para outros agravos, por exemplo, o risco de naturalizar o abandono.

Os participantes do estudo também relataram que o fato de o idoso sentir-se abandonado pela família o influenciaria a consumir bebidas alcoólicas. À luz da discussão de Leonardo Boff acerca do *saber cuidar* (BOFF, 2011), podemos refletir a situação como um descuido por parte da família, pois a falta da relação afetiva, do convívio sociofamiliar, do apoio dos entes queridos contribuem para que o idoso busque estratégias de refúgio para o alívio da ansiedade e do sentimento de solidão. Nesse caso, pensamos no uso do álcool como um cuidado de si, uma vez que a substância pode gerar sensações de prazer e descontração, e facilitar as interações sociais. As falas seguintes corroboram com essa reflexão:

[...] O abandono da família pode causar um idoso a beber, ficar desgostoso (...) é a coisa que mais dói muito na pessoa idosa (Davi).

[...] Bebem por causa de uma paixão, de um abandono de família (Adão).

[...]Aqueles idoso que bebe mermo, que é viciado, acho que é porque tá injuriado com a vida, ou muitas vezes se sente abandonado pela família (Rute).

[...]Eu acho também que bebe porque às vezes é um abandono de família, às vezes também fica apaixonado né, aí vai beber pra esquecer (Dalila).

Estudo evidencia que o abandono na velhice ocorre em função de deficiências funcionais do organismo, esfriamento e fragilidades dos vínculos afetivos, perdas de

autonomia e independência, o que gera sentimento de tristeza e de solidão, podendo conduzir ao distanciamento e isolamento social (HERÉDIA; CORTELLETTI; CASARA, 2005).

Os autores destacam ainda que existem situações bastante particulares, que dependem do próprio idoso, no que se refere ao modo como ocorre o enfrentamento das situações citadas. Geralmente, o idoso quer em vida o acolhimento, a presença, o amor dos seus; ele quer compartilhar a experiência e o conhecimento que construiu ao longo de sua existência, quer entender as contradições que o envolvem, o porquê da distância emocional entre as pessoas de seu grupo familiar e social e seus sentimentos, o que o separa dos outros no momento em que precisa ser apoiado para a travessia que envolve o processo de finitude. Esse pensamento é corroborado nas seguintes falas dos idosos desta pesquisa:

[...]a coisa mais bonita que eu acho na vida é uma família unida (...)se o idoso tem uma família, então eu acho que a família deve acolher, num deixar ele abandonado (Lucas).

[...]o que vale na família é a União, o Amor e a Paz. Porque a família que tem paz é tudo na vida (Isabel).

[...]A família tem que tratar o idoso bem (Maria).

Entretanto, por mais que os idosos desejem estar no seio familiar, sendo acolhidos e tratados bem, autores afirmam que a solidão tende a ser mais frequente na velhice do que em outras fases da vida, sendo caracterizada por um sentimento de vazio interior proveniente da falta de interação, de diálogo e de convívio (LOPES; LOPES; CAMARA, 2009).

Não obstante estudiosos mostrem que o abandono é ser sozinho no mundo, estar só, sem ninguém para partilhar a vida, para auxiliar durante a velhice; é ficar só pela perda de companheiro, filhos, familiares ou amigos; é não ter ninguém por si, não ter a presença dos familiares, de amigos, de companhia, de visitas (HERÉDIA; CORTELLETTI; CASARA, 2005), em nosso estudo evidenciamos que idosos podem sentir-se abandonados pelos familiares, mesmo coabitando com eles, como podemos observar nas seguintes falas:

[...] Eu acho que mesmo o idoso morando com outras pessoas dentro de casa ele pode se sentir abandonado, porque desde quando o idoso mora junto com outras pessoas, e aquelas pessoas num dá atenção pra ele, ele se sente abandonado (Adão).

[...] Se morar junto, e aqueles outros ficar discriminando, acho que ainda é pior do que morar sozinho (Isabel).

Essas falas conduziram-nos à reflexão sobre as modificações que vêm acontecendo com as famílias ao longo das últimas décadas. Com o processo de globalização as pessoas estão cada vez mais atarefadas, ocupadas, e menos têm tempo para ficar com suas famílias. Desta forma, o outro que se encontra na mesma casa é notado de forma tão superficial que pode até mesmo perceber essa relação como uma forma de abandono – naturalização do abandono. Além disso, as famílias atuais estão cada vez menores, e a deficiência de relações pode resultar em um sentimento de solidão, especialmente se pensarmos na era digital, em que as pessoas estão cada vez mais envolvidas com as relações virtuais através de redes sociais. A naturalização se efetiva principalmente devido à comunicação globalizada, à emergência das redes sociais que atrai maior parte dos membros da família a se envolverem em relações do mundo virtual, comprometendo a qualidade das relações sociais no mundo real.

Dentre as diversas implicações sociais do processo de globalização destacam-se a redução do espaço físico das habitações, as dificuldades de dedicação permanente às pessoas idosas e a inserção das mulheres no mercado de trabalho, que as impedem de exercer o papel de cuidadora de crianças e idosos que antes lhes era tradicionalmente atribuído, motivam os familiares a, naturalmente, diminuir a atenção e cuidado com os idosos membros da família, muitas vezes excluindo-os do convívio sócio-afetivo e familiar (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006), fato este que, no presente estudo, caracterizamos como a naturalização do abandono.

O mercado de trabalho competitivo, a luta pela sobrevivência e a falta de diálogo entre pais e filhos sobre a educação e respeito para com o idoso, tem se mostrado como justificativa para o modelo familiar vigente, cuja rotina acelerada dos membros interfere diretamente nos relacionamentos interpessoais, pois sobra pouco tempo para compartilhar suas vivências cotidianas (LOPES; LOPES; CAMARA, 2009).

Assim, adultos e jovens falam de vários assuntos ao mesmo tempo, numa dinâmica de pensamentos que o idoso, muitas vezes, não consegue acompanhar, principalmente pelo fato desses assuntos estarem fora de seu campo de experiências. Ele ouve os membros da família comentarem sobre diversos temas, mas escuta e compreende pouco do que se tratam, o que dificulta a sua comunicação e interação na convivência, e os familiares parecem não perceber as características dessa dinâmica de relacionamento. Esse pode ser um fator que contribui para os idosos tornarem-se alcoolistas, pois o uso do álcool está frequentemente associado às

interações sociais, momento em que o idoso pode sentir-se confortado nas relações que surgem.

Outro motivo mencionado por alguns idosos como influenciador para o consumo de bebidas alcoólicas foi a interrupção e frustração na construção dos projetos de vida. Sabemos que o ser humano desde a infância idealiza um projeto de vida que vai sendo modificado ao longo de seu desenvolvimento e crescimento de acordo com a realidade e as possibilidades, porém sempre motivado instintivamente para seguir em frente. Todavia, algumas dessas mudanças que precisam ser feitas, são ocasionadas por frustrações, obstáculos, situações inesperadas que podem ser enfrentadas de diferentes maneiras pelos sujeitos, dependendo do contexto sociocultural no qual se insere. Neste sentido, várias oportunidades podem surgir como forma de suprir os anseios, a culpa e a desesperança, dentre as quais é mencionado nessa pesquisa o uso do álcool.

[...]o véi bebe, mas eu acho que é porque ele anda muito injuriado, porque roubaram ele (Marta).

[...]às vezes a pessoa é bem de vida né, depois se torna devagar, aí fica com aquela coisa na mente, porque ficou puro, aí dá pra beber (Lucas).

Essas falas também nos fazem pensar que a busca pela bebida alcoólica está relacionada ao conceito de *contexto ambiental* apresentado por Leininger, no qual a totalidade de uma experiência particular confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

A iniciação ao uso do álcool pode também estar associada a necessidades intuitivas, e a manutenção desse uso parece ocorrer pela sensação de prazer, ou pelo contexto psicossocial que a bebida alcoólica proporciona, conforme menciona Adão: “*Quando bebe um pouquinho é pra abrir a disposição, pra ficar mais alegre(...)numa festa.*”

O National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) apresenta as definições de padrões de consumo do álcool. O consumo moderado, por exemplo, pode variar de um sujeito para outro, pois os resultados provocados pelo uso da substância estarão condicionados às diferenças individuais, ou seja, a quantidade de álcool que uma pessoa pode consumir sem estar intoxicada varia de acordo com a experiência, tolerância, metabolismo, vulnerabilidade genética, estilo de vida e tempo em que o álcool é consumido (CISA, 2013).

Beber uma quantidade excessiva de álcool em curto espaço de tempo é uma prática conhecida na literatura internacional como “*binge drinking*”, ou “beber em *binge*”. O termo é empregado no mundo todo para definir o “uso pesado episódico do álcool”, sendo essa quantidade definida em cinco doses para homens e quatro para mulheres em uma só ocasião, padrão de consumo que pode levar a intoxicações frequentemente associadas a uma série de problemas físicos, mentais e sociais (LARANJEIRA et al., 2007).

O Ministério da Justiça define alguns sinais da dependência do álcool, dentre os quais podemos citar: o desenvolvimento da tolerância, ou seja, a necessidade de beber maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos; o aumento da importância do álcool na vida da pessoa; a percepção do “grande desejo” de beber e da falta de controle em relação a quando parar; a síndrome de abstinência (aparecimento de sintomas desagradáveis após ter ficado algumas horas sem beber) e aumento da ingestão de álcool para aliviar essa síndrome (OBID, 2007).

Apesar da existência de novos e diversificados padrões de consumo de drogas, lícitas e ilícitas, as substâncias psicoativas são usadas de forma recreativa pela maioria das pessoas, fato que não provoca nenhum dano ao indivíduo ou à sociedade (BRASIL, 2004). O álcool talvez seja uma das substâncias psicoativas mais utilizadas em todo o mundo e pode, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, ser consumida sem problemas, sendo em alguns casos, considerado como benéfico para o organismo. Entretanto, esse uso recreativo, quando substituído pelo uso de risco, pode ocasionar graves problemas físicos, psíquicos e sociais (BRASIL, 2004).

Todavia, existe controvérsia na literatura sobre os efeitos benéficos do álcool para o organismo, sendo que em algumas situações o uso de bebidas alcoólicas não é recomendado mesmo que em pequenas quantidades, por exemplo, para crianças, adolescentes, gestantes, motoristas, operadores de equipamentos pesados, pessoas com depressão, indivíduos alcoólatras em recuperação, e até mesmo pessoas idosas que fazem tratamento medicamentoso regular para doenças crônicas não transmissíveis (MOURA; MALTA, 2011).

Acredita-se que não é pela droga em si mesma que a pessoa inicia o uso até se tornar dependente, porém a partir do momento que a dependência se instala, a continuidade do uso da droga pode não ser apenas em função do prazer que ela proporciona, mas pela própria necessidade que o organismo sente da substância química, ou seja, a dependência que o organismo desenvolveu na relação com a droga.

Outro fator motivador para o consumo de bebidas alcoólicas referido pelos idosos desta pesquisa foi a influência de amigos. Estudos revelam que apesar da presença da família na aquisição de hábitos e percepções a respeito do uso de álcool, a bebida está inegavelmente ligada à esfera da sociabilidade (BRASIL, 2004). Essa realidade encontra reflexo na pesquisa através dos seguintes discursos dos participantes:

[...]De uns dois anos pra cá, ele começou a ir em um jogo, aí os amigo “vamo tomar uma cervejinha véi”, aí vai e toma uma cervejinha(...)quando ele vai pro jogo, quando ele chega, chega tomado(...)ele começou a beber por causa de amizade (Eva).

[...]Ela começou a beber através de amigos, através de farra (Lucas).

[...]Os amigo influencia também (Rute).

[...]um amigo que bebe influencia (Marta).

[...] Muitas amizade influencia, porque meu marido mesmo, tinha vez que tava em casa aí saia, ia pra oficina, os amigos chegava lá e já levava as garrafinha (Judite).

Estudiosos apontam a alta influência do companheirismo de colegas e amigos para o começo do uso da bebida alcoólica, principalmente para adolescentes, estudantes de ensino médio e estudantes universitários (PADUANI et al., 2008; JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009; ROZIN; ZAGONEL, 2012). E, apesar da dificuldade de encontramos estudos que tratem dessa influência, de forma específica, na população idosa, acreditamos que, conforme mencionaram os participantes da pesquisa, essa influência também existe.

A literatura revela também que fatores intrínsecos e extrínsecos estão associados ao início do consumo do álcool, dentre eles destacam-se: influência da mídia; relacionamento conturbado com familiares e presença de um membro que faz uso; abuso sexual e baixa autoestima; curiosidade e pressão de colegas e amigos para reinserção em grupos; diversão e prazer; isolamento; estímulo à experimentação da própria família, por definições culturais; para melhorar a insatisfação diante das condições de vida, inclusive, aquelas ligadas ao desemprego (ROZIN; ZAGONEL, 2012).

Percebemos que alguns dos motivos mencionados pelos idosos desta pesquisa como influenciadores para o consumo de bebidas alcoólicas são discutidos na literatura, o que corrobora o fato de o saber popular já estar entrelaçado com o conhecimento científico, superando a noção de senso comum, principalmente devido a globalização dos meios de

comunicação, que permite o maior acesso da população às informações científicas sobre os mais diversos temas, incluindo a questão do uso de bebidas alcoólicas.

A mídia tem dado ênfase a todo tempo nas propagandas de bebidas alcoólicas, mas também traz muito conhecimento sobre os efeitos da bebida alcoólica no organismo, os fatores determinantes e condicionantes, as estatísticas dos padrões de consumo, os custos sociais e para os cofres públicos no contexto da saúde.

Existem muitos idosos hoje ociosos, que permanecem a maior parte do tempo em casa assistindo aos programas de televisão, o que de certa forma influencia no discurso deles sobre o assunto, uma vez que absorvem o que a ciência e os profissionais de saúde falam, somando ao seu conhecimento popular.

CATEGORIA 2: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA FAMÍLIA PARA AJUDAR O IDOSO A ABANDONAR O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Nesta categoria, apresentamos uma discussão das falas dos participantes da pesquisa a partir da relação dialógica com os principais conceitos da teoria da *diversidade e universalidade do cuidado cultural* de Madeleine Leininger, quais sejam: *universalidade do cuidado cultural, cuidado cultural, visão de mundo*.

O primeiro conceito refere-se aos significados, padrões, valores, modos de vida comuns de cuidados que se manifestam em muitas culturas e refletem as formas assistenciais de auxiliar as pessoas; o segundo consiste nos valores, crenças e modos de vida padronizados aprendidos de forma objetiva e subjetiva, e que são transmitidos no sentido de auxiliar ou capacitar as pessoas ou grupos a manter o bem-estar, saúde, melhorar a condição humana e o modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte (GEORGE, 2000). E o terceiro refere-se à maneira como as pessoas tendem a olhar para o mundo ou o universo na criação de uma visão pessoal do que é a vida (LEININGER; MCFARLAND, 2006). Esses conceitos serão melhor compreendidos durante o processo da discussão que se segue.

A teoria de Leininger foi fundamental à compreensão e discussão da influência da família para que pessoas idosas possam abandonar o uso abusivo de bebidas alcoólicas. Sabemos que cada família possui um modo de viver que dispõe de um conjunto de valores, princípios e crenças, compartilhado entre seus membros e, em se tratando da família contemporânea, que se desdobra em diversos arranjos, as manifestações socioculturais mostram-se cada vez mais complexas.

Ao pensar no lugar de inserção do idoso nesses vários arranjos familiares, destaca-se a família intergeracional na qual corresidem pessoas com faixas etárias diferentes e cada uma com seus interesses, hábitos e visões de mundo próprias e características. Essa família intergeracional pode se configurar de duas formas no contexto das relações que estabelecem com os idosos, podendo influenciá-los ao abandono do uso de bebidas alcoólicas, ou à iniciação do consumo dessas substâncias.

A família intergeracional que constitui potencial de influência para o idoso tornar-se usuário de bebidas alcoólicas, geralmente, configura-se da seguinte forma: as crianças frequentam a escola; a depender das condições de vida humana, brincam com outras crianças em via pública, ou estão confinadas em casa usando redes sociais, jogos online, assistindo programas televisivos, entre outros, ou podem ainda, estar trabalhando, a fim de contribuir com a renda familiar; os adolescentes também estão na escola, voltam-se para a era cibernética, podem envolver-se com as drogas, iniciam relacionamentos afetivos, o que muitas vezes os afasta da interação familiar; os adultos, preocupados com a manutenção dos meios de sobrevivência da família, trabalham fora de casa, muitos estão buscando uma formação ou qualificação profissional.

Desta forma, cada um dos membros da família está envolvido em interesses e hábitos próprios da idade, não dispondo de tempo para o convívio e compartilhamento do grupo doméstico. Logo, o idoso que reside com essa família pode sentir-se sozinho ou abandonado, e passa a buscar meios para preencher as necessidades afetivas, inclusive com o uso de bebidas alcoólicas.

Por outro lado, há também a família que, embora conviva na mesma sociedade globalizada, e possua todos os atrativos citados acima, busca preservar princípios, valores e crenças socioculturais sustentados em virtudes como solidariedade, generosidade, amor ao próximo, hospitalidade, dentre outros, o que influencia no seu modo de conviver e cuidar das pessoas idosas numa relação de mutualidade. Idosos que se inserem em famílias com essas características sentem-se acolhidos, apoiados, e com suas necessidades afetivas preenchidas.

Neste contexto, ao mesmo tempo em que a família cuida do idoso, valorizando a magnitude de suas experiências, esse cuidado poderá ser revertido à família, uma vez que o idoso compartilhará as experiências com as gerações mais jovens que corresidem com ele, especialmente em termos de construção de princípios e valores que prezam pelas virtudes citadas, o que constitui uma forma de cuidado mútuo. Assim, se o idoso contribui no processo ensino-aprendizagem de novas gerações, em termos de valores e de experiências de vida, a

família sentir-se-á recompensada pelos ensinamentos e cuidado que o idoso pode compartilhar.

Podemos pensar na *universalidade do cuidado cultural* na perspectiva de Leininger, não só àquele desenvolvido por profissionais de saúde, mas o cuidado como função essencial dos seres humanos, tanto o de si mesmo, como do semelhante. Assim, nessa categoria buscamos discutir, a partir de relatos de idosos, as estratégias que a família utiliza para ajudá-los a abandonarem o consumo de bebidas alcoólicas.

Entretanto, as pessoas idosas participantes da pesquisa, na condição de familiares de outros idosos que consomem bebidas alcoólicas de forma abusiva, não dispõem de muitas estratégias para auxiliá-los na abstinência, conforme foi possível perceber na fala de Davi: “(...) *Eu acho muito difícil a família tirar a bebida de um indivíduo(...)*”.

Nas discussões dos dois encontros do Grupo Focal, emergiram falas que atendem ao objetivo do estudo, ou seja, os idosos relataram duas estratégias que geralmente utilizam na tentativa de ajudar o idoso usuário de bebida alcoólica a abandonarem o uso. Tais estratégias foram sintetizadas nos seguintes eixos temáticos: *a influência da religiosidade para a abstinência de bebidas alcoólicas por idosos*; e *a influência do aconselhamento para a abstinência do uso de bebidas alcoólicas por idosos*.

Na influência do contexto familiar ao abandono da bebida alcoólica, podemos refletir sobre o *cuidado cultural* proposto por Madeleine Leininger, em que a partir dos valores e modos de vida que a família possui, ela, auxilia, sustenta e facilita a manutenção do bem-estar e da saúde de seus membros ou ainda melhora sua condição humana e seu modo de vida.

O eixo intitulado “*a influência da religiosidade para a abstinência de bebidas alcoólicas por idosos*” destaca-se nas falas dos participantes da pesquisa, ao demonstrarem o apego com a religiosidade, a busca espiritual, a procura por um Ser superior, como alternativa utilizada para tentar ajudar os idosos familiares que fazem uso de bebidas alcoólicas a absterem-se, uma vez que muitos acreditam na inexistência de outra forma que a família possa, de fato, influenciá-los à abstinência. Essa realidade encontra ressonância nas seguintes falas:

(...) *só se orar muito, pedir muito a Deus (Davi).*

(...) *eu faço oração, vivo pedindo oração, oro direto pedindo a Deus pra ele deixar essa bebida (Dalila).*

(...) *A família precisa ter poder de oração, pedir muito a Deus, fazer muita penitência, muito jejum (Rute).*

(...) *A única coisa que eu faço é orar (Lucas).*

(...) *Eu acho que a família, fazendo esforço mesmo, entregando nas mãos de Deus e do divino pai eterno. A gente pode ajudar fazendo oração, porque o que você faz convivência a um Deus vivo, ele tem o poder de tirar (Eva).*

(...) *É se apegar com Jesus, ir pra igreja, e entregar o coração a Deus pra Deus ajudar que 'arrêa' de beber (Marta).*

Estudo realizado no sentido de investigar as estratégias de enfrentamento dos problemas vivenciados por idosos evidenciou que os participantes apresentavam um foco comum envolvendo a espiritualidade: a reza, o pedido de orientação, a crença na vontade de Deus e a responsabilização de um Ser superior para superar um problema (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

Nesse contexto de busca pela religiosidade como uma forma de apoiar o familiar que faz uso de bebida alcoólica a abandonar esse hábito, podemos refletir que esse cuidado está fundamentado no conceito de *dimensões da estrutura cultural e social* apresentado por Leininger, que são os fatores relacionados com a religião, estrutura social, política, economia, padrões educacionais, tecnológicos, valores culturais e etno-história, e como eles podem influenciar no comportamento humano em diferentes contextos ambientais (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

A religiosidade atua como protetora ao consumo de drogas entre pessoas que frequentam a igreja regularmente, praticam os preceitos da religião professada, creem na importância da religião em suas vidas ou tiveram educação religiosa formal na infância. Independentemente da religião professada, ela facilita a recuperação da dependência de drogas e diminui os índices de recaída de usuários, pois reestrutura a rede de amigos e os coloca em um ambiente sem a oferta desta droga (SANCHEZ; NAPPO, 2008). Esse pensamento sustenta a crença dos idosos que fizeram parte de nossa pesquisa, de que a religiosidade pode auxiliar no processo de abstinência do álcool.

Estudos apontam o uso da religião, da espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas geradas pela experiência dos problemas da vida, porém, essas estratégias podem ser classificadas como positivas ou negativas, conforme associadas, respectivamente, a melhores ou a piores resultados na saúde física/mental (SANTOS et al., 2013).

Desta forma, é possível perceber que essa estratégia de enfrentamento com base na religiosidade pode ser configurada como autocuidado dos familiares que convivem com

idosos que consomem bebidas alcoólicas, pois a convivência pode gerar experiências estressantes àquele que não concorda com o uso do álcool, mas também não sabe como lidar com a situação e quais as ferramentas pode utilizar na resolução de confrontos.

O eixo denominado *a influência do aconselhamento para a abstinência do uso de bebidas alcoólicas por idosos* confirma-se nas falas dos participantes da pesquisa. Eles mencionam que, geralmente, buscam aconselhar os idosos a se absterem da bebida alcoólica, mas vêm percebendo que a estratégia não tem sido eficaz, conforme observamos abaixo:

(...) A gente deve procurar alguma coisa pra deixar de beber. Às vezes eu até faço pedido à família pra dar conselho, minhas filhas dão conselho, eu mesmo dou, a mãe dele também (Dalila).

(...) A gente dá conselho, o filho dá conselho (Isabel).

(...) A família tem que dar um apoio para poder deixar a bebida (...) a pessoa às vezes não aceita conselho de pai, de mãe, irmão, nem mulher (Ana Santana).

(...) A gente dá conselho, mas ela não concorda com o que a gente fala (...) conselho a gente dá, não é falta de conselho (Lucas).

A abstinência de qualquer droga não acontece de repente, em função da complexidade que envolve a relação entre o usuário e a substância, que implica em comprometimento à vida física, psíquica e sociocultural da pessoa. A reabilitação do usuário requer mudanças em sua hierarquia de motivações e interesses, no desenvolvimento de habilidades sociais e na interação com a família, com as amizades novas e antigas, mudanças de comportamento, reformulação de perspectivas do tempo, através da ruptura com seu passado, e enfrentamento do presente recente e inovador, e do futuro (ALVARES, 2013).

Esse contexto parece justificar a ineficácia do aconselhamento que os participantes da pesquisa referem realizar com os idosos usuários de bebidas alcoólicas, uma vez que, o ato de aconselhar de forma empírica pode configurar-se como um olhar externo à relação que o usuário estabelece com a bebida, desconsiderando às motivações que a entornam, o que caracteriza o conselho como uma ação descontextualizada.

Neste sentido, a nosso ver, seria mais apropriado à família desenvolver o diálogo fundado em uma escuta sensível dos usuários visando captar suas necessidades e os elementos reais e/ou potenciais que podem estar favorecendo a manutenção da relação com a bebida, como por exemplo, a carência de sociabilidade, considerando que o idoso mesmo coabitando em uma família intergeracional, poderá sentir-se sozinho, optando pelo consumo da bebida

alcoólica que pode proporcionar-lhe sensações prazerosas e alívio de ansiedades desencadeadas pela solidão.

As falas dos participantes revelam ainda, que quando o aconselhamento é feito por profissionais médicos, os idosos usuários de bebidas alcoólicas tendem a respondê-lo de forma positiva. Geralmente, aceitam os conselhos, diminuem o consumo e, alguns chegam até à abstinência, conforme podemos observar nos relatos seguintes:

(...) Escuta o conselho dos médico, porque eles acham que os médico tem mais experiência, pra saber se dura mais ou se dura menos. Então acha que a família é analfabeta, sabe de pouca coisa, e aí só ouve o médico (Adão).

(...) O conselho do médico resolve porque eles confiam mais no médico do que na gente, na família (Judite).

(...) Muitas horas tem uns que tem medo de morrer, então o médico dá conselho pra arriá de beber e eles deixa (Marta).

(...) Escuta o conselho do médico porque o médico dá logo uma pressão e fala “se num parar de beber você vai morrer, só tem um ano de vida ou menos de um ano”, aí pronto, para (Rute).

Esses relatos encontram sustentação em estudo que evidencia que a educação sobre os efeitos do álcool, aconselhamento básico sobre como abster-se ou diminuir o consumo, monitoramento das complicações médicas relacionadas e acompanhamento ambulatorial feito pelo clínico são eficazes na redução da morbimortalidade relacionada ao álcool (FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006).

Podemos perceber nas falas a ressonância ao conceito de *visão de mundo* proposto por Madeleine Leininger, que se refere à maneira como as pessoas tendem a olhar o mundo a partir da criação de uma visão pessoal, de acordo com seu universo sociocultural, o que inclui à percepção das pessoas em geral, em relação ao modelo médico hegemônico, cujas recomendações e prescrições não são questionadas, simplesmente são obedecidas, a exemplo das posturas dos idosos alcoolistas mencionadas pelos participantes do estudo, que valorizam mais o saber científico das orientações médicas do que o aconselhamento familiar, cujo saber denomina-se de *senso comum*.

Tradicionalmente, as sociedades capitalistas compartilham a visão de mundo de que o cientista tem autoridade, sabe sobre o que está falando e os outros devem ouvi-lo e obedecê-lo; trata-se de um mito e, todo mito é perigoso, porque induz o comportamento e inibe o pensamento (ALVES, 2008). O autor destaca ainda que é necessário acabar com o mito de que o cientista é uma pessoa que pensa melhor do que as outras, pois a aprendizagem da

ciência é um processo de *desenvolvimento progressivo do senso comum*; só podemos ensinar e aprender partindo do senso comum de que o aprendiz dispõe.

Entretanto, há situações no contexto do uso de bebidas alcoólicas em que, nem o saber científico, nem o popular, dão conta de influenciar o usuário para a diminuição ou abstinência da bebida, conforme relatou uma participante do estudo acerca de sua vivência com uma familiar idosa que consome bebidas alcoólicas em excesso e sofre de outras doenças, constituindo uma comorbidade.

(...) No caso da minha irmã, mesmo a médica falando, não adianta, ela continua bebendo (Lucas).

O uso crônico do álcool é algo muito mais complexo do que se pode imaginar no contexto do uso de drogas, cujas estratégias para a abstinência e reabilitação não se limitam apenas a medidas socioeducativas fundadas no conhecimento científico ou nas orientações provenientes do saber popular, a exemplo do aconselhamento por parte da família. Usar droga e tornar-se dependente da substância pode constituir-se uma forma de lacunas afetivas, de comunicação e de interação social.

Embora entendamos que o uso de bebidas alcoólicas pode constituir motivação e estratégia para facilitar as interações sociais, o olhar do profissional de saúde para a pessoa idosa numa perspectiva multidimensional ultrapassa a valorização da dimensão social em detrimento das dimensões físicas e psíquicas, uma vez que muitos idosos convivem com situações de comorbidades e o uso de bebidas alcoólicas poderá intensificar agravos como hipertensão, diabetes, dislipidemias, alterações neurocognitivas, dentre outros, com possibilidade de diminuição dos anos de vida.

Além disso, em função da desigualdade social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a maioria dos idosos não dispõem de atendimentos de saúde adequados, o que torna a situação mais complexa, quando envolve o uso abusivo de bebidas alcoólicas. Dessa forma, embora não defendemos a ideia proibicionista em relação ao uso do álcool, no contexto gerontogeriátrico entendemos que o não uso abusivo seja a opção mais adequada, o que nos motivou à investigação sobre o que as pessoas idosas pensam em relação à contribuição da família tanto para o uso quanto para o abandono de bebidas alcoólicas por idosos.

6 DESPERTANDO OUTRAS REFLEXÕES SOBRE O TEMA

O estudo consistiu em analisar as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar para o uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos, à luz dos principais conceitos da teoria da *diversidade e universalidade do cuidado cultural* de Madeleine Leininger. Revelou a importância de se observar e valorizar o lugar sociocultural de inserção do idoso no processo de saber-fazer da enfermagem gerontogerátrica.

Acreditamos na relevância do estudo, uma vez que o conhecimento construído amplia o campo das produções científicas nas ciências da saúde e auxilia no preenchimento da lacuna no conhecimento, mais especificamente nas subáreas de gerontologia, geriatria e enfermagem, trazendo a discussão de uma temática ainda pouco debatida entre os pesquisadores brasileiros, que é a questão do uso de bebidas alcoólicas entre pessoas idosas e os fatores que influenciam para o uso e para o abandono da bebida, sobretudo no que se refere ao contexto familiar.

A fundamentação teórica permitiu-nos refletir sobre a importância do autoconhecimento no que se refere a nossos mitos e tabus em relação ao processo do envelhecer, para evitar imposições desfavoráveis nas práticas de saúde, e incompreensões quanto às diversas realidades culturais. Percebemos que é essencial à enfermagem conhecer a cultura do sujeito com quem estabelecemos relações de cuidado.

As falas dos participantes revelam a percepção de pessoas idosas integrantes de grupos de convivência acerca do consumo de bebidas alcoólicas de forma abusiva por idosos, os motivos que elas acreditam serem influenciadores para esse consumo, assim como, as estratégias utilizadas pela família para ajudar o idoso a abandonar o uso.

No cotidiano do idoso acontecem muitas perdas, e são necessárias adaptações, contato pessoal, amor, apoio e atenção por parte da família. A implementação de políticas públicas é fundamental ao fortalecimento desse apoio familiar, e seu foco não deve ser apenas as comorbidades comuns ao processo de envelhecimento, mas, também, os aspectos psicossociais e culturais do idoso, pois, caso estejam comprometidos, podem gerar frustrações de vida e sentimentos de solidão, e contribuir para que refugie no consumo de bebidas alcoólicas.

É necessário que as políticas públicas incluam ações voltadas ao alcoolismo, pois constitui uma patologia e, se estiver associado a alterações orgânicas, decorrentes do próprio processo de envelhecimento, pode contribuir ao quadro de comorbidades, o que diminui a qualidade de vida do idoso, além de influenciar no surgimento de outras doenças.

Também é imperioso que se pense em ações direcionadas ao cuidado e auxílio aos cuidadores dos idosos alcoolistas, uma vez que, independente de serem familiares ou não, as estratégias de apoio utilizadas por eles para auxiliar no abandono do uso da bebida, mostradas nesse estudo, ainda se fazem insuficientes.

O estudo contribui como um aporte teórico ao ensino e formação do profissional de Enfermagem, na perspectiva do cuidado ao ser humano em sua integralidade, na medida em que fornece elementos à reformulação curricular, para a inclusão de disciplinas e conteúdos voltados ao saber gerontológico e geriátrico, visando não somente a ampliação do olhar para as alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, que incluem diminuição da capacidade funcional e limitações das atividades básicas e instrumentais de vida diária, mas também para o contexto sociocultural onde o idoso está inserido.

Pretendemos com esse estudo incentivar os líderes dos Grupos de Convivência à construção de estratégias eficazes, que contribuam com a família que convive com o idoso alcoolista, pensando em alternativas que possam auxiliar, de fato, na redução de danos, até se chegar à abstinência.

Ressaltamos a importância de a Enfermagem desenvolver atividades educativas nos Grupos de Convivência, tanto com os idosos como com os líderes dos grupos, discutindo a problemática do consumo do álcool por idosos que convivem com familiares de outras faixas etárias, e a questão da naturalização do abandono, revelada no estudo como um fator motivador para o uso de bebidas alcoólicas, com a finalidade de que os líderes e participantes dos grupos tornem-se multiplicadores no cotidiano do desenvolvimento de ações que interfiram nessa relação.

Os líderes dos Grupos de Convivência, na função de multiplicadores, poderão trabalhar com os idosos sobre os sonhos e desejos que podem não ser alcançados; possíveis frustrações na construção dos projetos de vida; os conflitos familiares; e os sentimentos de tristeza e solidão que podem surgir devido a coresidência com gerações distintas, onde o idoso passa a viver uma vida ociosa e solitária, por não conseguir participar ativamente do diálogo entre os membros da família.

As atividades educativas também poderão ser planejadas e implementadas no contexto da Atenção Básica em espaços das Unidades de Saúde da Família (USF) e outros espaços do território, envolvendo as equipes de saúde, inclusive os Agentes Comunitários, além dos idosos e familiares residentes nas áreas de abrangência dessas unidades.

Concluimos que a questão do uso abusivo de bebidas alcoólicas por idosos ainda precisa ser muito trabalhada e discutida na literatura, focando os aspectos que contribuem

para a iniciação ao uso, para a manutenção e o abandono, com a finalidade de auxiliar os familiares na tomada de decisões e no próprio comportamento diante da convivência com seus idosos. Podemos dizer que a maior contribuição do estudo consiste na sincera pretensão de que ele, ainda que limitado, pode dar origem a outras reflexões sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ALBERTANI, H. M. B.; SCIVOLETTO, S.; ZEMEL, M. L. S. **Prevenção do uso de drogas: fatores de risco e fatores de proteção.** Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas, 2006.

ALVARENGA, M. R. M. **Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica.** [Tese] – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. 236p.

ALVARENGA, M. R. M.; et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.

ALVARES A. A. Fatores que favorecem a abstinência no alcoolismo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 60-80, 2013.

ALVES, L. C.; et. al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, ago 2007.

ALVES, R. **Filosofia da ciência:** introdução ao jogo e suas regras. Editora Loyola: 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV.** 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ANDRADE, L. M. **Percepção de pessoas idosas integrantes de Grupos de Convivência sobre o viver/envelhecer cidadão** [dissertação]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde; 2012.

APRATTO JÚNIOR, P. C.; MORAES, C. L. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.

ARANTES, R. C.; et al. **Arranjos domiciliares e saúde dos idosos:** um estudo piloto qualitativo em um município do interior de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. F.; SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das Representações Sociais. **Psicologia & Sociedade.** v. 18, n. 2, p. 89-98, mai./ago 2006.

ARAÚJO, L. F.; LOBO FILHO, J. G. Análise Psicossocial da Violência contra Idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 153-160, 2009.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo Focal – Estratégia Metodológica Qualitativa: Um Ensaio Teórico. **Cogitare Enfermagem.** Curitiba, PR, v. 9, n. 1, p. 9-14, 2004.

AVELAR, M. C. M. **O cotidiano dos idosos na instituição assistencial “Nosso Lar” do município de Santo André.** [Dissertação] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

BANDEIRA, E. M. F. S.; PIMENTA, F. A. P.; SOUZA, M. C. **Atenção a saúde do idoso**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 221p. 2010.

BEZERRA, F. C.; ALMEIDA, M. I.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-167, 2012.

BOFF, L. **Saber Cuidar - Ética do Humano, Compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 18ª edição; 2011.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 1.948**, de 03 de julho de 1996.

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

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. – 1. ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª ed. em português, ampl. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

_____. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 106 p.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, 2003.

_____. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. IPEA, Rio de Janeiro, abril de 2006.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, Cap. 1, p. 25-73, 2004.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA. Cap. 8, p. 253-92, 2004.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan./jun. 2011.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Bebidas Alcoólicas – fevereiro/2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002595.pdf>.

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA). **Padrões de consumo de álcool**. Info Álcool: CISA; 2013 [acesso em 2013 Set 09]. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/236/padroes-consumo-alcool.php>

CERETTA, L. B. **Cuidado domiciliar de enfermagem a famílias que vivenciam mudanças nas condições de saúde de seus familiares**. [Dissertação] Programa de Pós Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999. 308 f.

CORRÊA, C. S. **Famílias e cuidado dedicado ao idoso: como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso**. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

CRONEMBERGER, P. I. H. G. M.; TEIXEIRA, S. M. Famílias vulneráveis como expressão da questão social, à luz da política de assistência social. **Revista Eletrônica Informe Econômico**. Ano 1, n. 1; ago 2013.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DELGADO, P. G.; et al. Álcool e redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva. In: BRASIL. **Álcool e Redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FINGERHOOD, M. Uso nocivo de substâncias em idosos. **Journal of the American Geriatrics Society**, Volume 48, Number 8; August 2000. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.

FONSECA, A. M.; et al. Padrões de violência domiciliar associadas ao uso do álcool no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n.5, p. 743-9, 2009.

FONTES, A.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 33, n.6, p. 304-312, 2006.

GALETTI, C. et al. Jogos de azar e uso de substâncias em idosos: uma revisão de literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 39-43, 2008.

GEORGE, J. B. Madeleine M. Leininger. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à práticas profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, Cap 21, p. 297-309, 2000.

GIFONNI, F. A. O.; SANTOS, M. A. Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 19 Spe No:821-30, May-June 2011.

GÓIS, L. H. C.; SOARES, M. L. **Representações sobre velhice e família intergeracional: uma leitura de gênero dos romances luftianos e almeidianos como contribuição às Políticas Públicas** 1.,2009.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. A técnica de Grupos Focais para obtenção de dados qualitativos. **Educativa** – Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais, Fevereiro/1999.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. A enfermagem gerontogeriatrica: perspectivas e desafios. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, p. 57-68 - jan./jun, 2004.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ª edição, p. 1110-16, 2006.

HERÉDIA VBM, CORTELLETTI IA,CASARA MB. Abandono na Velhice. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2005.

HERTTUA, K. et al. Living Alone and Alcohol-Related Mortality: A Population-Based Cohort Study from Finland. **PLoS Medicine**, v. 8, Issue 9, e1001094, September 2011.

HOFFMANN, A. C. O. S.; et al. A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, v. 7, n. 1, p. 75-88, jan./abr 2005.

HORTA, A. L. M.; FERREIRA, D. C. O.; ZHAO, L. M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 63, n.4, p. 523-8, jul-ago 2010.

HULSE, G. K. Alcohol, drugs and much more in later life. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 24, Supl I, p. 34-41, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

_____. IBGE Cidades – Bahia. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Comunicação Social, 29 de abril de 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1.

INOUE, K.; BARHAM, E. J.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010. Disponível em: www.scielo.br/prc.

JINEZ, M. L. J.; SOUZA, J. R. M.; PILLON, S. C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, Mar-Abr 2009.

LARANJEIRA R.; et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas [online] 2007 [acesso em 2013 Set 09]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf

LERVOLINO, S. A.; PELICIONE, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev.Esc.Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

LEININGER, M. M. **Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing; 1991.

LEININGER, M. M.; McFARLAND, M. R. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice**. 3ª ed. New York (USA): Mac Graw-Hill; 621p. 2002.

LEININGER, M. M.; McFARLAND, M. R. **Culture Care Diversity and Universality: a worldwide nursing theory**. 2nd ed. New Your (USA); 399p. 2006.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LOPES, R. F.; LOPES, M. T. F.; CAMARA, V. D. Entendendo a solidão do idoso. **RBCEH.**, v. 6, n. 3, p. 373-381, Set-Dez 2009.

LOUVISON, M. C. P. Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS). In: SEADS (Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social). Rede de atenção à pessoa idosa. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, p. 33-51, 2009.

MARTINS, E. et al. O significado de família e saúde para idosos: um estudo em Instituição de Longa Permanência da cidade de São Paulo. **X Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde – ComSaúde**, 2007.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo Social e de Saúde do consumo do álcool. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, Supl I, p. 7-10, 2004.

MERIGHI, M. A. B.; et al. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. **Rev Esc Enferm.**, v. 47, n. 2, p. 408-14, 2013.

MIGUEL, M. E. G. B.; PINTO, M. E. B.; MARCON. S. S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 784-795, 2007. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.3, p. 237-248, 1993.

MISSIO, M.; PORTELLA, M. R. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, jul./dez. 2003.

MOREIRA PFP, MARTINIANO FILHO F. Aspectos nutricionais e o abuso do álcool em idosos. **Envelhecimento e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 23-6, 2008.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. 2ª ed. Thousand Oaks: London, New Delhi: Sage Publications, 1997.

MOTA, F. R. N.; et al. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso(a). **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 4, p. 833-838, out-dez 2010.

MOURA, M. A. V.; CHAMILCO, R. A. S. I.; SILVA, L. R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 9, n. 3, p. 434-40, dez 2005.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 14, n. 1 Supl., p. 61-70, 2011.

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Informações sobre Drogas – Álcool**. Ministério da Justiça do Brasil: OBID; 2007 [acesso em 2013 de Jun 09]. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11288&rastror=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+drogas/%C3%81lcool#Consumo

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Redução de Danos/Vulnerabilidade**. Ministério da Justiça do Brasil: OBID; 2007 [acesso em 2013 Set 08]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>

OLIVEIRA, E. B.; BITTENCOURT, L. P.; CARMO, A. C. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 04, n. 02, p. 1-16, 2008.

PADUANI, G. F.; et al. Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 66-75, 2008.

PAVARINI, S. C. I. et al. Família e Vulnerabilidade Social: Um Estudo com Octogenários. **Rev Latino-am Enfermagem**, 17(3), maio-junho 2009.

PERUCCHI, J.; BEIRÃO, A. M. Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 57-69, 2007.

PILLON, S. C.; et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. **Esc Anna Nery Rev.**, v. 14, n. 4, p. 742-748; 2010.

PINHEIRO, J. E. S.; FREITAS, E. V. Promoção da saúde. In: PY, L. et al. **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: NAU Editora, capítulo 11, p. 257-279, 2004.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº7, p.156-175, jan/jun 2002.

RESSEL, L. B.; et al. O uso do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 779-86, Out-Dez 2008.

RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2729-2740, 2010.

RIGO, J. C. et al. Trauma associado com o uso de álcool em idosos. **Brasília méd**; v. 42, n. 1/2, p. 35-40, 2005.

RIZZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 225-233, 2010.

ROCHA, S. M. C.; LIMA, I. M. S. O. **A pessoa idosa e o contexto familiar: uma abordagem**. Niterói (RJ); 2012.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 493-500, 2006.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 314-8, 2012.

SANCHEZ, Z. V. M, NAPPO, A. S. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 265-72, 2008.

SANTANA, M. A. C. T. **Envelhecimento e a pessoa idosa**: grupos de convivência promovendo saúde. [Tese] Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva, 2010.

SANTOS, S. M. A dos. **Idoso, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: Editora Alínea, 228p. 2003.

SANTOS, W. J.; et al. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2319-2328, 2013.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol.** (Campinas), v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SCHMIDT, P. M. S.; GIORDANI, A. M.; ROSSI, A. G.; CÓSER, P. L. Avaliação do equilíbrio em alcoólicos. **Braz J Otorhinolaryngol.**, v. 76, n. 2, p.148-55, 2010.

SENA, E. L. S. et al. A influência da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia no processo de viver e envelhecer dos idosos estudantes/integrantes. **Textos sobre Envelhecimento.** Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 23-41, 2003.

SENGER AEV, ELY LS, GANDOLFI T, SCHNEIDER RH, GOMES I, CARLI GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, E. A. A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges. Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (**SUPERA**); Módulo 6, Capítulo 2; 2006.

SIMÕES, C. A. C. G.; et al. Influência dos fatores de risco nutricionais no idoso. **Rev. Amazon. Geriatr. Geront.**, v. 3, n. 1, p. 20-33, 2010.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica:** alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

SOBREIRA, F. M. M.; SARMENTO, W. E.; OLIVEIRA, A. M. B. Perfil Epidemiológico e Sócio-Demográfico de Idosos frequentadores de Grupo de Convivência e satisfação quanto à participação no mesmo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n. 4, p. 429-438, 2011.

SPOSITO, G.; et al. Relações entre bem-estar subjetivo e mobilidade e independência funcional por função de grupo de faixas etárias e de gêneros em idosos. **ACTA FISIATR.**, v.17, n. 3, p. 103-8, 2010.

TOLEDO, L. R. D. M. C. A família contemporânea e a interface com as políticas públicas. **Ser Social**, Brasília, N. 21, p. 13-44, Jul./Dez. 2007.

TRAD, S. N. S. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais** [tese]. Tarragona-Espanha: Universitat Rovira I Virgili. Programa de doctorat d' Antropologia de la Medicina; 2010.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, mai-jun, 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

WESTPLTAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam.**, v. 120, n. 6, 1996.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE –
PPGES/UESB

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Título da Pesquisa: Influência do contexto familiar na relação de pessoas idosas com a bebida alcoólica.

Objetivo: conhecer as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar na relação que elas estabelecem com a bebida alcoólica.

1) Dados de Identificação:

Nome: Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

Renda: () Abaixo de 1 salário mínimo () Entre 1 e 2 salários mínimos () Entre 3 e 5 salários mínimos () Acima de 5 salários mínimos

É participante de qual Grupo de Convivência?

Há quanto tempo participa do Grupo?

Mora com:

Profissão/ Ocupação:

Atividades de lazer:

Religião/prática:.....

2) Roteiro norteador para o Grupo Focal:

- De que maneira vocês veem a situação do envelhecimento associado ao uso de bebidas alcoólicas?
- Falem um pouco sobre o fato de ser idoso e usar bebidas alcoólicas.
- O que vocês acreditam que pode influenciar uma pessoa idosa a parar de beber ou a iniciar o consumo de bebidas alcoólicas? Em sua opinião, a família pode influenciar em ambas as situações? Como?
- Falem sobre como vocês percebem a relação da pessoa idosa no contexto familiar atual.

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE – PPGES/UESB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: **INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO USO OU ABANDONO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR IDOSOS**, desenvolvida por **Luma Costa Pereira**, discente de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob orientação da Professora DSc. **Edite Lago da Silva Sena**.

Com esta pesquisa pretende-se conhecer as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar no uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos, cujos resultados poderão contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que alertará as famílias sobre os aspectos negativos de seu contexto que podem influenciar o idoso a consumir bebidas alcoólicas.

A coleta das informações será realizada através da técnica do Grupo Focal, uma forma de entrevista em grupo que é desenvolvida através de um roteiro com temas relacionados ao objetivo do estudo. Caso aceite participar, sua colaboração consistirá em: debater os temas no grupo, em, no máximo três encontros, com aproximadamente duas horas de duração cada; e permitir que os debates sejam gravados em áudio. As gravações serão transcritas, armazenadas e utilizadas apenas neste estudo, mas somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a essas informações.

Todas as informações obtidas no grupo permanecerão confidenciais. Embora se conheça a identidade dos participantes, um codinome será utilizado para manter o seu anonimato das informações no relatório da pesquisa e divulgação dos resultados, além das possíveis publicações que poderão acontecer.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária e livre de qualquer forma de remuneração. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento durante a pesquisa não terá implicações para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco a sua vida e à sua saúde, ao contrário, esperamos que tragam benefícios,

na medida em que o Grupo Focal consiste em um espaço aberto ao diálogo e discussão de um tema tão relevante e emergente na atualidade.

Caso necessite de algum esclarecimento com relação à pesquisa, ou queira desistir em qualquer momento, poderá se comunicar com a autora da mesma através do telefone abaixo, ou fazê-lo pessoalmente:

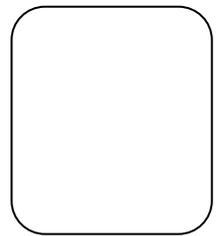
Pesquisador principal: LUMA COSTA PEREIRA. Fone: (73) 8823-2257 / 9127-8687.

Assinatura: _____

Caso você se sinta suficientemente esclarecido e deseja autorizar-se a participar da pesquisa, deverá assinar este termo.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____



Jequié, ____ de _____ 2013.

APÊNDICE C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UESB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO USO OU ABANDONO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR IDOSOS

Pesquisador: Luma Costa Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11045912.4.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 169.828

Data da Relatoria: 17/12/2012

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional no Brasil tem acontecido de forma bastante acelerada. Diante desta realidade, percebe-se a necessidade de se investigar como essas pessoas estão envelhecendo, quais as mudanças vivenciadas no contexto familiar e o que pode ser feito para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Sendo assim, este estudo tem como objetivo geral conhecer as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar no uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, cujas informações serão coletadas por meio de Grupo Focal (GF), com 12 pessoas idosas, de ambos os sexos, integrantes de grupos de convivência cadastrados na Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade (AAGRUTI), no município de Jequié-BA. As informações serão submetidas à técnica de análise temática de conteúdo, segundo Laurence Bardin. Os temas derivados dessa análise serão discutidos tendo como fundamento a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine M. Leininger.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar no uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos.

Objetivo Secundário:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3525-6683 **Fax:** (73)3528-9727 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Descrever as concepções de pessoas idosas sobre a influência do contexto familiar no uso ou abandono de bebidas alcoólicas por idosos; identificar de que forma os idosos reconhecem a influência da família no contexto do uso de bebidas alcoólicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora do projeto informa no TCLE a possibilidade de ocorrência de desconforto psicológico entre os participantes do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem estruturado e fundamentado. O método está muito bem descrito e a hipótese levantada é passível de ser mensurada pelo desenho de estudo proposto, bem como verificada mediante abordagem de análise dos dados proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários à apreciação do projeto foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado pelo CEP/UESB.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

APÊNDICE D

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	1ª SEM 2012						2º SEM 2012						1º SEM 2013						2º SEM 2013					
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Submissão ao CEP												X												
Definição da área de interesse/tema			X	X	X	X																		
Busca do objeto de estudo					X	X																		
Elaboração do objeto de estudo, justificativas e objetivos						X	X																	
Revisão de Literatura							X	X	X															
Definição do método e/ou tipo de estudo								X	X															
Apresentação e entrega do projeto de pesquisa (pré-qualificação)									X															
Reajuste do Projeto										X	X													
Qualificação											X													
Convite aos sujeitos da pesquisa												X												
Realização de coleta de informações (Grupo Focal)													X	X	X									
Organização e análise do material (Transcrições e leituras)															X	X	X							
Análise das descrições vivenciais coletadas																X	X	X	X	X				

APÊNDICE E

ORÇAMENTO

➤ MATERIAL DE CONSUMO:

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	CRONOGRAMA DE UTILIZAÇÃO
Caixa de papel A4	Caixa de papel A4	02	R\$160,00	R\$320,00	Janeiro/2013
Toner para impressora HP 2612 A - 1020	Toner para impressora HP 2612 A - 1020	02	R\$300,00	R\$600,00	Janeiro/2013
Pen drive 8G	Pen Drive 8GB c/ 2GB de Backup Online - SanDisk Cruzer Blade	02	R\$29,90	R\$59,80	Janeiro/2013
Cartucho HP 3920 - preto	Cartucho HP 3920 - preto	02	R\$ 70,00	R\$140,00	Janeiro/2013
Cartucho HP 3920-colorido	Cartucho HP 3920 - colorido	02	R\$80,00	R\$160,00	Janeiro/2013
TOTAL				R\$1279,80	

➤ MATERIAL PERMANENTE:

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	CRONOGRAMA PARA COMPRA
Notebook	HP Intel Core i3 640 GB/ 4GB/ LED 14"/ Windows 7 Home Basic	01	R\$1499,00	R\$1499,00	Janeiro/2013
Gravador digital	Gravador de voz digital Sony 2Gb	02	R\$ 172,99	R\$345,98	Janeiro/2013
TOTAL				R\$1844,98	

➤ SERVIÇO DE TERCEIROS:

SERVIÇO	QUANT/ HORA	VALOR UNITÁRIO	TOTAL	CRONOGRAMA PARA UTILIZAÇÃO
Gráfica/Banneres	02	R\$60,00	R\$120,00	Junho- julho/2013
Xerox	2000	R\$ 0,10	R\$200,00	Janeiro-novembro/2013
TOTAL			R\$320,00	

Informamos que todas as despesas oriundas desta pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores responsáveis.