

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIA GIOVANA BORGES SAIDEL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEMBROS DE EQUIPES DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL  
POR IDOSOS**

**SÃO CARLOS (SP)**

**2010**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEMBROS DE EQUIPES DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL  
POR IDOSOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIA GIOVANA BORGES SAIDEL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEMBROS DE EQUIPES DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL  
POR IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), para obtenção do título de Mestre.

**Orientador:**  
**Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella**  
Departamento de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

**SÃO CARLOS (SP)**

**2010**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S132rs

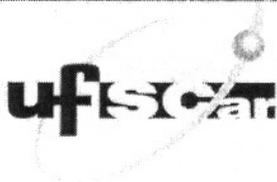
Saidel, Maria Giovana Borges.

Representações sociais de membros de equipes de saúde da família sobre o uso problemático de álcool por idosos / Maria Giovana Borges Saidel. -- São Carlos : UFSCar, 2011.  
169 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2010.

1. Alcoolismo. 2. Envelhecimento. 3. Álcool. 4. Atenção primária à saúde. 5. Programa Saúde da Família. 6. Profissionais de saúde. I. Título.

CDD: 616.861 (20<sup>a</sup>)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: MARIA GIOVANA BORGES SAIDEL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 17/12/10  
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

*Bruno José Barcellos Fontanella*

---

Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella  
(Orientador - PPGE<sub>nf</sub>/UFSCar)

*Sônia Regina Zerbetto*

---

Profa. Dra. Sônia Regina Zerbetto  
(D<sub>Enf</sub>/UFSCar)

*Claudinei José Gomes Campos*

---

Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos  
(UNICAMP)

*Rosely Moralez*

---

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação  
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico esse trabalho a minha família, por me permitirem ser o que sou e com quem compartilho os mais preciosos laços...*

*A minha filha Pietra, que há 4 anos me ensina todos os dias o que realmente é importante;*

*Ao meu pai Luiz Antonio e minha mãe Fábria, pelo incentivo permanente em relação aos estudos, pelo apoio, pela segurança, pelo tudo que sou;*

*Aos meus irmãos Guilherme e Giuliana, pelo amor incondicional, pelo aprendizado, pela união e pela torcida.*

*Ao meu marido Paulo, que com sua paciência e compreensão, ao longo desses dois anos não teve sequer outra postura a não ser me incentivar nos momentos de ausência e das seguidas horas de estudo;*

*Dedico também aos meus avós, Luiz Saidel (in memoriam) e Maria de Lourdes, Francisco W. Borges (in memoriam) e Nilza G. Borges, pelos ensinamentos e momentos maravilhosos.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Deus, por tornar tudo possível;*

*Ao Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella, por ter acreditado em meu potencial e aceitado ensinar-me e orientar-me. Terei sempre a lembrança de sua responsabilidade, competência e profissionalismo e me sinto privilegiada de ter sido sua orientanda.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dra. Jaira Lopes Brandão Crepschi, pelo seu incentivo desde sempre, pela compreensão para que conseguisse finalizar meus estudos, pelo profissionalismo e pela pessoa maravilhosa que é;*

*Aos amigos Eliana, Gláucia, Antonio e Leila, por me proporcionarem momentos de alegria e aconselhamentos, .*

*Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, funcionários e professores, pelo aprimoramento da minha trajetória profissional.*

*Aos Membros das Equipes de Saúde da Família, pela disponibilidade que me receberam;*

*À Prefeitura Municipal de Araras por proporcionar o campo de pesquisa.*

## RESUMO

O objetivo deste trabalho investigativo foi estudar as representações sociais de membros de Equipes de Saúde da Família sobre o uso problemático de álcool por idosos. Procuramos analisar, compreender e interpretar as ideias, as percepções e os conceitos relatados pelos participantes que podem ser mobilizados frente a esta população. O estudo teve como campo de pesquisa as Unidades de Saúde da Família do município de Araras (SP, Brasil). Na construção desse trabalho, contamos com a participação, como entrevistados, de quinze membros das Equipes de Saúde da Família de diferentes formações (enfermeiros, auxiliar e técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogo e médico). Trata-se de um estudo qualitativo, em cujo percurso metodológico utilizamos entrevistas semi-estruturadas, cujos conteúdos foram analisados quanto às enunciações emergidas dos depoimentos orais; seguimos, portanto, a técnica da análise de enunciação, inserida dentro do escopo do método de análise de conteúdo. Os resultados foram interpretados de acordo com a teoria das representações sociais, reunidos em três grandes categorias: representações sociais do envelhecimento; do uso de álcool de uma forma geral e, por último, do uso problemático de álcool por idosos. Os idosos, de modo geral, foram representados como frágeis, com mais processos patológicos, que seriam aumentados com o uso de álcool. Esta ênfase parece ancorada fortemente no modelo biomédico. Os idosos que fazem uso problemático de álcool constituir-se-iam numa *população oculta* para o grupo de entrevistados, que não parecem considerar-se instrumentados do ponto de vista semiológico e terapêutico para suas ações diante desses pacientes. Essas ações terminam por ser, ao que os enunciados indicam, baseadas preponderantemente em conhecimentos do senso comum. Foi identificada uma predisposição atitudinal positiva para atender os idosos, elemento que também pode ajudar a nortear as estratégias de educação profissional continuada relativas ao cuidado do idoso que faz uso problemático de álcool.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento da população. Transtornos relacionados ao uso de álcool. Atenção primária à saúde. Saúde da Família. Pessoal de saúde.

## ABSTRACT

The objective of this research was to study the social representations of members of the Family Health Teams over the abuse of alcohol by the elderly. We tried to analyze, understand and interpret the ideas, perceptions and concepts reported by participants that can be mobilized towards this population. The study was to survey the field of health units from the city of Araras (São Paulo, Brazil). In constructing this work, we rely on the participation, as respondents, fifteen members of the Family Health Teams from different backgrounds (nurses, auxiliaries and nursing technicians, community health workers, dentist and doctor). This is a qualitative study, in which methodological approach we used semi-structured interviews, whose contents were analyzed according to pronouncements emerging from the oral testimony, we, therefore, the technique of discourse analysis, included within the scope of the analysis method content. The results were interpreted according to the theory of social representations, grouped in three categories: social representations of aging, alcohol use in general and, finally, the abuse of alcohol by the elderly. The elderly, in general, were portrayed as fragile, with most disease processes, which would be increased with the use of alcohol. This emphasis seems strongly rooted in the biomedical model. The elderly who constitute abuse of alcohol would be a hidden population for the group of respondents, who seem to be considered from the standpoint instrumented semiological and therapeutic for his actions on these patients. These actions end up being, to indicate that statements, based mainly on knowledge of common sense. We identified a positive attitudinal predisposition to attend to the elderly, an element that can also help guide the strategies for continuing professional education relating to elderly care that makes the abuse of alcohol.

**Key-Words:** Demographic aging. Alcohol-related disorders Family health. Health personnel

## ***LISTA DE TABELAS***

<b>TABELA 1</b> – Fatores que influenciam a farmacocinética do álcool no envelhecimento .....	35
<b>TABELA 2</b> – Principais achados de estudos epidemiológicos populacionais gerais e em populações clínicas sobre consumo, uso nocivo e dependência de álcool entre idosos .....	45
<b>TABELA 3</b> – Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa.	87
<b>TABELA 4</b> – Perfil sociodemográfico da amostra.....	88
<b>TABELA 5</b> – Análise da entrevista 1 .....	90
<b>TABELA 6</b> - Análise da entrevista 2 .....	91
<b>TABELA 7</b> – Análise da entrevista 3 .....	92
<b>TABELA 8</b> – Análise da entrevista 4 .....	93
<b>TABELA 9</b> – Análise da entrevista 5 .....	94
<b>TABELA 10</b> – Análise da entrevista 6 .....	95
<b>TABELA 11</b> – Análise da entrevista 7 .....	95
<b>TABELA 12</b> – Análise da entrevista 8 .....	97
<b>TABELA 13</b> – Análise da entrevista 9 .....	98
<b>TABELA 14</b> – Análise da entrevista 10 .....	99
<b>TABELA 15</b> – Análise da entrevista 11 .....	100
<b>TABELA 16</b> – Análise da entrevista 12 .....	101
<b>TABELA 17</b> – Análise da entrevista 13 .....	102
<b>TABELA 18</b> – Análise da entrevista 14 .....	103

## ***LISTA DE FIGURAS***

<b>FIGURA 1</b> – Moscovo I (Kandinsky, 1916) .....	14
<b>FIGURA 2</b> – Ritratto di un vecchio e di un giovane ragazzo (Domenico Ghirlandaio, 1488) .....	17
<b>FIGURA 3</b> – Noé embriagado (Michelângelo 1508-1512).....	29
<b>FIGURA 4</b> - Paisagen de Tegernsee com homem lendo e Cão (Macke, 1910).....	48
<b>FIGURA 5</b> - Guernica (Pablo Picasso, 1937).....	60
<b>FIGURA 6</b> – Monalisa (Da Vinci, 1508) .....	65
<b>FIGURA 7</b> - O pensador (Rodin, 1880) .....	67
<b>FIGURA 8</b> – The Dance of Out (Pablo Picasso, 1961).....	69
<b>FIGURA 9</b> - Caminho da Roça (Kleber Galvêas, 1982).....	71
<b>FIGURA 10</b> - Roda d'Água com taças - desenho (Da Vinci, 1503) .....	73
<b>FIGURA 11</b> - La vecchia ubriaca (Mirone di Tebe, III séc. a. C.).....	86
<b>FIGURA 12</b> - Bicho (Lygia Clark, 1960).....	104
<b>FIGURA 13</b> – A Sunday on La Grande Jatte (Seurat, 1886) .....	143
<b>FIGURA 14</b> - O Bibliotecário (Giuseppe Arcimboldo, 1566) .....	148

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Sobre o Envelhecimento</b>	<b>17</b>
1.1.1 Envelhecimento populacional: transição demográfica mundial e brasileira	18
1.1.2 Geriatria, Gerontologia e o envelhecer bem sucedido	20
1.1.3 Políticas públicas brasileiras e legislação associadas aos idosos	23
1.1.4 Questões epidemiológicas gerais relacionadas ao envelhecimento	25
<b>1.2 Sobre os idosos e o consumo de álcool</b>	<b>29</b>
1.2.1 Breves comentários sobre aspectos históricos do consumo de álcool	30
1.2.2 Farmacologia do álcool no organismo dos idosos	34
1.2.3 Padrões de consumo de álcool: uso recreativo, uso de risco, uso nocivo e dependência de álcool	36
1.2.4 Epidemiologia do uso problemático de álcool entre idosos	40
1.2.5 Consumo problemático de álcool entre idosos	45
<b>1.3 Sobre a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia da Saúde da Família e idosos</b>	<b>48</b>
1.3.1 Políticas de saúde e a Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família	49
1.3.2 Sobre o uso de álcool por idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde	53
1.3.3 Formação profissional dos que atendem ao idoso usuário de álcool	54
1.3.4 Os idosos e a Atenção Primária à Saúde	55
1.3.5 Instrumentos clínicos: abordagem, detecção e intervenções breves dirigidas a pacientes que fazem uso problemático de álcool	57
<b>1.4 Sobre as Representações Sociais</b>	<b>60</b>
<b>1.5 Sobre o Problema Pesquisado</b>	<b>65</b>
1.5.1 Formulação do problema de pesquisa	66
<b>1.6 Pressupostos da Pesquisa</b>	<b>67</b>
1.6.1 Pressupostos	68
<b>1.7 Justificativa</b>	<b>69</b>

<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>71</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	<b>72</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	<b>72</b>
<b>3. MÉTODO</b>	<b>73</b>
<b>3.1 Campo de estudo</b>	<b>76</b>
3.1.1 Aspectos geográficos e históricos	76
3.1.2 O sistema de saúde do município	78
3.1.3 Saúde mental do município	78
<b>3.2 População do estudo e amostragem</b>	<b>79</b>
<b>3.3 Coleta de dados</b>	<b>81</b>
<b>3.4 Instrumento da coleta de dados</b>	<b>82</b>
<b>3.5 Questões éticas</b>	<b>83</b>
<b>3.6 Análise dos dados</b>	<b>84</b>
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>86</b>
<b>4.1 Características da amostra</b>	<b>87</b>
<b>4.2 Análise das entrevistas</b>	<b>88</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>104</b>
<b>5.1 Representações sobre o envelhecimento</b>	<b>106</b>
5.1.1 Dificuldades para pensar e falar sobre o envelhecimento	107
5.1.2 O processo “natural” do envelhecimento	109
5.1.3 Promoção da saúde, prevenção, culpabilização e a estigmatização	112
5.1.4 Ênfase no modelo biomédico	115
<b>5.2 Representações sobre o uso de álcool pelas pessoas de uma forma geral</b>	<b>119</b>
5.2.1 Conhecimentos eminentemente não técnicos na avaliação do padrão de uso	119
5.2.2 Supervalorização das visitas domiciliares	122
5.2.3 Supervalorização das tecnologias leves e duras em detrimento das leve-duras	125
5.2.4 Representações dos entrevistados sobre seus processos educativos	129
<b>5.3 Representações sobre o uso de álcool problemático pelos idosos</b>	<b>131</b>
5.3.1 Uma “população oculta” – a existência do que não se vê	132
5.3.2 Sobre a avaliação e o rastreamento	134
5.3.3 A associação envelhecimento e uso problemático de álcool	139

<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>142</b>
<b>6.1 Sobre os pressupostos</b>	<b>143</b>
<b>6.2 Sobre a justificativa deste trabalho</b>	<b>144</b>
<b>6.3 Sobre os objetivos</b>	<b>145</b>
<b>6.4 Sobre os referenciais teóricos utilizados:         metodológico e interpretativo</b>	<b>146</b>
<b>6.5 Limitações metodológicas deste trabalho</b>	<b>147</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>148</b>
<b>APÊNDICE A – Temário utilizado na coleta de dados</b>	<b>164</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa</b>	<b>169</b>



*Figura 1. Moscovo I (Kandinky, 1916).*

*(Faz pensar em como fazer para ordenar a visão sobre questões que se apresentam aos pesquisadores).*

## **1.INTRODUÇÃO**

Este presente volume corresponde à dissertação referente ao trabalho de pesquisa empreendido junto ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Destina-se a ser avaliada pelos professores que compõem a banca do exame de defesa. O volume final, caso aprovado, com a incorporação das contribuições e críticas dos examinadores fará parte do acervo da Biblioteca Comunitária da UFSCar.

O plano de exposição seguido foi:

O **capítulo introdutório** procura situar o leitor sobre os assuntos pertinentes a essa pesquisa: o envelhecimento; a relação dos idosos com o consumo de álcool<sup>1</sup> e com a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o referencial teórico-interpretativo das representações sociais.

Poder-se-á observar que o uso de álcool por idosos já vem sendo abordado em diversos países, inclusive no Brasil, tanto na forma de políticas públicas quanto na forma de investigações científicas. Isto se dá, porém, de maneira ainda tímida, o que é um sinal de que é preciso olhares mais atentos para essa problemática. Com o envelhecimento da população mundial, alguns problemas de saúde relacionados aos idosos adquirem progressivamente proporções maiores do que nas algumas décadas anteriores.

O uso problemático de álcool nessa faixa etária (acima de 60 anos) tem um impacto diferente do que em idades mais jovens, isso se dando pelas características multidimensionais (biopsicosocioculturais) peculiares do processo de envelhecimento. Na APS, em particular nas Unidades de Saúde da Família, os cuidadores formais se propõem a conhecer sua população adscrita e a estar atentos para esse relevante problema clínico e de saúde pública. Parece-nos de fundamental importância que a APS atue com efetividade sobre esse problema, nos diversos níveis preventivos, contribuindo para minimizar os problemas dos idosos relacionados ao consumo inadequado de álcool.

O estudo ocupou-se fundamentalmente das representações sociais dos Membros das Equipes de Saúde (MESF) da Família em relação ao idoso que faz uso problemático do álcool. Com esse referencial teórico-interpretativo, a intenção é dar voz a esses trabalhadores da saúde e, assim, contribuir para iniciativas de aperfeiçoamento da atenção que realizam.

---

<sup>1</sup> O termo *álcool* é utilizado neste trabalho como sinônimo de *bebida alcoólica*.

Os **capítulos dois e três** tratam, respectivamente, dos objetivos e do método empregado. O caminho metodológico escolhido foi o das investigações qualitativas, conforme se detalhará.

O **capítulo quatro** explicita esquematicamente os resultados sob o formato de quadros.

A organização do **capítulo cinco**, referente à discussão, valeu-se da divisão do processo interpretativo em três categorias de representações sociais: sobre o envelhecimento, sobre o uso de álcool pelas pessoas de uma forma geral e sobre o uso de álcool problemático pelos idosos.

O estudo não tem a pretensão de esgotar o tema pesquisado, mas sim contribuir para uma compreensão maior das bases de como se dá, na atualidade, a Atenção Primária à Saúde aos idosos que fazem uso problemático de álcool, procurando subsidiar iniciativas para uma educação profissional continuada neste setor.

Por fim, no **capítulo seis** são feitas considerações finais.



*Figura 2. Ritratto di un vecchio e di un giovane ragazzo (Domenico Ghirlandaio, 1488).*

*(Faz pensar no processo de envelhecimento e nos olhares que se tem sobre ele: o olhar do próprio ancião, os olhares de quem lhes são próximos, e o olhar do artista – ou do pesquisador).*

## *1.1 Sobre o Envelhecimento*

### **1.1.1 Envelhecimento populacional: transição demográfica mundial e brasileira**

O envelhecimento populacional ocorre em escala mundial e é parcialmente explicado por alguns fatores que ocorreram ao longo de várias décadas, ou mesmo séculos, como a queda da fecundidade, queda da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. A população mundial encontra-se hoje em um processo de transição demográfica, ocorrendo uma inversão da pirâmide etária populacional, com o estreitamento da base e alargamento do ápice (CÉSAR et al, 2008; CARVALHO & WONG, 2008; PINTO & BASTOS, 2007; SILVA, 2008; VERAS, 1991).

O início desse processo se deu em época anterior às grandes inovações científico-tecnológicas e associou-se a melhores condições de vida da população (urbanização mais adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, das condições ambientais no trabalho e nas residências) (RAMOS et al, 1987).

Esse processo não ocorreu igualmente em todos os países. Nos desenvolvidos, com destaque para os europeus, encontra-se mais consolidado, se comparado com os países em desenvolvimento. Nestes países hoje considerados desenvolvidos, o processo de envelhecimento é mais expressivo e antigo tendo começado a ocorrer no século XIV. Em razão disso, de 1970 a 2000 o crescimento da população idosa observada em países desenvolvidos foi de 54%, enquanto em países em desenvolvimento esse crescimento foi de 123% (SIQUEIRA et al, 2002).

Esse processo atualmente é percebido de uma maneira nítida, principalmente pelos órgãos públicos, tanto que a Organização das Nações Unidas (ONU) descreve o período de 1975 a 2025 como a “era do envelhecimento” (SIQUEIRA et al, 2002).

Fazer interpretações específicas do processo de envelhecimento nos diferentes países é de fundamental importância para os estudos de intervenções relacionados a todas as políticas públicas. A seguir serão citadas, como exemplos, algumas diferenças entre países da América Latina e Caribe que passam por esse processo, cada qual à sua maneira (WONG & MOREIRA, 2000).

Cuba, nas últimas décadas, apresentou mudanças demográficas importantes, isso se devendo às transformações sociopolíticas ocorridas nesse país. O índice de idosos de

Cuba é alto se comparado ao restante da região, sendo assim também terá um processo de envelhecimento menos veloz até meados de 2050 (WONG & MOREIRA, 2000).

O Haiti, por sua vez, ainda não evoluiu com seu processo de envelhecimento. Estudos apontam que até 2000 a relação entre o número de idosos continuava caindo. Mesmo havendo queda da fecundidade, o país ainda estará defasado em sua região: em 2050 terá sua relação criança/idoso similar ao que países da Europa tinham em 1970 (WONG & MOREIRA, 2000).

Na América, Latina no que diz respeito ao processo de envelhecimento, o México já foi citado como um exemplo, pois a mortalidade na terceira idade é baixa: 54% das pessoas que atingirem a aposentadoria chegarão aos 80 anos, sendo seus indicadores de mortalidade melhores que os de países de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) <sup>2</sup> mais alto. (WONG & MOREIRA, 2000).

O Brasil também apresenta algumas particularidades em sua transição demográfica. O número de pesquisas e estudos sobre o assunto vem aumentando nas últimas décadas e, sendo assim, cabe descrever algumas características que se evidenciam em nosso País.

A redução do nível de fecundidade é uma das causas mais relevantes da mudança da distribuição etária da população brasileira, segundo Moreira (2000). Este autor comenta alguns dados importantes: em 1950, a participação do grupo etário jovem era de 48,8%; já em 2000 a participação do mesmo grupo etário caiu para 28,6%; a população adulta que era de 55,7% e aumentou para 66%; a população idosa passou de 2,4% para 5,4% no mesmo período.<sup>3</sup>

A queda da fecundidade no Brasil começou nos anos 60, iniciando assim a mudança da estrutura etária de sua população. Isso, porém, não ocorreu uniformemente entre as regiões do Brasil, observando-se claramente disparidades entre índices de idosos nas diferentes regiões do país (MOREIRA, 2000).

As regiões Norte, Nordeste e Sudeste, possuem o mais lento processo de envelhecimento populacional, tomando-se o período de 1950-2050. Esse fato pode ser justificado pelos altos índices de fecundidade das regiões Norte e Nordeste, enquanto no

---

<sup>2</sup> O IDH é uma medida relativa de comparação internacional. Está composto de indicadores sociais (educação), econômicos (PIB *percapita*) e demográficos (níveis de mortalidade) (Wong & Moreira, 2000, p. 7).

<sup>3</sup> Pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população jovem é compreendida dos 15 aos 24 anos; população adulta dos 25 aos 59 anos e a população idosa 60 anos ou mais. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/mapa\\_site/mapa\\_site.php#populacao](http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao) Acesso em: 09/03/2010

Sudeste existiu, pelo menos até recentemente, um constante rejuvenescimento da população devido ao fluxo migratório para essa região (MOREIRA, 2000).

Frente a esse crescimento, há a estimativa que para 2025 o número de idosos seja de 31,8 milhões de pessoas, o que colocará o Brasil na sexta posição em número de idosos no mundo. A expectativa de vida ao nascimento se aproximará dos 75,5 anos.

Sendo assim, o processo de envelhecimento populacional e o fenômeno da transição demográfica, ocorrendo de forma mais rápida nos países em desenvolvimento, causam grandes impactos nos campos social, econômico e político das nações. Os idosos têm necessidades e anseios próprios de sua faixa etária, havendo a necessidade de mudanças na organização social e dos serviços para receber essa população, o que nem sempre ocorre com a rapidez adequada (DUARTE, 2001). É pertinente ressaltar aqui a questão de que esse perfil populacional faz com que aumente a prevalência das doenças crônico-degenerativas, principalmente as geradoras de incapacidades e dependência, levando assim a um aumento na demanda de recursos da saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

O envelhecimento populacional no Brasil se acelerou de forma extremamente rápida, em poucas décadas. Somente agora a sociedade como um todo começa a tomar consciência da extensão deste processo e de suas profundas implicações em vários aspectos da vida nacional. Em alguns momentos, o Brasil ainda seria pensado como um país jovem e isso traz consequências para discussões efetivas sobre algumas questões acerca desse processo tão iminente (impactos para o sistema de saúde, previdência social, estruturas e organizações familiares, dentre outros) (REBOUÇAS et al, 2008; RAMOS, et al 1987).

### **1.1.2 Geriatria, Gerontologia e o envelhecer “bem sucedido”**

O termo Gerontologia surgiu em 1903 com Elie Metchnikoff<sup>4</sup>, Ele propôs a criação desta disciplina, prevendo que este seria um campo importante da ciência. Posteriormente, em 1909, foi proposta por Ignaz Leo Nascher<sup>5</sup>, nos EUA, a criação da especialidade médica Geriatria, ou o estudo clínico da velhice, para tratar das doenças dos idosos e da própria velhice. A idéia de uma avaliação multidimensional e, portanto, de uma

---

<sup>4</sup> Metchnikoff E. *The Nature of Man: Studies in Optimistic Philosophy*. Tradução inglesa de Chalmers, P. M. Heinemann, Londres, 1903.

<sup>5</sup> Nasher, I. L. *Geriatrics*. **New York Medical Journal**, New York, n. 90, p. 358-59, 1909.

abordagem que hoje poderia ser denominada de interdisciplinar, surgiu em 1930 na Inglaterra. A partir daí publicam-se os primeiros trabalhos científicos e são formadas as sociedades de Geriatria e Gerontologia. No Brasil, a Sociedade de Geriatria foi criada em 1961, tornando-se em 1968 a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a partir da incorporação de profissionais não médicos (PAPALÉO NETTO, 2007).

O envelhecimento é um processo próprio dos indivíduos que sobrevivem até o estágio final do chamado ciclo de vida. O conceito faz parte de visões disciplinares, que associam o envelhecer individual a um processo de deterioração de certos mecanismos biológicos associados à passagem do tempo. Sendo assim, a idade passa a ser tomada como limitativa do bem-estar biológico (fragilidade e/ou invalidez), psicológico (diminuição da velocidade dos processos mentais) e comportamental (isolamento) (SILVA, 2008; SILVA & GÜNTHER, 2000). A metáfora de uma vida em “declínio” ainda é freqüentemente utilizada na descrição deste processo (SILVA & GÜNTHER, 2000).

Restringir a compreensão do processo de envelhecimento individual apenas à idade cronológica, o que de certa forma o aproxima do conceito de longevidade, permite apenas uma percepção grosseira do processo, pois exclui seus aspectos social e histórico. Mas, até para fins de estudos e elaboração de políticas públicas, é convencional identificar o início da velhice à idade superior a 65 anos para as nações desenvolvidas, e 60 anos para os países em desenvolvimento. Estabelecer limites cronológicos para o envelhecimento está estreitamente ligado às políticas de seguridade social, em particular às aposentadorias. Embora de maneira pouco consensual, esse período é também designado como "terceira idade" (SILVA, 2008; SILVA & GÜNTHER, 2000).

Enquanto o indivíduo envelhece, à medida que irreversivelmente sua idade aumenta, a população também envelhece, pois aumenta a idade média das pessoas que a compõem. O chamado aumento da idade média, que caracteriza o envelhecimento populacional, ocorre ao aumentar o peso relativo dos idosos no total da população, razão pela qual, diferentemente da longevidade<sup>6</sup>, caracteriza-se como um processo reversível. (SILVA, 2008).

Dentre os conceitos que vêm ganhando força, o “envelhecimento ativo” é um deles. Foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para instituir a idéia de envelhecimento como experiência positiva. Em 1999, a Organização das Nações Unidas

---

<sup>6</sup> A longevidade é um conceito e refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos, que em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão (CARVALHO & GARCIA, 2003).

(ONU) definiu o “envelhecimento ativo” como um processo de otimização de oportunidades de bem estar físico, mental e social, através do curso da vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

Esse termo foi mais bem definido em um encontro da OMS que tratou do estabelecimento da estrutura básica da política para o “envelhecimento ativo”, este é baseado no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e dos princípios de independência, participação e dignidade, cuidados e auto-eficácia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a). A OMS definiu como os principais fatores determinantes do “envelhecimento ativo”:

- a) Serviços de saúde e sociais focados na promoção da saúde, prevenção de doenças;
- b) Livre acesso a serviços de atenção primária e de longo termo;
- c) Determinantes pessoais e biológicos;
- d) Determinantes comportamentais, com indicação para adoção de estilos de vida saudável, participação ativa no autocuidado e em atividades físicas, alimentação saudável, não fumar e *não fazer uso de bebidas alcoólicas* e tampouco fazer largo uso de medicamentos;
- e) Ambiente físico, adequado para prevenir acidentes, inclusive nos serviços de saúde pública;
- f) Determinantes sociais, com indicação de ações para prevenção de abuso aos idosos;
- g) Determinantes econômicos, valorizando a contribuição do trabalho dos idosos no setor informal e nos serviços em casa e na comunidade.

Outro conceito que passou a ser bastante utilizado neste presente século é o de “envelhecimento bem sucedido”. Ele surgiu na Gerontologia nos anos de 1960, e ganhou força no debate gerontológico por Rowe & Kahn (1998)<sup>7</sup>, podendo ser caracterizado por três situações essenciais que se integram em uma relação dinâmica, a saber: baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associadas a elas, boa capacidade funcional, tanto física quanto cognitiva, e participação ativa na comunidade, associado à mudança ideológica de não considerar velhice e envelhecimento como sinônimos de doenças, invalidez, inatividade ou contração geral do desenvolvimento. Aspectos positivos da velhice passam a ser estudados, tendo como focos o potencial para desenvolvimento resguardado pelo processo do

---

<sup>7</sup> Rowe, J.; Kahn, R. L. **Successful aging**. Nova York: Pantheon Books. (1998).

envelhecimento e, principalmente, a heterogeneidade, multidimensionalidade e a multicausalidade associada a esse processo (LIMA, et al, 2008).

### **1.1.3. Políticas públicas brasileiras e legislação associadas aos idosos**

Apenas recentemente ocorreu no Brasil a preocupação com os idosos no campo das políticas públicas. Após a Constituição Federal de 1988, os idosos tiveram algumas conquistas sociais importantes, destacando-se dentre elas a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, Lei 8742, de dezembro de 1993), que trouxe o benefício de um salário mínimo para o idoso (BRASIL, 1993).

A Política Nacional do Idoso (PNI) pela Lei Federal nº 8842 de 4 de janeiro de 1994, regulamentada em 3 de julho, através do Decreto-Lei Federal nº 1948, define o idoso como aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. Objetivou assegurar direitos sociais ao idoso, almejando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, além de promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1994).

A PNI incorpora os postulados da promoção à saúde para a orientação das ações de atenção, ajustando-as às peculiaridades nacionais. Cabe ao setor saúde prover os acessos dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia para a realização de estudos e pesquisas nessa área (BRASIL, 1994).

Tendo como base a PNI, foi promulgada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde ao Idoso (PNSI), pela Portaria 1395 de 09 de dezembro de 1999 (BRASIL, 1999). O objetivo dessa política é favorecer o envelhecimento saudável, o que significa manter a capacidade funcional, a autonomia e o nível de qualidade de vida o melhor possível.

A partir dessa filosofia, a PNSI traçou algumas diretrizes que merecem destaque aqui: promoção ao envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional

comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento dos cuidados informais e apoio a estudos e pesquisas. Neste último item, recomenda a centralização em quatro grandes linhas de pesquisa, a saber:

- a) Estudos sobre o perfil dos idosos, em diferentes regiões do país;
- b) Avaliação da capacidade funcional, prevenção de agravos, vacinações e instrumento de rastreamento;
- c) Modelos de cuidado;
- d) Hospitalização e alternativas de assistência hospitalar.

Em um contexto mais abrangente, o Plano Internacional sobre o Envelhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a) trouxe à discussão temas como a assistência à saúde, apoio e proteção social dos idosos, cuidados com a saúde preventiva e reabilitação, utilização de pesquisas e conhecimentos, aproveitamento do potencial da tecnologia no manejo das consequências individuais, sociais e sanitárias do envelhecimento, particularmente nos países em desenvolvimento.

Percebe-se, nos tópicos que foram apresentados acima, que as ações de saúde têm como tema principal a capacidade funcional do idoso, também representado no Estatuto Nacional do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, regulamentada pelo decreto nº 5130 de 07 de julho de 2004). Esse Estatuto visou ampliar os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos, já assegurados pela PNI. No setor saúde, incentiva o atendimento do idoso dependente por sua própria família, em seu domicílio, em detrimento de atendimentos asilares (BRASIL, 2003).

O Estatuto deixou mais clara e mais prática a compreensão e aplicação de medidas a respeito dos idosos, contemplou as leis já existentes, organizou-as por tópicos, discorreu sobre cada um dos direitos e especificou as punições para os infratores. Com o Estatuto houve uma ampliação dos direitos dos idosos se comparados com outras leis relativas a essa população, sendo o idoso considerado pelo Estatuto prioridade e não um usuário comum do Código Nacional de Direitos dos Usuários das Ações dos Serviços de Saúde (MARTINS & MASSAROLLO, 2008).

Os artigos do Estatuto do Idoso apresentam como tema central o amparo, a assistência e a proteção ao indivíduo em todo o processo de envelhecimento. Esclarece ainda o papel da família desse idoso, além dos papéis das instituições, do governo e do cidadão comum em relação aos cuidados e apoio ao idoso (MARTINS & MASSAROLO, 2008).

Essas são políticas públicas que beneficiaram o indivíduo idoso em seus direitos, além de favorecer um “olhar” mais cuidadoso para essa faixa da população que apresenta suas próprias características e necessidades.

#### **1.1.4 Questões epidemiológicas gerais relacionadas ao envelhecimento**

Até aproximadamente 1930, a maioria dos óbitos acontecia em decorrência das doenças infecciosas e parasitárias. Com o desenvolvimento das tecnologias farmacêuticas (particularmente dos antibióticos), essas causas de morte diminuíram. Outro fator que contribuiu para isso foi a melhoria de condições sanitárias, provocando um aumento da sobrevivência de crianças e jovens e uma diminuição da mortalidade infantil (VERAS, 1995).

Com o processo de envelhecimento, a preocupação com as doenças infecto-contagiosas perde espaço para a prevalência crescente de condições crônicas, que contribuem para alterar a qualidade de vida e por vezes incapacitantes (RAMOS, et al 2003).

Para a Organização Mundial de Saúde (2003), o termo “condições crônicas” abrange tanto as doenças não-transmissíveis quanto as doenças transmissíveis que se tornaram crônicas; incluem ainda distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas contínuas. As condições crônicas contemplam uma categoria vasta de agravos que apresentam pontos em comum: são persistentes e necessitam de certo nível de cuidados permanentes, exigindo mudanças no estilo de vida e de gerenciamento da saúde.

Na população idosa brasileira, as doenças que têm maior prevalência são as crônicas não-transmissíveis. Elas sofrem influência de vários fatores, em particular dos sociais e psicológicos (RAMOS et al, 2003). Sendo a maioria, elas representam um grande desafio para o sistema de saúde e para os profissionais que nele atuam.

Alguns indicadores dessas condições podem ser mais informativos que as estatísticas de morbidade. Porém, indicadores como qualidade de vida, expectativa de vida sem incapacidade, capacidade funcional, autonomia e independência, infelizmente não são regularmente registrados ou produzidos nos diversos níveis do sistema de saúde. Estas questões, portanto, não aparecem corretamente nas estatísticas brasileiras, assim como as síndromes geriátricas, de grande impacto social e econômico, porém desconhecidas de muitos profissionais e, assim, permanecendo subdiagnosticadas (CHAIMOWICZ, 1997).

A influência de fatores socioeconômicos nas condições da saúde da população com mais de 65 anos é estudada através dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (PNAD). Sugere-se a existência de uma associação entre menor renda *per capita* domiciliar e pior condição de saúde e menor uso de serviço de saúde. Os idosos com menor renda relataram pior percepção de sua saúde, tiveram perda de capacidade funcional por problemas de saúde ou estiveram acamados em período recente, além de terem maior dificuldade em realizar atividades físicas. Também foi identificado pior acesso ao sistema de saúde, mesmo quando a cobertura é adequada, não havendo, por exemplo, relato de procura de tratamento odontológico regular ou de medidas preventivas de saúde. Os problemas de saúde como as doenças crônicas, o uso regular de medicações e a maior necessidade de serviços de saúde se superpõem a uma maior dificuldade de acesso aos serviços e a medicamentos (LIMA-COSTA, 2003).

Nos próximos anos e décadas, a saúde do idoso será um desafio crescente a ser enfrentado pela sociedade brasileira. Os programas deverão incluir desde a reintegração social do idoso até o manejo adequado dos seus problemas, passando pela adaptação da infraestrutura existente nos diversos equipamentos urbanos às suas necessidades e limitações. Os setores público, privado e o chamado terceiro setor (organizações não governamentais) deverão se manter progressivamente mais atuantes para que haja efetivas ações para a saúde desse idoso. Essas ações poderiam ocorrer no sentido de evitar o isolamento social desta parcela da população por meio, por exemplo, da promoção de atividades comunitárias, prestação de assistência continuada a idosos que vivem sozinhos, prevenção de ocorrência de incapacidades, facilitação do acesso a bens e serviços que lhes permitam vida digna e tratamento apropriado e continuado aos seus problemas de saúde, monitoração e garantias de cuidados adequados àqueles institucionalizados, priorização do idoso com maiores necessidades (que são os de menor poder aquisitivo e os de maior idade), os que vivem sozinhos, os institucionalizados, os que residem nos pequenos municípios, entre outros. Do contrário, será um desafio coletivo não vencido com repercussões de variadas ordens (CÉSAR et al, 2008).

Nesse sentido, em decorrência da forma acelerada com que se processa no Brasil a transição demográfica e epidemiológica, existe a necessidade de esforços no planejamento de políticas, programas e ações efetivas para contribuir com envelhecimento saudável da população.

O aumento da população idosa implicará em procura e utilização dos serviços de saúde por problemas de longa evolução. Em decorrência, haverá a necessidade de

intervenções tecnológicas progressivamente mais complexas para o cuidado, algumas delas caras para o sistema de saúde. A questão dos crescentes custos do setor saúde pode ser entendida como um paradoxo, visto que, em todos os ramos da economia, a incorporação de novas tecnologias reduz os custos e melhora os produtos e serviços, enquanto que, na saúde, produtos e serviços ficam cada vez mais caros, porém não necessariamente melhoram sua efetividade (VERAS, 2003).

Este tipo de análise está levando em conta apenas o que se poderia chamar de “tecnologias duras”, na acepção que Merhy (2002) dá a esse conceito. Não leva em conta a aplicação das tecnologias ditas “leves” (relacionadas à relação profissional-paciente) nem as “leve-duras” (relacionadas a conhecimentos técnicos, de natureza clínica e epidemiológica). Cogita-se que a aplicação efetiva desses outros tipos de tecnologia tendesse a conter os custos, uma vez que os principais investimentos já terão sido feitos (educação profissional), restando apenas investimentos de educação profissional continuada, que mantivessem os profissionais atualizados e capacitados.

Visando manter o idoso sob o cuidado com a família, e a redução desses custos na assistência hospitalar e institucional, a tendência atual, tanto no Brasil quanto em outros países, é indicar a permanência dos idosos dependentes em seus próprios domicílios, sob os cuidados de suas famílias, sem, contudo, isentar o Estado de sua responsabilidade pelo investimento e respaldo às políticas de proteção social e idoso. No cenário nacional, haveria ainda um reduzido compromisso com a questão do idoso, delegando à família a responsabilidade maior pelos cuidados domiciliares. Em países desenvolvidos, há investimentos nas políticas públicas para a construção e manutenção de redes de suporte a idosos, família e cuidadores (KARSCH, 2003).

Há indícios de que tanto os serviços de saúde como os profissionais ainda não estão, em média, preparados para assistirem à população idosa do País. Alguns autores comentam que a OMS considera que os sistemas de saúde não possuem planos efetivos para gerenciar as condições crônicas, preocupando-se em tratar os pacientes apenas no momento em que os sintomas aparecem (DIOGO, 2004; KARSCH, 2003; VERAS, 2003; LIMA, et al, 2008; VERAS, 2009).

Em relação aos profissionais responsáveis pelo cuidado ao idoso, a escassez de habilidades profissionais apresenta-se como obstáculo que compromete a competência e a qualidade da assistência prestada a esta clientela (DIOGO, 2004).

É significativo o efeito da idade avançada somado a certas condições causadoras de dependência freqüentes em idosos (demências, fraturas de quadril, deficiências

visuais, acidente vascular cerebral). Essa realidade, somada às dificuldades do sistema previdenciário, coloca muitas vezes a família como única fonte de recursos disponíveis para o cuidado do idoso dependente. Essas famílias apresentam necessidades que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela necessidade de informações, pois muitas vezes esses familiares não recebem nem a informação do local onde seria feito um tratamento necessário. Existem evidências de que os familiares raramente recebem informações claras a respeito das doenças, nem orientações ou apoio para os cuidados após a alta hospitalar e, por vezes, tampouco uma indicação de um serviço para seguir o tratamento (CALDAS, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (2003) destaca que questões ligadas ao estilo de vida e de comportamento, tais como tabagismo, ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, o estresse social e o *abuso de bebidas alcoólicas*, são elementos determinantes para as condições crônicas. A partir daqui, o presente texto procurará focalizar mais detidamente esta questão específica relacionada à saúde dos idosos: o chamado uso de risco, o uso nocivo e a dependência de álcool.



*Figura 3. Noé embriagado (Michelangelo 1508-1512)*

*(Faz pensar nos vários significados que o uso problemático de álcool por idosos tem, e como eles se enraízam na cultura ocidental. No detalhe, ao fundo, um trabalhador mantém-se indiferente ao que se processa no meio familiar de Noé.)*

## ***1.2 Sobre os idosos e o consumo de álcool***

### 1.2.1 Breves comentários sobre aspectos históricos do consumo de álcool

O consumo de bebidas alcoólicas, de uma forma geral, tem significados próprios para cada sociedade, e em cada época. Esses significados são permeados pelas práticas religiosas e místicas e também por sensações de prazer e bem-estar. Atrelado a hábitos, crenças e práticas individuais, o uso destas bebidas, em especial do vinho e da cerveja, já era popular antes mesmo da era cristã.

O uso do álcool teria surgido ainda na pré-história, sendo, portanto tão antigo quanto à própria humanidade, como será destacado a seguir, em alguns parágrafos meramente ilustrativos da cronologia da história do consumo desta substância.

Santo-Domingo<sup>8</sup> *apud* Fortes & Cardo, (1991, p.1) faz referência à possibilidade de uso ocasional de alguma bebida alcoólica pelo *Homo erectus*, há aproximadamente 250.000 anos, considerando ainda a existência provável de um “consumo alimentar ritual” nos períodos paleolíticos tardios (30.000 a. C.) e, com certeza, o consumo a partir do período neolítico (8.000 a 10.000).

Uma bebida fermentada de nome “trag”, já era fabricada em 4.000 a. C. no Egito, os relatos referem-se a essa bebida como precursora da cerveja. Era utilizada para comemorar as boas safras proporcionadas pelo rio Nilo. Em 3.000 a. C. teria ocorrido um fato que pode ter demonstrado a visão de um imperador sobre os efeitos negativos do álcool sobre o comportamento humano. Fouschi, imperador chinês, ordenou que decapitassem o descobridor do processo de vinificação. Os gregos antigos tinham o consumo de vinho liberado. Séculos depois, a partir de 622 d.C., os árabes, em obediência ao Alcorão, foram proibidos de consumir as bebidas alcoólicas (BERTONI, 2009; MATOS, 1983, p.12).

Os primeiros produtos alcoólicos foram os fermentados de cereais, há aproximadamente 3400 anos a. C; primeiramente o vinho, produzido a partir da uva, por volta de 3000 a. C. e mais tarde frutas como o figo, a tâmara e outras foram sendo utilizadas na produção de bebidas alcoólicas. Apenas no século XI, é que surgiram as bebidas destiladas (FORTES & CARDO, 1991, p. 1).

A civilização grega antiga aprendeu a fabricar o vinho em contato com os fenícios. O deus Baco na mitologia romana, conhecido como o deus do vinho, aparece como

---

<sup>8</sup> Santo-Domingo, J. Alcoholismo. In: Lopez-Ibor Alinõ, J. J.; Ruiz Ogara, C. & Barcia Salorio, D. – **Psiquiatria**. Barcelona: Toray, 2. ed, 1982.

deus Dionísio na mitologia grega e era adorado pelos apreciadores de vinho. Nesse contexto surge um termo que ainda hoje é utilizado, “bacanal”, festas em homenagem a Baco, e hoje sinônimo de orgias (BERTONI, 2009; MATOS, 1983, p. 13).

Já na Índia em 300 a. C. os brâmanes<sup>9</sup> tinham o costume de embriagar-se com uma bebida fermentada de nome “SOMA”, durante suas festividades religiosas (BERTONI, 2009; MATOS, 1983, p. 13).

O uso do álcool aparece também em diversas passagens bíblicas, das quais se destaca, até por vir ao encontro do objeto de estudo dessa pesquisa, a do patriarca Noé. Trata-se de um episódio, inclusive representado por Michelangelo (ver ilustração na abertura desta seção da dissertação): “Noé, o cultivador, começou a plantar a vinha. Bebendo vinho, embriagou-se e ficou nu dentro da tenda.” (GÊNESIS, 9, vv. 20 e 21) <sup>10</sup>.

Noé foi, portanto, descrito como um usuário de vinho e sua figura, importante na tradição judaico-cristã, escolhida por Deus para salvar toda a Criação do dilúvio universal, se confunde, portanto, com a imagem de um ancião que foi encontrado embriagado e nu pelos seus filhos.

Outra passagem do Gênesis descreve a origem dos moabitas<sup>11</sup> e dos amonitas<sup>12</sup>. Lot, descrito como “idoso”, foi embriagado com vinho pelas filhas, para que através da fecundação pudesse dar continuidade a sua linhagem, gerando assim dois filhos do sexo masculino:

“A mais velha disse a mais nova: ‘Nosso pai é idoso e não há homem na terra que venha unir-se a nós, segundo o costume de todo o mundo. Vem, façamos nosso pai beber vinho e deitamo-nos com ele, assim suscitaremos uma descendência de nosso pai.’ (GÊNESIS, 19, vv.31 e 32)

Na Idade Média, apesar do uso das bebidas alcoólicas já estar bastante difundido pelo ocidente cristão, o consumo comercial ainda não existia, a fabricação era artesanal. Com o advento das estradas (séculos antes, no final do Império Romano), houve um aumento importante do número de estalagens e hospedarias, e como consequência da maior

---

<sup>9</sup> Brâmane: membro da casta sacerdotal, a primeira do Varṇāśrama dharma ou Varṇā vyavastha, a tradicional divisão em quatro castas da sociedade hinduísta.

<sup>10</sup> Esta citação bíblica, como as que se seguem, consta da edição “Bíblia de Jerusalém” (São Paulo, Edições Paulinas, 1985).

<sup>11</sup> Os moabitas foram um povo nômade que se estabeleceu a leste do Mar Morto por volta do século XIII a.C., na região que mais tarde seria chamada de Moabe. Eram aparentados com os Hebreus, com os quais tiveram vários conflitos.

<sup>12</sup> Os amonitas foram um povo que habitava a região da Palestina

circulação de pessoas e riquezas, surgiu um incipiente uso comercial desse tipo de bebida (FORTES & CARDO, 1991, p. 6; BERTONI, 2009; LARANJEIRA & PINSKY, 2005, p. 9)

Essa seqüência de dados históricos, reconhecidamente esparsos e citados a título de exemplo, mostra o quanto variou ao longo da história a percepção das sociedades sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

A bebida destilada surgiu ainda na Idade Média, quando um químico árabe, de nome Albucahis, com o uso de um instrumento considerado simples, o alambique, descobriu o processo de destilação. Com essa descoberta houve a possibilidade de produzir bebidas com alto teor alcoólico (FORTES & CARDO, 1991, p. 6).

A Revolução Industrial Inglesa pode ser considerada um marco da mudança do caráter do uso de álcool pela sociedade, por diversos fatores: primeiramente passou-se a produzir álcool industrialmente e não mais artesanalmente, o que como conseqüência trouxe produções muito superiores às de antes; a mudança dos fermentados para os destilados também pode ser considerado como fator importante, haja vista que os destilados apresentam um teor alcoólico maior do que os fermentados<sup>13</sup>. Com a produção em maior escala, houve uma diminuição do custo, fazendo com que o acesso da população de uma forma geral aumentasse; finalmente os grandes centros urbanos mudaram o perfil das relações sociais, e o álcool passou a ser usado por indivíduos que buscavam, essencialmente, os efeitos da intoxicação aguda pelo álcool, mesmo que leves, ou mesmo o estado de embriaguez (LARANJEIRA & PINSKY, 2005, p. 9-10).

Embora o conhecimento sobre o álcool se remeta a tempos mais remotos e estar presente em quase todas as culturas, além de ser lembrado biblicamente, foi somente no século XVIII que ele se tornou objeto de maior atenção por parte da medicina. O psiquiatra americano Benjamim Rush descreveu os seus efeitos no corpo e na mente humana, e também chamou a embriaguez de doença ou transtorno de vontade. Ele foi o autor da frase "beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade" (GIGLIOTTI & BESSA, 2004).

Em 1750, médicos começaram a ver alguns usuários como pessoas que perderam a capacidade de beber moderadamente. Em 1804, um médico inglês, Thomas Trotter, ampliou a discussão, colocando a embriaguez como uma doença da mente, e que,

---

<sup>13</sup> A unidade de medida do teor alcoólico é o "GL" - graus Gay Lussac. Enquanto as bebidas alcoólicas fermentadas têm um teor alcoólico que varia de 3° a 12° GL, as destiladas podem variar de 38 a 45°GL, até mais.

como doença, deveria ser tratada por um médico (GIGLIOTTI & BESSA, 2004; LINO, 2006).

O conceito de alcoolismo surge em 1849 com o sueco Magnus Huss, que definiu o alcoolismo e introduziu o conceito de “alcoolismo crônico”, que seria o estado de intoxicação pela ingestão de álcool, com a apresentação pelo indivíduo de sintomas físicos, psiquiátricos e mistos (GIGLIOTTI & BESSA, 2004; LINO, 2006).

No final do século XIX surge o “movimento pela temperança” nos Estados Unidos da América, movimento este que influenciou as políticas públicas em vários países nas décadas seguintes. Tendo sido um dos movimentos de massa de maior vigor dos fins do século XIX, esse movimento culpa o álcool e seus consumidores por tudo aquilo que não ia bem à nação norte-americana emergente: pobreza, crime, violência, insucessos pessoais e falências financeiras. Esse movimento estava estruturado nos conceitos morais da época e com a proibição da fabricação e do uso de álcool, por meio da “lei seca” (1919-1932) (MARQUES, 2001).

Na década de 1930, pós “lei-seca” nos EUA, surge a irmandade dos Alcoólicos Anônimos (AA), criada por dois indivíduos dependentes do álcool que descobriram na conversa entre iguais uma forma de ajuda para seu sofrimento e, assim, criaram uma filosofia de recuperação fundamentada em 12 passos e 12 tradições. Trata-se de um programa baseado na busca por abstinência completa, que tem como suposto a noção de que o alcoolismo é uma doença que acomete aleatoriamente algumas pessoas. Baseados nessa premissa, são propostos para essas pessoas que evitem o primeiro gole, vivenciando um dia de cada vez, sendo estimulado o intercâmbio da experiência sobre os problemas éticos entre alcoolistas, eixo básico dessa proposta. A estratégia terapêutica do AA não visa apenas à abstinência de bebidas alcoólicas, mas visa, sobretudo, a manutenção da sobriedade do alcoólico, por meio da integração do indivíduo em um novo processo de vida, que possibilita uma “unidade de experiência”, isto é, atribuindo novos significados aos eventos vividos e à construção de novas formas de viver (CAMPOS, 2004).

Em 1940, Elvin Morton Jellinek, divulgou suas reflexões sobre o alcoolismo, e o seu clássico trabalho “The Disease Concept of Alcoholism”, publicado em 1960, representa um marco na evolução desse conceito. Em seu trabalho, Jellinek considerava o alcoolismo

doença apenas quando a pessoa apresentava tolerância<sup>14</sup>, abstinência<sup>15</sup> e perda de controle (GIGLIOTTI & BESSA, 2004; LINO, 2006; MARQUES, 2001).

Na década de 1970, Edwards e Gross (1976) publicam: “Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome”. Nesse trabalho os autores propuseram uma descrição da síndrome da dependência. Esse estudo será discutido de forma mais ampla no item 1.2.3.

Simultaneamente a esses esforços científicos de definição precisa do que deve entender por “dependência de álcool” (e que resultaram na CID-9, CID-10, DSM-III e IV e suas revisões), na década de 1980 a OMS inicia esforços para que se chegasse a instrumentos eficientes de detecção e intervenção, que serão discutidos no item 1.3.5 desta dissertação.

### **1.2.2 – Farmacologia do álcool no organismo dos idosos**

A compreensão das consequências do uso problemático do álcool requer uma revisão sobre sua farmacodinâmica e farmacocinética desta substância. O mecanismo de ação do álcool no organismo humano é bastante complexo, isso auxilia na explicação de porque, mesmo em doses menores, o seu uso pode levar a consequências que muitas vezes não podem ser previstas pelos indivíduos, principalmente no que tange aos idosos.

O álcool não produz seus efeitos centrais ligando-se a neuroreceptores específicos para iniciar suas ações, ao contrário de outras drogas psicotrópicas. Diversos sistemas de neurotransmissão participam nas ações fisiológicas e farmacológicas do etanol (monoaminas, aminoácidos neurotransmissores, canais de cálcio e outros mecanismos de ação) (ZALESKI, 2004).

Após a ingestão do álcool, a farmacocinética (movimento dos medicamentos no corpo abrangendo os processos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção) se inicia. Com o envelhecimento, esse processo passa por algumas alterações, e isso aumenta o risco de causar reações adversas e efeitos tóxicos prejudiciais ao idoso (ROACH, 2001b).

---

<sup>14</sup> “Necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente tomadas” (Gigliotti & Bessa, 2004);

<sup>15</sup> “Quadro de desconforto físico e/ou psíquico quando da diminuição ou suspensão do consumo etílico” (Gigliotti & Bessa, 2004).

Com a motilidade gástrica diminuída nos idosos, uma substância ingerida oralmente fica exposta à mucosa gástrica por um período maior, podendo haver um aumento na absorção. No caso da distribuição, o aumento do tecido adiposo nos idosos apresenta como resultado, mais substância lipossolúvel sendo distribuída, isso aumenta o risco da toxicidade da substância. Com o metabolismo reduzido, as substâncias são metabolizadas em ritmo menor, o que acarreta o aumento dos níveis no sangue. Esses níveis elevados aumentam o risco de reações adversas ou tóxicas. Finalmente, a excreção da substância ocorre de forma mais lenta por conta da diminuição do ritmo de filtração glomerular, o que resulta em um maior tempo da substância na corrente sanguínea (ROACH, 2001b; CASTRO & LARANJEIRA, 2002).

**Tabela 1 - Fatores que influenciam a farmacocinética do álcool no envelhecimento**  
(ALMEIDA et al, 1999).

<b>ABSORÇÃO</b>
Aumento do PH gástrico Diminuição da velocidade de esvaziamento gástrico Diminuição do fluxo sanguíneo visceral Diminuição da superfície de absorção Diminuição da motilidade intestinal
<b>DISTRIBUIÇÃO</b>
Diminuição do volume de água corpórea Diminuição da massa muscular Diminuição do peso corporal Aumento do tecido adiposo
<b>BIOTRANSFORMAÇÃO</b>
Diminuição do volume de tecido metabolicamente ativo Diminuição da albumina plasmática
<b>ELIMINAÇÃO</b>
Diminuição da massa hepática Diminuição da atividade de enzimas microsossomais hepáticas Diminuição do fluxo sanguíneo hepático Diminuição da taxa de filtração glomerular Diminuição da secreção tubular Diminuição do fluxo sanguíneo renal

No que diz respeito à farmacodinâmica (efeitos fisiológicos dos fármacos nos organismos, seus mecanismos de ação e a relação entre concentração do fármaco e efeito), no

processo de envelhecimento ocorre a diminuição do número e da sensibilidade dos receptores GABA – A, e o aumento da sensibilidade à inibição neuronal, refletindo-se sob a forma do aumento da sensibilidade aos efeitos das substâncias (CASTRO & LARANJEIRA, 2002). No caso do álcool, ele afeta diversos neurotransmissores, potencializando a ação inibitória do GABA (CASTRO & LARANJEIRA, 2002; ZALESKI et al, 2004).

Entre os idosos, essas alterações assumem uma importância ímpar, pois é muito comum que idosos façam uso de diversas medicações e até polifarmácia (uso excessivo de medicações prescritas e automedicação) (ROACH, 2001b). No caso de idosos alcoolistas, “a indução enzimática e a inibição do metabolismo hepático induzida pelo álcool podem levar ao aumento ou diminuição da meia-vida e dos níveis plasmáticos de outros psicotrópicos, e conseqüentemente ao acúmulo ou decréscimo dessas drogas mesmo em doses terapêuticas” (CASTRO & LARANJEIRA, 2002, p. 3).

Medidas do efeito do uso de álcool sobre a saúde tornam-se um indicador importante para avaliar a dimensão do problema. São freqüentes quadros de psicose alcoólica e de síndrome da dependência do álcool, que será abordada logo à frente, e de cirrose hepática, dentre outras doenças do aparelho digestivo. Esse impacto do uso crônico e excessivo de álcool tem sido avaliado por meio de um indicador importante, a morbimortalidade hospitalar (LAURENTTI et al, 2005).

O entendimento desses conceitos faz com que profissionais de saúde, ao se depararem com idosos que fazem uso do álcool, compreendam as alterações particulares dessa faixa etária, sendo de grande importância para os atendimentos e intervenções necessárias.

### **1.2.3 Padrões de Consumo de álcool: uso recreativo, uso de risco, uso nocivo e dependência de álcool.**

O álcool é a principal substância lícita responsável por abuso ou dependência. É considerada uma substância psicoativa, pois atua no Sistema Nervoso Central (SNC), provocando mudanças no comportamento de quem consome. Um dos motivos pelo qual o álcool é encarado de forma diferenciada, se comparado com outras substâncias, se deve ao fato de ele ser umas das poucas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Sendo assim, o consumo inadequado do álcool é um importante problema de saúde pública que tem uma interface com aspectos socioculturais dos diferentes países; apresenta

custos muito altos para a sociedade, envolvendo diversas dimensões (psicológicas, médicas, familiares, profissionais, jurídicas) (SCALI & RONZANI, 2007; OLIVEIRA et al, 2003; RIBEIRO & ANDRADE, 2007).

Meloni & Laranjeira (2004) apontam que o padrão de consumo de bebidas alcoólicas pode sofrer variações por conta de alguns fatores (cultura, país, gênero, faixa etária, normas sociais vigentes e o subgrupo social considerado), e referem ser o risco também muito variável: “(...) beber vinho habitualmente às refeições e em quantidades moderadas é um padrão de menor risco comparado à ingestão copiosa de destilados, mesmo esta sendo ocasional, em público ou não” (p. 2).

A Organização Mundial de Saúde caracterizou e classificou o padrão de consumo e identificou quantas unidades de álcool um indivíduo pode consumir. Com isso, o padrão de consumo pode ser dividido em (BABOR et al, 2003):

**a) Uso de baixo risco:** uso moderado, não extrapolando os limites recomendados abaixo:

- Homens: 2 doses-padrão por dia, ou 3 doses por ocasião;
- Mulheres: 1 dose-padrão por dia, ou 2 doses por ocasião;
- **Idosos: 1 dose-padrão por dia, ou 2 doses por ocasião;**

Uma dose padrão equivale aproximadamente a 14 gramas de álcool/etanol (equivalente a 1 lata de cerveja, 1 dose de destilado, 1 taça de vinho).

O termo “baixo risco”, também significa uso de álcool de acordo com as recomendações médicas e legais, sendo que essa ingestão pelo indivíduo não tenha como consequência qualquer problema relacionado ao álcool (SCALI & RONZANI, 2007).

**b) Uso de risco (risco moderado):** é um padrão de consumo de álcool que aumenta as chances de problemas para o usuário, ou seja, a pessoa está bebendo acima dos limites do considerado “baixo risco” (mencionados acima) e está se colocando em situações de risco, além de, em determinados momentos, colocar em risco a integridade de outras pessoas.

**c) Uso nocivo (CID-10) / abuso (DSM-IV) (alto risco)**

Essas expressões se referem ao diagnóstico clínico de um padrão de uso de substâncias psicoativas que, de alguma forma, está causando algum dano à integridade física e/ou psíquica. No caso do indivíduo apresentar sinais de abstinência, que serão descritos logo à frente, ou transtornos mentais relacionados ao consumo, esse diagnóstico (uso nocivo/ abuso) é excluído. Esse tipo de diagnóstico requer um dano real (físico/ psíquico) causado pelo consumo de álcool.

**d) Síndrome da Dependência:** Na década de 70, os pesquisadores Milton Gross e Griffith Edwards propuseram uma descrição da síndrome de dependência de álcool (SDA) (EDWARDS & GROSS, 1976). Nesse estudo, definiram a dependência como "um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber", onde, às razões pelas quais o indivíduo começou a beber, adicionam-se aquelas relacionadas à dependência. Sendo assim a dependência abrange muito mais que a tolerância e abstinência.

Para caracterizar a síndrome, propuseram os seguintes elementos:

a) **Estreitamento do repertório de beber:** inicialmente uma pessoa pode beber uma quantidade grande de álcool, mas ter um repertório maior de modos de beber (flexibilidade de horários, de quantidade e até de tipo de bebida). Com o avanço da dependência, esse indivíduo apresenta um estreitamento deste repertório: o comportamento servindo para aliviar os sintomas da abstinência, em geral sem o indivíduo se importar com os danos orgânicos, sociais ou psicológicos. A rigidez e a inflexibilidade passam a ser características marcantes na relação do indivíduo com a bebida.

b) **Aumento do comportamento de busca do álcool:** em consequência do estreitamento do repertório descrito acima, há uma priorização pelo consumo da bebida alcoólica, mesmo que seja em situações consideradas não aceitáveis legalmente e socialmente (dirigir, beber no ambiente de trabalho ou para ir trabalhar). O consumo do álcool passa a ser uma questão de prioridade, ficando à frente de outras demandas (saúde, família, trabalho etc.).

c) **Aumento da tolerância ao álcool:** necessidade do usuário de consumir quantidades maiores da bebida alcoólica, para que este consiga o mesmo efeito que antes era alcançado com doses menores.

d) **Sintomas repetidos de abstinência:** com a interrupção ou mesmo a diminuição do uso de álcool, o usuário tem sinais e sintomas de (intensidades variáveis) de abstinência. Inicialmente são leves, intermitentes e pouco incapacitantes, mas pode ocorrer, em estágios avançados da SDA, manifestações mais significativas, como tremor intenso e alucinações.

e) **Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida:** Esse elemento da SDA é de difícil identificação nas fases iniciais. Mas com a evolução do quadro, torna-se cada vez mais evidente. Um exemplo muito comum, é o usuário admitir que beba pela manhã para sentir-se melhor. Isso ocorre porque esse indivíduo permaneceu a noite toda sem realizar a ingestão de bebidas alcoólicas.

f) **Percepção subjetiva da necessidade de beber:** uma pressão psicológica para o comportamento de beber e aliviar os sintomas da abstinência.

g) **Reinstalação após a abstinência:** mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver uma recaída, rapidamente restabelecerá o padrão antigo de dependência.

Essa sistematização obteve progressiva validação clínica e a compreensão da síndrome de dependência pela medicina se modificou, influenciando as classificações nosográficas posteriores. Os critérios diagnósticos para uso nocivo/abuso e para dependência da CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) e do DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) foram estabelecidos com base nos elementos acima citados, propostos por Edwards e Gross (GIGLIOTTI & BESSA, 2004).

Dentre os quatro padrões de ingesta propostos pela Organização Mundial da Saúde, três deles (uso de risco, uso nocivo e dependência) expõem os usuários a riscos e aumentam as chances de que desenvolvam diversos tipos de problemas (físicos, sociais, legais e emocionais). Devido a isto, eles podem ser agrupados dentro de um termo mais amplo, o “*uso problemático do álcool*”, que não está ligado apenas, portanto, aos indivíduos dependentes ou às pessoas agudamente intoxicadas pelo álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

O uso problemático do álcool impõe à sociedade inúmeros agravos indesejáveis e de alto custo, firmando-se como um dos principais problemas de saúde do século XXI. Existem estimativas que o ônus relacionado ao consumo problemático de álcool (como doenças físicas – cirrose, hepatite alcoólica – e traumas causados por acidentes) seria responsável por 1,5% das mortes e 3,5% de *dalys* (anos de vida ajustados por incapacidade), colocando o controle do uso problemático de álcool como uma das prioridades de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Os padrões problemáticos de consumo de bebidas alcoólicas, em conjunto com suas manifestações clínicas, psíquicas e sociais, fazem do álcool objeto de diversas políticas públicas.

O documento “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras drogas”, preparado pelo Ministério da Saúde, coloca o alcoolismo como um grande desafio (BRASIL, 2004), e assim o seleciona para compor a lista dos dez problemas de saúde que devem ser prioridades para o *Programa Nacional de Saúde da Família*.

Os conceitos acima apresentados abrem campo para estudos com ênfase na prevenção (cuidados primários, planejamento de saúde, identificação e intervenções precoces), pois o padrão de consumo de álcool e as manifestações no organismo de seu uso

são um aspecto relevante da avaliação inicial de um usuário (que será abordada de forma mais completa adiante). Uma investigação clínica detalhada detecta os níveis de gravidade, permitem a observação de rituais de uso, além de auxiliar no estabelecimento de estratégias de mudanças. A compreensão da prevalência do uso de álcool e dos padrões de dependência é essencial para estabelecer ações e avaliar o impacto de futuras intervenções e programas. Identificar os grupos mais vulneráveis à dependência (como no caso dos idosos) pode orientar as ações de controle mais eficaz e estratégias de redução de danos.

#### **1.2.4 – Epidemiologia do uso problemático de álcool entre idosos.**

Atualmente existem diversos estudos epidemiológicos disponíveis na literatura de saúde que demonstram a importância do consumo de álcool. Como citado anteriormente, esses estudos firmam o álcool como um importante problema de saúde pública e outros setores.

Dados para apoiar esta afirmação têm origem em uma série de fontes incluindo estudos epidemiológicos (CARLINI et al, 2002; CARLINI et al 2006; GALDUROZ & CAETANO, 2004; BRASIL, 2007; CARDIM et al, 1986; BARROS et al\_2007) e políticas públicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; BRASIL, 2003), entre outros.

Em 1986, Cardim e colaboradores realizaram um estudo epidemiológico descritivo do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil, a partir de estudos nacionais publicados entre 1943 e 1985, utilizando a metodologia de reanálise de dados. Destaco alguns resultados, que são pertinentes ao tema central desse estudo. A distribuição de alcoolistas com mais de 59 anos, identificada pelos diversos autores por eles revisados, em 1947 era de 2,38%, já em 1983 temos 4,14%. Assim, o crescimento do uso problemático de álcool em idosos não parece ser recente, e que há algumas décadas já dá sinais de seu avanço.

O Primeiro Levantamento Domiciliar de Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil ocorreu em 2001 nas 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, utilizando uma amostra que representou na época 41,3% da população brasileira. Nos dados apresentados relacionados ao álcool, 70,1% da população acima de 35 anos já haviam feito uso na vida dessa substância, 82,1% dos homens e 59,5% das mulheres. No que diz respeito à

dependência, 10,3% da população estudada com mais de 35 anos foi considerada como dependente, destes 16,1% do sexo masculino e 5,1% do sexo feminino (CARLINI, et al, 2002, p. 45).

O Segundo Levantamento, ocorrido em 2005, permitiu comparações com os dados coletados em 2001. O álcool, que em 2001 já havia sido utilizado por 70,1% da população estudada, passou para 74,6%; a dependência de álcool passou de 10,3% em 2001 para 12,3% em 2005. Houve um aumento também no uso de álcool nas mulheres, de 59,5% em 2001 cresceu para 67,6%, enquanto que nos homens esse crescimento foi menor, dos 82,1% em 2001 subiu 86,1% em 2005 (CARLINI et al, 2006 p. 307).

Franch (2004) escreve que é notável no Segundo Levantamento Domiciliar que o sexo masculino fez mais uso de álcool que o feminino em todas as faixas etárias estudadas, porém também observa que o uso de álcool entre mulheres está aumentando com muita rapidez, refletindo as mudanças culturais nas relações entre os gêneros no mundo.

Observa-se que tem havido um aumento do consumo de bebidas alcoólicas em subgrupos da população que antes não ingeriam grandes quantidades de álcool (mulheres – que será discutido logo abaixo – e idosos, que terá um espaço maior de discussão ainda nesse capítulo, por fazer parte do objeto da pesquisa) (CASTRO & LARANJEIRA, 2002; COUTINHO, 1992).

Kerr-Correa (2008) escreve que as questões de gênero no consumo do álcool são fundamentadas primeiramente pela cultura e isso reflete os aspectos mais amplos do comportamento e do papel dos gêneros masculino e feminino. Em seu estudo, traz a informação de que as mulheres com problemas de álcool foram muitas vezes negligenciadas por serem vistas como uma população que, além de não precisar de ajuda, não teriam merecimento desta. O consumo de álcool por homens já é visto de forma mais comum e “natural”.

Hochgraf (1993) aponta as diferenças biológicas em relação ao consumo de álcool: mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao álcool do que os homens, são mais vulneráveis ao desenvolvimento de condições clínicas adversas e apresentam mais riscos de desenvolverem doenças hepáticas como a cirrose, mesmo tendo consumido álcool por menos tempo.

Nóbrega & Oliveira (2005) em estudo qualitativo com uma amostra de 13 mulheres em tratamento devido ao consumo de álcool, discutem diversos aspectos do problema vivenciados por elas. No que diz respeito ao lazer e trabalho pode-se perceber que há recordações de atividades laborais e de lazer, e que estas representam a cisão entre o antes

(vida estável) e depois (alcooolismo). Sobre os comprometimentos e a perda de controle do uso do álcool, os relatos deixam claros diversos tipos de problemas clínicos, sociais e familiares, que causam um impacto importante na vida dessas mulheres. Isso ocorre, segundo os autores, por conta dos papéis que a mulher assume perante a sociedade (mãe, esposa, filha, profissional). Outros itens abordados foram a percepção de prejuízos e a busca de atendimento especializado: o estudo mostra que a motivação foi das próprias mulheres em busca de tratamento, mas que as críticas recebidas por familiares, principalmente, colaboraram nessa iniciativa; necessidade de acreditar em si mesmas (a necessidade de mudança vem com o sofrimento, o estabelecimento de expectativas auxilia na auto-estima dessas mulheres); acolhimento e respeito ao tratamento especializado (a forma como essas mulheres são recebidas e acolhidas torna-se fundamental para que elas continuem o tratamento); (re) aprender a viver: lidando com a dependência (o retorno às diversas atividades antes abandonadas em consequência do alcoolismo faz com que as mulheres estabeleçam metas, e aprendam a conviver com a doença).

Entretanto, mesmo com o crescimento das mulheres usuárias de álcool, os homens ainda correspondem a uma parcela maior quando os padrões de consumo são mensurados. Os hábitos de fumar e de consumir álcool foram mais comuns entre os homens do que entre as mulheres na população idosa estudada por Maia et al (2006). No entanto, os autores colocam ainda que essa relação possa tornar-se igual ou invertida no futuro, devido às mudanças nos hábitos femininos e padrões comportamentais.

Na pesquisa realizada por Galduroz & Caetano (2004), os autores descrevem a epidemiologia de álcool no Brasil através dos trabalhos epidemiológicos mais recentemente publicados. Sobre os levantamentos domiciliares os pesquisadores apontam que os indivíduos maiores de 18 anos apresentam uma porcentagem maior de problemas em relação ao álcool e dentre as complicações decorrentes do uso de álcool as quedas ocupam o segundo lugar. Esse dado assume um significado especial no que diz respeito aos idosos, pois 32% dos pacientes de 65 a 74 anos sofrem quedas por ano no Brasil, e isso aumenta proporcionalmente com a idade: 35% dos pacientes de 75 a 84 e 51% em pacientes de 85 anos. No Brasil, 30% dos idosos sofrem quedas uma vez por ano (PEREIRA et al, 2001). Sendo assim os idosos que fazem uso de álcool teriam a maior probabilidade de quedas.

Barros et al (2007), em estudo epidemiológico recente, identificaram que o abuso/dependência do álcool está associado a vários fatores (variáveis demográficas, socioeconômicos e culturais). Verificaram que o consumo abusivo de álcool foi menor em indivíduos com um nível de escolaridade melhor e indivíduos de menor renda. Não ter uma

religião aumentou substancialmente a probabilidade de abuso de álcool. A religião evangélica determinou uma prevalência mais baixa do uso de álcool.

Nesse estudo foi identificado que adultos e idosos apresentam frequências semelhantes na ingestão de álcool, mas entre os jovens o consumo é maior no que diz respeito à quantidade. Vários fatores contribuem para esta constatação, entre as quais Castro & Laranjeira, (2002) destacam:

a) A probabilidade de um sujeito jovem que abusa de álcool e outras drogas chegar à terceira idade é menor;

b) A probabilidade de alguém começar abusar de álcool e outras drogas numa idade mais avançada também é menor;

c) As taxas de recuperação entre os idosos que fazem uso abusivo dessas substâncias psicoativas são maiores, devido aos problemas médicos causados por elas.

Das mortes ocorridas no planeta, 3% são causadas pelo consumo nocivo do álcool. Nessa estatística são incluídas as causas clínicas (intoxicações, cirrose, câncer hepático) acidentes automobilísticos e domésticos, e homicídios (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b). No Brasil, as bebidas alcoólicas são um dos principais fatores de doença e mortalidade, sendo consideradas presentes em 8% a 14,9% do total de problemas de saúde dessa nação (MELONI & LARANJEIRA, 2004).

Na década de 1990, foi realizado um estudo num serviço ambulatorial de geriatria da capital do Estado de São Paulo, e foi constatado que 15,1% dos idosos que procuram atendimento apresentam alcoolismo. Os autores também discutem nesse trabalho a importância de instrumentos de avaliação e identificação precoce em idosos, pois dessa forma o prognóstico pode vir a ser melhor (HIRATA et al, 1997).

Maia, et al (2006) traz a problemática dos riscos de morbimortalidade da população. Descreve que os grupos populacionais apresentam diferentes riscos de se tornar doentes ou de morrer. A presença de determinados fatores de risco indica uma maior probabilidade de ocorrer algum dano para a saúde. Quando esses riscos são identificados eles podem ser tratados ou modificados pelas ações de saúde. Com o aumento da população idosa, há um aumento de interesse em estabelecer os fatores de risco de morte que um indivíduo idoso apresenta em curto prazo, adiando assim, um desfecho fatal precoce. Inserido nesse contexto, o autor aponta o consumo de bebidas alcoólicas como um dos fatores de risco de morte entre idosos.

Embora o consumo total de álcool seja geralmente inferior na população idosa, as alterações do processo de envelhecimento podem aumentar seu efeito, como já foi descrito

anteriormente no subcapítulo sobre farmacologia do álcool nos idosos. Algumas estimativas sugerem que o abuso de drogas sem prescrição pode afetar até 17% dos idosos (HULSE, 2002).

Em estudo comparativo entre duas cidades do Estado de Minas Gerais sobre o uso de álcool em idosos, Prais et al (2008) constataram que a taxa de prevalência do consumo excessivo de álcool entre idosos residentes em Belo Horizonte (região metropolitana de quatro milhões de habitantes), foi duas vezes maior que a observada entre os residentes de Bambuí (cidade à época com 15 mil habitantes). Os autores consideraram quatro faixas etárias dos idosos que apresentavam consumo excessivo de álcool: 60 a 64 anos (RMBH: 31,3% - Bambuí: 16,3); 65 a 69 anos (RMBH: 28,5% - Bambuí: 14,1%) e 70 a 74 anos (RMBH: 28% - Bambuí: 13,2%); (mais de 75 anos – RMBH: 17,1% - Bambuí: 9,8%). O estudo destaca que o consumo excessivo de álcool em idosos pode mostrar diferenças de prevalência em um mesmo país, provavelmente devido às influências socioculturais.

Em estudo realizado em um serviço de urgência em saúde mental, Almeida (1999) descreve que dentre os demais diagnósticos frequentes de transtornos psiquiátricos em idosos, o alcoolismo estava presente em 4,1% das pessoas atendidas. Dos 390 idosos (amostra do estudo) com diagnósticos psiquiátricos, os dependentes de substâncias psicoativas (álcool e sedativos) ocupam o segundo lugar, perdendo apenas para os transtornos Orgânicos e Somáticos (Demência, Delirium ou outro transtorno não especificado), de acordo com o CID-10.

A tabela 2, da próxima página resume os achados de outras pesquisas epidemiológicas envolvendo idoso, mas que não citamos diretamente no texto.

---

**Tabela 2 - Principais achados de outros estudos epidemiológicos populacionais gerais e em populações clínicas sobre consumo, uso nocivo e dependência de álcool entre idosos (não comentados no texto da dissertação).**

<b>Estudo</b>	<b>Achados</b>
Mangion, D. M.; Platt, J. S. Alcohol and acute admissions of elderly people. <b>Age and Aging</b> , v. 21, p. 362-7. 1992	<b>24% de idosos admitidos em um serviço hospitalar apresentavam problema com álcool.</b>
Farragher, B.; Wrigley, M.; Veluri, R. Alcohol Related Problems in Elderly People – A Prospective Study. <b>Irish Medical Journal</b> , v. 87, n. 6, 1994.	<b>15% dos novos encaminhamentos para um serviços de psiquiatria destinado a idosos apresentavam problemas relacionados ao álcool.</b>
Freitas, E. A. M.; Mendes, I. D.; Oliveira, L. C. M. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. <b>Revista de Saúde Pública</b> , v. 42, n. 5, p. 813-21, 2008	<b>5,9% dos pacientes acima de 50 anos encaminhados para o serviço apresentavam alcoolemia positiva.</b>
Costa, J. S.D et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. <b>Revista de Saúde Pública</b> , n. 38, v. 2, p. 284-91, 2004.	<b>Dos 98 idosos de 60 a 69 anos entrevistados, 43,8% relatavam consumo abusivo do álcool.</b>

### **1.2.5 - Consumo “problemático” de álcool entre idosos**

Apesar da prevalência consideravelmente alta de uso do uso de álcool em idosos, a avaliação e identificação precoce do padrão de consumo freqüentemente estão ausentes na avaliação médica e de outros profissionais da saúde. Muitos idosos com problemas de álcool não seriam identificados (HULSE, 1990; WATTERLING et al, 2003).

Essa falha no processo de identificação do idoso com problemas no uso de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa pode se dever à vergonha sentida pelos idosos em relação aos profissionais de saúde a falta de discernimento e negação do paciente. Por conta desses fatores, o uso de álcool ou qualquer outra substância deve ser ativamente investigado em todos os pacientes idosos, como em quaisquer outros pacientes, pois as tentativas de redução ou de cessação de um consumo problemático estão intimamente ligadas

com esta avaliação inicial e com as decorrentes intervenções precoces (HULSE, 1990; WATTERLING et al, 2003).

Apesar de não ser um estudo específico de idosos, Fontanella et al (2008), em estudo qualitativo, descrevem que a percepção da síndrome de dependência pelos pacientes relaciona-se à sua percepção da gravidade do problema e está associada positivamente à procura de ajuda. Seus resultados sugerem a necessidade de capacitação de profissionais de saúde no sentido de melhora da abordagem dos pacientes quanto à avaliação da síndrome, particularmente na APS, principal porta de entrada para a saúde da população.

Watterling et al (2003) discutiram sobre os critérios diagnósticos adequados para se constatar a dependência do álcool nas pessoas idosas que tiveram início tardio (que começam a abusar do álcool após os 45 anos de idade) e nas que tiveram início precoce (atuais idosos que começaram a fazer uso problemático antes dos 25 anos). A duração dos padrões nocivos foi bastante semelhante, mas a dependência do álcool (segundo as diretrizes da CID-10) foi diagnosticada em 94,1% dos alcoolistas com início precoce, mas somente em 63,2% da população com início tardio, sugerindo portanto a possibilidade de subdiagnósticos na população idosa, talvez por inadequação dos critérios de avaliação desta condição.

Os principais fatores de risco e estressores psicossociais associados ao abuso de drogas no idoso são a viuvez; a aposentadoria, a solidão, o isolamento social e doença crônica (CASTILLO et al. , 2008). Os idosos encontram-se em geral em um nível socioeconômico inferior aos de outras faixas etárias, em razão das baixas pensões e aposentadorias, que não permitem o padrão de vida que desfrutaram no passado. Nessa fase de suas vidas, é comum desenvolverem reações de luto diante de perdas de familiares ou pessoas íntimas com quem conviveram durante a sua juventude. Muitos se encontram separados de seus parentes, vivendo sozinhos ou isolados geograficamente dos mesmos (CASTRO & LARANJEIRA, 2002). Essas alterações sociais poderiam contribuir para o consumo problemático do álcool.

Apesar de muitos problemas médicos serem associados tanto com o envelhecimento quanto com o uso indevido de álcool, a extensão da interação desses dois fatores permanece incerta. Pontua-se, abaixo, alguns elementos da interação álcool e envelhecimento, positivos e negativos, segundo uma publicação norte-americana de 1998, do National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 1998):

a) A incidência de fraturas de quadril entre idosos aumenta com o consumo de álcool;

b) É sugerido que o uso moderado de álcool confere proteção contra doenças do coração entre aqueles que possuem mais de 65 anos de idade;

c) Acidentes automotivos são uma importante causa de trauma e morte em todos os grupos de idade. Os motoristas idosos tendem a ficar mais lesionados do que os motoristas jovens em acidentes de mesma magnitude.

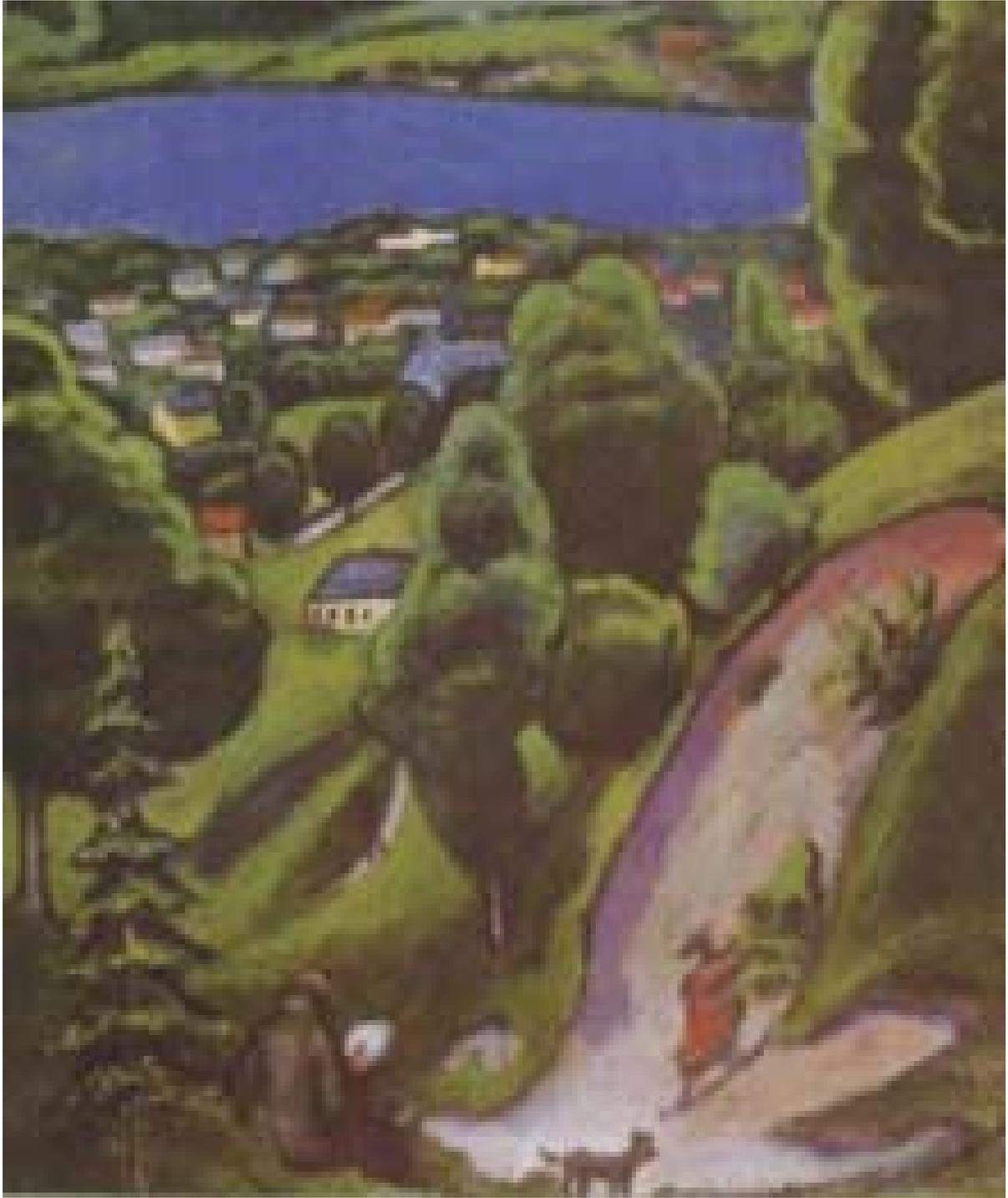
d) Em média, um sujeito de mais de 65 anos faz uso de dois a sete medicamentos por dia. O uso de álcool, associado com medicamentos, aumenta o risco de surgimento de efeitos colaterais negativos e influencia a efetividade dos fármacos.

e) Os transtornos depressivos são mais comuns entre os idosos e tendem a ocorrer concomitantemente com o uso indevido de álcool. Dentre as pessoas com 65 anos de idade ou mais, os alcoolistas apresentam risco três vezes maior de manifestar depressão maior do que os não-alcoolistas;

Um indicador importante para se avaliar o problema é a medida do efeito do uso de álcool sobre a saúde, visto por meio da frequência dos quadros de psicose alcoólica e de síndrome da dependência do álcool, dentre os transtornos mentais, e da cirrose hepática, dentre as doenças do aparelho digestivo. Tem sido usual avaliar este impacto do uso por meio da mortalidade e da morbidade hospitalar. Comparado com outros diagnósticos, somente as violências apresentam diferenciais entre os sexos mais elevados, quer os de mortalidade, quer os de morbidade (LAURENTI, et al 2005).

Laurenti et al (2005) afirmam que prevenir o alcoolismo, e com isso suas graves conseqüências, é um desafio, particularmente, em regiões mais pobres, onde o uso excessivo de bebidas alcoólicas parece fazer parte do comportamento masculino. Para programas que visem reduzir o alcoolismo, o conhecimento do problema deve englobar aspectos culturais e comportamentais que se associam ao agravo, entre os quais a necessidade de se avaliar a questão sob o enfoque do gênero. Os aspectos comportamentais e culturais influem significativamente na saúde humana, sendo que a expressão estilo de vida vem sendo cada vez mais utilizada.

A estratégia de prevenção e promoção da saúde deve levar em conta a mudança comportamental, em toda a população, tendo em mente as diferenças de gênero em relação ao hábito de consumir substâncias (como o tabaco e o álcool), ao tipo de dieta, ao ambiente de trabalho, à atividade física, ao peso corporal, entre outros. Fica bastante claro que muitas doenças que afetam a população, muitas vezes afetam mais acentuadamente a masculina; embora haja alguns mecanismos bastante conhecidos e aceitos cientificamente, o difícil, muitas vezes, é como incorporar seu manejo clínico à prática diária (LAURENTI, et al 2005).



*Figura 4. Paisagen de Tegernsee com homem lendo e Cão (Macke, 1910)*

*(Faz pensar no território de abrangência de uma USF e na vida que ali se processa.)*

### ***1.3 Sobre a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família e idosos***

### **1.3.1 Políticas de saúde e a Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família**

A Atenção Primária à Saúde, ou Atenção Básica, e a Estratégia de Saúde da Família, estão presentes no cenário da reforma sanitária brasileira, no que diz respeito ao modelo de atenção à saúde e organização dos serviços municipais (GIL, 2006).

Para entendermos a situação atual desses modelos de atenção à saúde entende-se como necessário um breve histórico sobre alguns acontecimentos que foram importantes para sua implantação.

Surgiram a partir da década de 70, algumas iniciativas com o intuito de ampliar as práticas nos centros de saúde, tradicionalmente ligados à prestação de serviços de saúde pública para populações pobres (CONILL, 2008).

O conceito de atenção primária tomou força em 1977, por ocasião da Assembléia Mundial da Saúde. Nesta Assembléia, a atenção primária à saúde foi defendida como a principal estratégia para a obtenção do objetivo Saúde para Todos no Ano de 2000. O documento produzido na conferência, conhecido como Declaração de Alma-Ata, definiu atenção primária como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo com que tanto a comunidade quanto o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com os sistemas nacionais de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de ação continuada à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p.1).

A atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo a atenção à pessoa e não à enfermidade; fornece ainda atenção para todas as condições, exceto as mais incomuns ou raras e coordena e integra a atenção oferecida em algum outro lugar ou terceiros (STARFIELD, 2002).

Buscando a otimização da saúde da população e minimizar as disparidades entre os subgrupos populacionais no que diz respeito ao acesso e alcance de um nível ótimo

de assistência, a Organização Mundial da Saúde adotou um “conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Conhecida com a Carta de Lubliana” (STARFIELD, 2002, p. 17), que propunha que os sistemas de atenção à saúde deveriam ser:

- a) “Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- b) Direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- c) Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- d) Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia
- e) focados na qualidade, incluindo a relação custo efetividade;
- f) Baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- g) Direcionados para a atenção primária”. (STARFIELD, 2002, p.18).

O início da década de 80 caracterizou-se por uma crise na economia capitalista e conseqüentemente no sistema previdenciário social brasileiro, que era o principal financiador do sistema de assistência médica. Essa crise na previdência social, não se limitava ao desequilíbrio entre a receita e despesa, mas emergia de uma série de ações políticas (COSTA, 1998).

Essas ações políticas eram caracterizadas fortemente pelo desemprego crescente, redução do valor real dos salários, fraudes contra o sistema previdenciário, principalmente através da rede conveniada e credenciada, decorrentes, dentre outras questões, da forma de financiamento adotada: baixa cobertura assistencial do setor público estadual e municipal; custos crescentes da assistência médica pela incorporação de novas tecnologias; bem como um modelo de saúde dominante pautado na assistência médica individual e curativa (COSTA, 1998).

Algumas tentativas foram feitas no sentido de neutralizar os efeitos da crise no setor e redirecionar a distribuição e organização dos serviços de saúde. Surge então a proposta do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), o que já incluía as diretrizes de hierarquização, regionalização, integração dos serviços e participação comunitária (COSTA, 1998; CONILL, 2008).

Com essas diretrizes deu-se, então, um segundo ciclo de expansão da Atenção Primária à Saúde por todo o país, sob a forma de um amplo programa de medicina simplificada: o número e unidades básicas de saúde eram de 1122 em 1975 e passaram para

13.730 em 1984. O PIASS não conseguiu avançar, entre outros motivos, em decorrência do seu caráter verticalizante, do confronto entre a proposta de regionalização versus persistência da centralização e do caráter meramente instrumentalizador da participação comunitária (COSTA, 1998; CONILL, 2008).

No interior do PIASS e, paralelo a este, é criado na área de saúde, um movimento de oposição cujo projeto aponta para a efetiva descentralização dos serviços, com a inclusão dos usuários na definição das políticas e combate da mercantilização com o fortalecimento do setor público, em função de ações de maior qualidade, vinculadas às reais necessidades da população (COSTA, 1998; CONILL, 2008).

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional da Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuíam para o referido instituto. A Reforma Sanitária brasileira foi fundamental para a construção do Sistema Único de Saúde (CONILL, 2008)

A integração e fusões de instituições associadas à tentativa de manter e difundir novos princípios num contexto de grave crise fiscal e financeira marcaram os primeiros anos da reforma. Os desdobramentos da luta pela Reforma Sanitária influenciaram a aprovação do capítulo da saúde da nova Constituição, no qual se introduz um conceito ampliado de saúde, garantido por políticas sociais e econômicas, sendo contemplados os princípios defendidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, para a construção de um Sistema Único, regionalizado e hierarquizado, com acesso universal e igualitário (COSTA, 1998; GIOVANELLA, 2009; CONILL, 2008).

Com a regulamentação do SUS na década de 90 houve uma renovação da concepção da APS, baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social. Para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar-se no Brasil o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (GIOVANELLA, 2009). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 12), “Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.”

A saúde da família é uma estratégia que dá prioridade às ações de proteção, promoção e recuperação da saúde dos usuários e da família, do recém-nascido ao idoso,

doentes ou sadios e de forma integral e contínua. O PSF surgiu como uma estratégia estruturante dentro do SUS, para atendimento primário. Com suas ações engloba os transtornos psiquiátricos, inclusive os problemas com o uso de álcool e, em conjunto com os CAPS, torna-se um importante instrumento de contribuição para a consolidação da reforma da assistência psiquiátrica, dentro de um panorama geral da reforma sanitária brasileira e das novas propostas da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2004).

Inicialmente voltado à extensão de cobertura, como foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994, aos poucos adquiriu centralidade na agenda dos governos, convertendo-se a uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS (CAPISTRANO, 1999, p. 92).

Diversos fatores contribuíram para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil. A influência internacional se fez presente, em parte, através do incentivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para incorporação de políticas públicas voltadas para a atenção primária como estratégia de organização do sistema de saúde.

O PSF é uma das estratégias prioritárias do SUS para mudar o paradigma da saúde. Cada equipe do PSF atende em torno de 600 a 1000 famílias, tendo como parâmetro, no mínimo, 2400 pessoas e no máximo 4.500. A partir da formação da equipe é realizado o cadastramento das famílias, com levantamento dos dados demográficos, socioeconômicos, socioculturais, do meio ambiente, mortalidade e morbidade. E, juntamente com as lideranças comunitárias locais, é estabelecido o diagnóstico da comunidade, com a finalidade precípua de levantar os problemas de saúde daquela população (BRASIL, 2004).

O diagnóstico tem como objetivo identificar os problemas de saúde mais relevantes na área de abrangência e também a de construir, com as famílias, um diagnóstico abrangente de saúde, detectando situações de vulnerabilidade de saúde, social e familiar – chamadas situações de risco – que deverão ser priorizadas para, a partir desse diagnóstico, as ações serem planejadas e desenvolvidas (COSTA NETO, 2000).

Na Política Nacional da Atenção Básica traz a Saúde da Família não mais como um programa e sim como uma estratégia, a fim de descaracterizar o caráter verticalizado que este termo conota, vindo do modelo das ações programáticas da década de 70, e traz um novo paradigma para a organização do trabalho em saúde, pautado no trabalho de todos os profissionais da saúde em tempo integral, no trabalho em equipe, na incorporação da participação da comunidade, no vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades, na incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento e na necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico e o

psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e a competência clínica (CONILL, 2008; GIL, 2006; GIOVANELLA, 2009; BRASIL, 2007).

### **1.3.2 – Sobre o uso de álcool por idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde.**

Primeiramente, é de fundamental importância identificar na comunidade os idosos que fazem uso problemático do álcool, com a intenção de utilizar uma abordagem adequada e encaminhamento, quando necessário, a serviços especializados. Essa identificação na comunidade é de responsabilidade da APS, que funcionaria como porta de entrada.

O uso problemático de álcool entre os idosos pode estar associado a complicações médicas, dificuldades financeiras, tabagismo, e maior frequência de eventos estressores de vida. Problemas relacionados ao uso de álcool podem estar presentes em aproximadamente 10% dos idosos vivendo na comunidade. O conjunto desses dados indica que o alcoolismo é um importante problema de saúde do idoso (ALMEIDA, 1999).

No Brasil, apesar do uso indevido de álcool ser uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, poucos estudos foram realizados sobre a prevalência de indivíduos com esse tipo de problema em unidades de APS. Entretanto, os que foram realizados evidenciaram uma prevalência significativa de pessoas com problemas relacionados ao álcool nesses serviços (VARGAS et al, 2009).

Em um estudo transversal, realizado no Sul do país, do qual participaram 300 pacientes, foi detectado uma porcentagem de 6,3% de dependência (SAALFELD & SILVA, 1993).

Outro estudo, avaliando os padrões de uso de álcool em usuários desses serviços em dois municípios do interior de Minas Gerais, verificou uma porcentagem de 3,8% de possível dependência alcoólica (MAGNABOSCO et al, 2008).

Pesquisa realizada em um município do Nordeste brasileiro apontou que 12,82% dos sujeitos que procuraram o serviço de APS faziam uso de álcool de maneira nociva (CORDEIRO et al, 2006).

De modo geral, o levantamento da literatura brasileira sobre a problemática do álcool e do alcoolismo em serviços de atenção primária à saúde aponta a carência de estudos

que possibilitem maiores dados sobre essa condição. Isso se agrava mais quando se trata do idoso alcoolista na atenção básica.

### **1.3.3 – Formação profissional dos que atendem idosos usuários de álcool**

Considerando que o idoso possui suas particularidades físicas e psíquicas e o uso problemático do álcool colabora para diversas complicações nessa faixa etária, é de fundamental importância saber como os profissionais de saúde estão assistindo esses idosos nas suas necessidades e especificidades.

Segundo Laranjeira (1998), nosso país está distante de possuir um tratamento ideal para os pacientes alcoolistas. Percebe-se que esses pacientes não são identificados no setor de cuidados primários à saúde, dos poucos serviços especializados existentes muitos não são atendidos adequadamente e finalmente a grande maioria dos profissionais não recebeu nenhum tipo de capacitação, nem mesmo para fazer um aconselhamento básico. Esses três pontos fazem com que a assistência ao usuário problemático de álcool seja realizada de uma forma simplista e muitas vezes não efetiva.

Os médicos psiquiatras e mesmo outros clínicos podem enfrentar dificuldades para identificar o consumo problemático do álcool entre idosos. Segundo Hulse (2002), podem existir dúvidas inclusive sobre a aplicação de instrumentos de detecção, avaliação e intervenções terapêuticas. Segundo esse autor, as principais dificuldades apresentadas resumem-se na dificuldade de questionar o paciente sobre o hábito do consumo de álcool, o que pode significar conflitos entre idéias e valores que envolvem os comportamentos associados ao uso de substâncias, lícitas e ilícitas (RONZANI et al, 2005).

Além das dificuldades de compreensão dos profissionais em relação aos padrões de uso de álcool, soma-se o fato de que o alcoolismo ainda é uma doença estigmatizada pela sociedade. O paciente que é dependente do álcool não deve ser visto como alguém que cometeu uma falha moral, e sim como vítima de uma doença (VARGAS & LABATE, 2006).

É muito comum a falta de engajamento dos profissionais de saúde e a descrença pela possibilidade de melhora dos pacientes em relação a problemas associados ao uso de álcool. A prevenção, embora muito discutida teoricamente, raramente é colocada em prática nos serviços de saúde (RONZANI et al, 2005).

A avaliação dos idosos alcoolistas deve ser uma das prioridades no manejo clínico desse grupo vulnerável da população, pois dessa forma aumenta o potencial para reduzir a incidência de complicações físicas e psicossociais associadas a uma redução ou abandono do uso de álcool e drogas entre idosos (HULSE, 2002).

Freire et al (2008) em estudo com uma amostra de 25 profissionais da saúde, objetivou verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o alcoolismo na velhice. O estudo comenta que os profissionais de saúde têm um importante papel na promoção, prevenção e reinserção social dos indivíduos, pois estão próximos no cotidiano do trabalho. A pesquisa mostra que há uma preocupação entre os profissionais de saúde sobre as consequências psicossociais do alcoolismo e que essas por sua vez são responsáveis por prejudicar a qualidade de vida do idoso e dos familiares. Apesar da maioria dos profissionais de saúde dizer que investiga se o paciente é alcoolista, no entanto o estudo percebeu que um diagnóstico criterioso não é realizado, apenas encaminhamentos, que não são acompanhados depois. Uma das dificuldades apontada também pelos profissionais é o trabalho em equipe, mesmo tendo diversos profissionais atuando, isso não proporciona condições de uma assistência adequada, cada um realiza seu trabalho de forma individual em suas respectivas áreas, evidenciando a formação de grupos de trabalho e não equipes interdisciplinares.

Esses estudos apontam a importância da formação e capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento ao idoso alcoolista, para que ele seja identificado, diagnosticado e tratado de forma eficiente e organizada, permitindo um acompanhamento de toda a equipe de saúde.

### **1.3.4 – Os idosos e a Atenção Primária à Saúde**

A porta de entrada no Sistema Único de Saúde é a atenção básica, nesse nível o Programa de Saúde da Família ocupou destacado papel nos últimos anos como estratégia indutora de equidade. Os trabalhadores destes serviços devem estar capacitados (conhecimentos/habilidades/attitudes) para elaborar e operar protocolos para ações específicas às necessidades de qualquer grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social (PICCINI et al, 2006).

No Programa de Saúde da Família os profissionais da saúde estão voltados para uma assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas às unidades,

em cada uma das fases de seu ciclo de vida. Ao profissional atuante nesse contexto cabe a atenção à mudança do perfil populacional, com o aumento progressivo da população idosa, já discutido nesse trabalho, no item 1.1. De acordo com os princípios básicos da Estratégia da Saúde da Família, devem ser feitas abordagens das mudanças físicas consideradas normais (processo de senescência) e identificação precoce das alterações patológicas (processo de senilidade). Em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família, é pertinente ao trabalho dos profissionais da atenção básica o alerta sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, além de identificar formas de intervenção para a eliminação e minimização desses riscos (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

Uma das importantes missões dos profissionais que escolheram a atenção básica é visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma construtiva e agradável:

“... a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras” (COSTA NETO & SILVESTRE, 1999, p. 11)

Espera-se do trabalho da atenção básica sob a Estratégia da Saúde da Família uma adequada abordagem da pessoa idosa, buscando a necessária compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico. A realidade da assistência atual, o profissional de saúde enfrenta o desafio de traçar limites entre o que se pode considerar como envelhecimento normal com suas limitações fisiológicas gradativas e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo, os fenômenos do processo do envelhecimento devem ser precocemente identificados e trabalhados na forma participativa e efetiva (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

Piccini et al (2006), em estudo comparativo sobre a atenção básica expõem, baseados nos resultados de pesquisa, um conjunto de recomendações para os formuladores de políticas:

“- O desenvolvimento, por motivos éticos, de políticas coerentes que superem a dicotomia entre os modelos, garantindo a toda a população de idosos o acesso aos cuidados do PSF;  
- A eleição de objetivos realísticos para o cuidado integrado e integral do idoso, considerando suas necessidades de saúde e o investimento requerido para a capacitação de todos os profissionais, superando a ampla diferença cultural entre os provedores de cuidado social e de cuidado em saúde;

- A valorização das experiências inovadoras e a indução da iniciativa de compartilhar projetos de pesquisa em avaliação que incluam a capacitação dos atores implicados” (PICCINI, et al, 2006, p. 656).

Fica evidente, então, a necessidade de reformulações na maneira de assistir os idosos na atenção básica, para que ele seja atendido integralmente e em qualquer processo, seja de senescência ou senilidade.

### **1.3.5- Instrumentos clínicos: abordagem, detecção e intervenções breves dirigidas a pacientes que fazem uso problemático de álcool**

Avaliar adequadamente um paciente é uma condição para que os profissionais de saúde elaborem o plano de cuidado; sem uma avaliação sistematizada, organizada e criteriosa, não há uma base sólida para as intervenções e prescrições. Existem diversas formas de identificar os problemas, primeiramente serão abordados instrumentos gerais de avaliação que são a anamnese e o exame físico, e logo em seguida os instrumentos específicos para o uso problemático de álcool.

Para que o profissional realize essa avaliação corretamente e minimize seus erros é necessário que ele tenha uma fundamentação teórica de diversas áreas de conhecimento (Anatomia, Fisiologia, Fisiopatologia, Semiologia e Semiotécnica, Relacionamento Interpessoal, além das áreas específicas que vai depender da demanda).

A palavra anamnese se origina de *aná* = trazer de volta, recordar e *mnese* = memória. Sendo assim, significa trazer de volta fatos e acontecimentos relacionados com o problema vivenciado (doença) e com a pessoa envolvida no problema. Durante a anamnese o profissional conversará com o paciente, de forma dirigida ou não, elencando dados através da entrevista e de observações realizadas (PORTO, 2008). Trata-se, portanto, de uma etapa fundamental e imprescindível do processo de avaliação do idoso usuário de álcool.

A anamnese, além de fornecer dados importantes para a assistência, serve como aproximação dos profissionais e pacientes, criando um elo de confiança, no qual o paciente se colocará como sujeito ativo no seu tratamento. A entrevista, observação e o exame físico, compõe o histórico do paciente, é esse histórico que subsidia todos os outros passos da assistência.

Utilizando o conhecimento de semiologia e semiotécnica, são examinados todos os sistemas funcionais do paciente, além de abordar também a parte psicológica. Através do exame clínico, pode-se encontrar achados importantes com um significado especial no que diz respeito às consequências do uso problemático de álcool por idosos, como por exemplo: alteração da pressão arterial, aumento da área hepática, edema em membros inferiores, halitose característica, sinais de abstinência ou embriaguez, entre outros.

Quando a avaliação de problemas relacionados ao álcool deve ser feita em larga escala, como costuma ser o caso nas Unidades de Saúde da Família, podem ser úteis também os instrumentos padronizados de avaliação. Daremos destaque ao CAGE e ao AUDIT, além de abordar também os Protocolos da Intervenção Breve.

O questionário CAGE é composto de quatro perguntas referentes a – *Cut down* (diminuir), *Annoyed by criticism* (aborrecer), *Guilty* (culpa) e *Eye-opener* (ao despertar), os domínios das quatro perguntas, formam a sigla do instrumento. O CAGE é um instrumento utilizado para o rastreio do uso de álcool. As perguntas que são realizadas ao paciente são parecidas com as seguintes: alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida?; as pessoas te aborrecem porque criticam o seu modo de beber?; sente-se culpado pela maneira como bebe? e costuma beber de manhã, para diminuir o nervosismo da ressaca? (AMARAL & MALBERGIER, 2004). É utilizado como ponto de corte duas repostas afirmativas, sugerindo *screening* positivo para uso nocivo ou dependência do álcool. Trata-se de um instrumento simples de aplicação, e de retorno importante no que diz respeito aos dados obtidos.

O AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test) é um questionário que foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir da década de 80 como um método simples de investigação de uso excessivo de álcool, para ajudar na realização de avaliações breves. Esse questionário foi desenvolvido para rastreio do uso excessivo de álcool, principalmente para ajudar profissionais de saúde na identificação de pacientes que, de alguma forma, se beneficiariam com a redução ou mesmo a cessação do uso problemático de álcool (BABOR, 1989).

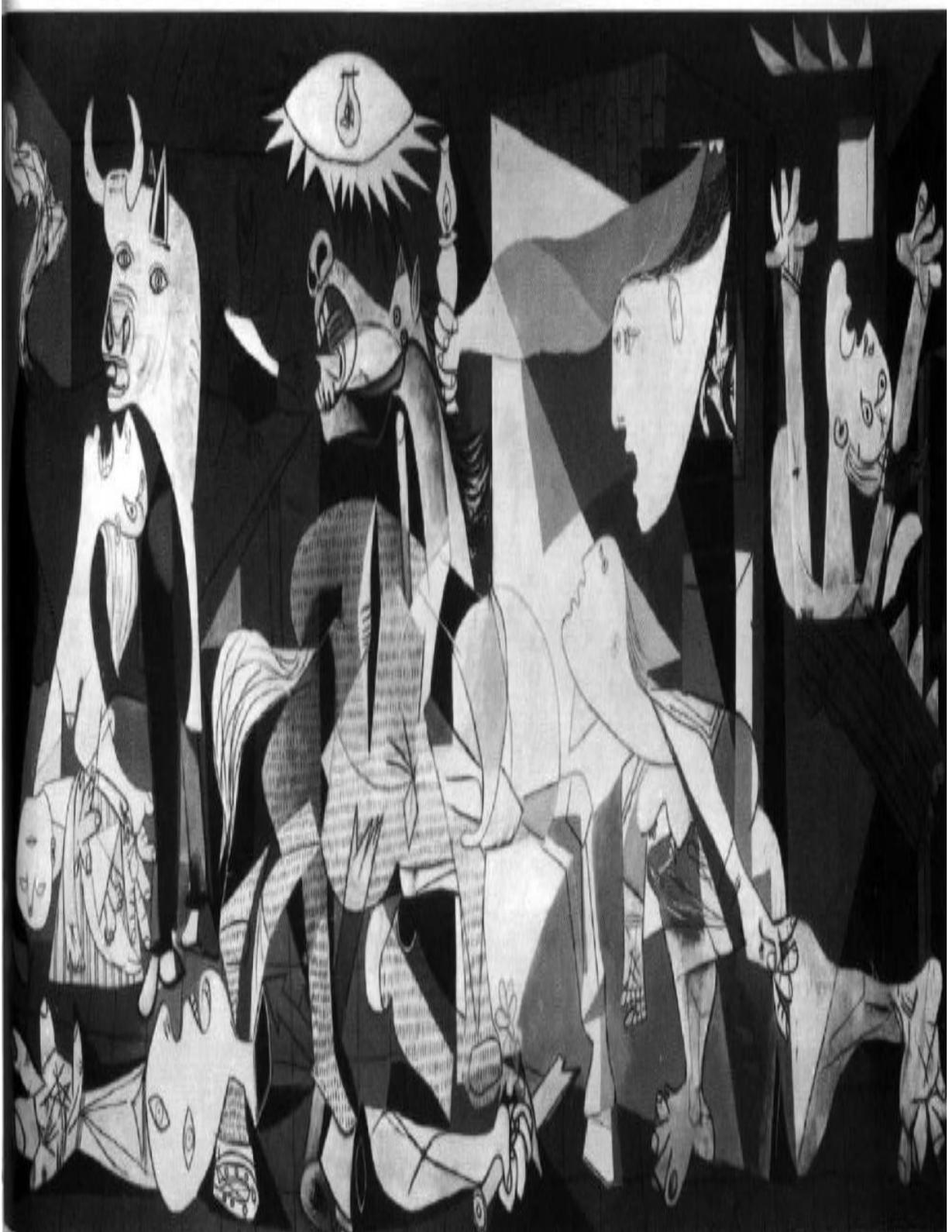
É um teste muito utilizado por ser de fácil aplicação e baixo custo. Compõe-se de 10 questões. A somatória de sua pontuação resulta em um *score* que varia de zero a 40 pontos, assim possibilita identificar quatro padrões de uso de álcool ou zonas de risco, ou seja, de baixo risco (0 a 7 pontos), uso de risco (8 a 15 pontos), uso nocivo (16 a 19 pontos) e provável dependência (20 ou mais pontos). Alguns autores consideram que potencialmente o

AUDIT será provavelmente o questionário de *screening* mais valioso para clínicos e pesquisadores na atenção primária (EDWARDS et al, 2005).

As Estratégias de Diagnósticos e Intervenções Breves (EDIB), são consideradas um recurso efetivo e de baixo custo, para o trabalho com as pessoas que fazem uso de risco ou nocivo de bebidas alcoólicas. A EDIB não é uma forma de tratamento para pessoas dependentes do álcool, trata-se de uma forma educativa e eficiente na promoção da saúde e prevenção de doenças através de mudanças de atitudes e hábitos que sustentam o uso de risco e uso nocivo de álcool na comunidade (BABOR & HIGGINS-BIDDLE, 2003).

Baseada na entrevista motivacional e na estratégia de redução de danos, as técnicas da intervenção breve objetivam detectar o problema e motivar o usuário a alcançar determinadas ações tais como iniciar um tratamento ou, ainda, melhorar seu nível de informação sobre os riscos ligados ao uso de substâncias psicoativas, aumentando seu senso de risco e autocuidado. As EDIB incluem, identificação do consumo excessivo de álcool, informações ao paciente sobre as desvantagens no uso de álcool, motivação para mudanças no hábito de consumo, estabelecimento de objetivos pessoais, instruções para conseguir alcançar esses objetivos e acompanhamento (MARQUES & FURTADO, 2004).

O foco principal das EDIB, conforme a abordagem preconizada pela Organização Mundial de Saúde, concentra-se no nível da Atenção Primária à Saúde, onde os profissionais são tipicamente responsáveis pela execução desse programa, atendendo às necessidades do serviço, devido à alta demanda, que exige que as intervenções sejam breves (BABOR & HIGGIN-BIDDLE, 2003; MARQUES & FURTADO, 2004).



*Figura 5. Guernica (Picasso, 1937)*

*(Faz pensar em como uma realidade “recortada” a partir de tantos olhares diferentes terminam por compor uma narrativa harmônica.)*

## ***1.4 Sobre as Representações Sociais***

O termo “representação coletiva” foi utilizado primeiramente pelo sociólogo francês Émile Durkheim, fazendo referência a “categorias de pensamento através das quais determinadas sociedades elaboram e expressam a sua realidade” (MINAYO, 1994, p. 90). Para Durkheim, as representações se transformam em *atos sociais* e, assim, são exteriores ao indivíduo e exercem coerção sobre as consciências individuais. Essa concepção foi criticada por alguns estudiosos, por enfatizar a primazia do pensamento coletivo em relação ao pensamento individual (HERZLICH, 2005).

A separação entre o indivíduo e o social não é um processo exclusivo da Psicologia. Durkheim, ao propor essa divisão procurava contemplar um todo, ao mesmo tempo em que procurava fazer da Sociologia uma ciência autônoma. A principal fundamentação de sua parte era de que as regras que comandam a vida individual (representações individuais), não são as mesmas que regem a vida coletiva (representações coletivas) (MINAYO, 1994; HERZLICH, 2005).

Serge Moscovici, psicólogo social franco-romeno, partindo dos embasamentos de Durkheim, propôs a teoria das representações sociais, no campo específico da Psicologia Social, em seu livro “A representação social da psicanálise”, publicado originalmente em 1961 (MOSCOVICI, 1978). Ele entende que há uma inter-relação constante entre a estrutura social e o sujeito, e entre os sujeitos uns com os outros, fazendo com que as representações sejam construídas nessas relações. Herzlich (2005) refere que Moscovici, em sua tentativa de articular a influência mútua entre o social e o sujeito, acabou por focalizar mais o sujeito ativo.

Para Moscovici, o conceito de representação social, tem origem na Sociologia e Antropologia, através de Émile Durkheim e Lucien Lévy-Bruhl. Também contribuíram para a criação da teoria das representações sociais, a teoria da linguagem de Saussure, a teorias das representações infantis de Jean Piaget e a teoria do desenvolvimento cultural de Lev Vigotsky. A teoria das representações sociais, pode ser considerada como uma *forma sociológica de Psicologia Social* (MOSCOVICI, 1994; FARR, 1994).

Comentando o termo, Minayo (1994) o conceitua como “a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou no conteúdo do pensamento”, enfatizando, portanto, neste trecho de seu livro, os fenômenos psicológicos cognitivos relacionados às *representações*.

Guareschi (1998) explica como Moscovici elaborou o conceito de representações sociais, substituindo o conceito “coletivo” pelo “social”. Segundo o autor, Moscovici tinha consciência da sociedade estática e tradicional considerada por Durkheim, e, pensando na sociedade moderna, mais dinâmica, onde o sujeito é mais ativo e autônomo no

processo de construção da sociedade, substituiu o termo “coletivo”, apropriado para a sociedade analisada por Durkheim, vista sob um enfoque positivista e estático, por “social”. Moscovici (1978) justifica empregar este adjetivo porque “a representação contribui [...] *para os processos de formação e de orientação das comunicações sociais*” (pp.76-77, grifo do autor), correspondendo “à necessidade de suscitar comportamentos ou visões socialmente adaptados ao estado de conhecimentos do real” (p.77).

A noção de representação social proposta por Moscovici corresponde à busca de uma especificidade, através da elaboração de um conceito psicossocial, na medida em que procura dialetizar as relações entre indivíduo e sociedade, afastando-se tanto de uma visão sociologista, como a de Durkheim, como de uma perspectiva *psicologista* da Psicologia Social da época (HERZLICH, 2005).

Para Herzlich (2005), a representação social tem uma função que determina ações, permitindo entender e compreender por que alguns problemas se sobressaem em uma sociedade. Acrescenta ainda, que a representação não é um simples reflexo da realidade, mas sua construção.

As representações sociais, em consonância com a definição de Jodelet (1985)<sup>16</sup>, considerada clássica por Spink (1993), são formas de conhecimento, que se manifestam das mais variadas maneiras como elementos cognitivos (imagem, conceitos, categorias e teorias), porém não se reduzindo a esses componentes:

“Sendo elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. Deste modo, as representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam” (SPINK, 1993, p. 300).

Os dois elementos que se destacam na teoria das representações sociais são *objetivação e ancoragem*:

“A objetivação pode ser definida como a transformação de uma idéia, de um conceito, ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a construir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam” (FRANCO, 2004, p. 172).

---

<sup>16</sup> JODELET, D. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. **Psicologia Social**. Barcelona: Paidós, 1985, p. 469-494.

A ancoragem, por sua vez é assim definida: “inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído. Ou seja ancoramos o desconhecido em representações já existentes” (SPINK, 1993).

Nóbrega (1990)<sup>17</sup>, apud Franco (2004) descreve que a ancoragem é a incorporação do desconhecido no mundo real. Ela está diretamente relacionada à objetivação, para assegurar as três funções fundamentais das representações: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação de comportamentos. E ainda explica que a ancoragem ocorre a partir de três condições estruturantes: a) atribuição dos sentidos – o objeto e sua representação são inseridos na rede de significações, já existentes na cultura; b) instrumentalização do saber – momento em que é conferido ao objeto um valor fundamental à sua representação, ou seja, é transformado em algo útil para a realidade; c) enraizamento no sistema do pensamento – momento em que o que era novidade se torna familiar (FRANCO, 2004; SPINK, 1993).

Cavalcanti et al (2006, p. 32) entendem as representações sociais como “sistemas de interpretações que regem a relação dos sujeitos com o mundo e com os outros, podendo ser produto tanto de idéias socialmente produzidas quanto de modificações ocorridas por intervenções históricas e sociais”.

Cardoso & Gomes (2000) propõem alguns princípios teórico-metodológicos para melhor trabalhar as representações sociais: a) as representações sociais não são o somatório das representações individuais; b) os indivíduos, por mais diferentes que sejam, compartilham aspectos formativos da sociedade; c) as representações sociais não são apenas o reflexo do real, mas algo que ultrapassa o ser humano.

Dessa forma, a teoria das representações sociais têm sua importância na saúde, pois permitem interpretar como e porque determinados eventos ocorrem e como alguns objetos sociais são construídos nos setores da sociedade relacionados a esta área. Permite ao pesquisador observar, analisar e interpretar porque as pessoas agem de uma forma ou de outra.

Entretanto, o conceito de representações sociais e o modo como a teoria pode ser usada em pesquisas empíricas não são consideradas de todo claros, sendo por vezes tidos como imprecisos (SANCOVSKI, 2007). Em razão disso, procuramos esclarecer a dimensão

---

<sup>17</sup> Nóbrega, S. M. **O que é Representação social?**. 1990, 76 f. Tese (Doutorado) – Ecole des Hautes Études em Sciences Sociales, Paris, França, 1990.

com que o conceito e teoria serão utilizados nesta dissertação e que, de certo modo, serão parte de nossos pressupostos.

Exemplificamos nossa compreensão da dinâmica das representações sociais utilizando o próprio objeto de estudo desta dissertação. Os conceitos de “envelhecimento” e “envelhecimento bem sucedido”, por exemplo, são construções tanto das ciências quanto de uma agenda de interesses políticos proposta e aceita pela sociedade, assim como o é, também, o conceito de “uso problemático” (que contém os conceitos de “uso de risco”, “uso nocivo” e de “síndrome de dependência” de álcool). Tendo sido esses conceitos *reificados* pelas ciências e por sistemas político-ideológicos (no sentido de hoje serem utilizados para ajudar a explicar fenômenos e a propor intervenções na realidade social), *eles passam a ser ativamente incorporados e adaptados pelos membros de uma sociedade às suas possibilidades práticas de conhecer a realidade*, de falar e ouvir sobre ela, gerando então certo consenso que permitindo uma comunicação minimamente efetiva sobre eles. Há, portanto, utilizando os termos do próprio Moscovici, uma apropriação pelo “universo consensual” das pessoas comuns (que, originalmente, não produziram os referidos conceitos) de conceitos advindos de pelo menos dois “universos reificados” (ciência e ideologia) <sup>18</sup>. O modo como essa incorporação *do que não é familiar* acontece reflete certos fenômenos ou fatores presentes nessa sociedade (e nos indivíduos que a compõem) que podem ser, então, identificados e compreendidos. Tal incorporação se dá através de dois fenômenos previstos pela teoria: ancoragem (apropriação e adaptação dos conceitos reificados, pelos sujeitos, a partir de conhecimentos previamente detidos por eles) e objetivação (ou seja, o modo como as representações assumem um caráter prático, na forma de imagens, valores, atos etc.). Por fim, observe-se que, se no processo de *ancoragem* o não familiar passa a ser familiar, é necessário que outras conceituações, antes *familiares* aos sujeitos e grupos, sejam *desfamiliarizadas*. Exemplificando: um trabalhador, ao entrar numa equipe de saúde, tenderia a alterar seu conceito anterior de envelhecimento e passar a *objetivar* esta condição a partir de conhecimentos com os quais entrará em contato (conhecimentos do grupo em que está se inserindo, que, por sua vez, são influenciados pelas experiências pessoais e profissionais desse grupo, pelos conhecimentos científicos e político-ideológicos com os quais o grupo entra em contato etc.).

---

<sup>18</sup> Outros universos reificados podem também estar atuantes, como os conhecimentos religiosos e filosóficos.



*Figura 6. Monalisa (Leonardo da Vinci, 1508)*

*(Faz pensar sobre os problemas e enigmas que durante a pesquisa vão sendo pouco a pouco decifrados).*

## ***1.5 Sobre o problema pesquisado***

### 1.5.1 Formulação do Problema de Pesquisa

Resumindo alguns pontos da delimitação do problema de pesquisa, que se procurou fazer neste capítulo introdutório:

a) O uso de bebidas alcoólicas faz parte da história e cultura humanas e se insere na vida dos indivíduos na forma de diferentes padrões de consumo, alguns deles prejudiciais à saúde dos usuários;

b) O envelhecimento populacional é uma tendência demográfica, devendo os diferentes setores da sociedade, incluindo o setor saúde, adaptar-se a ela;

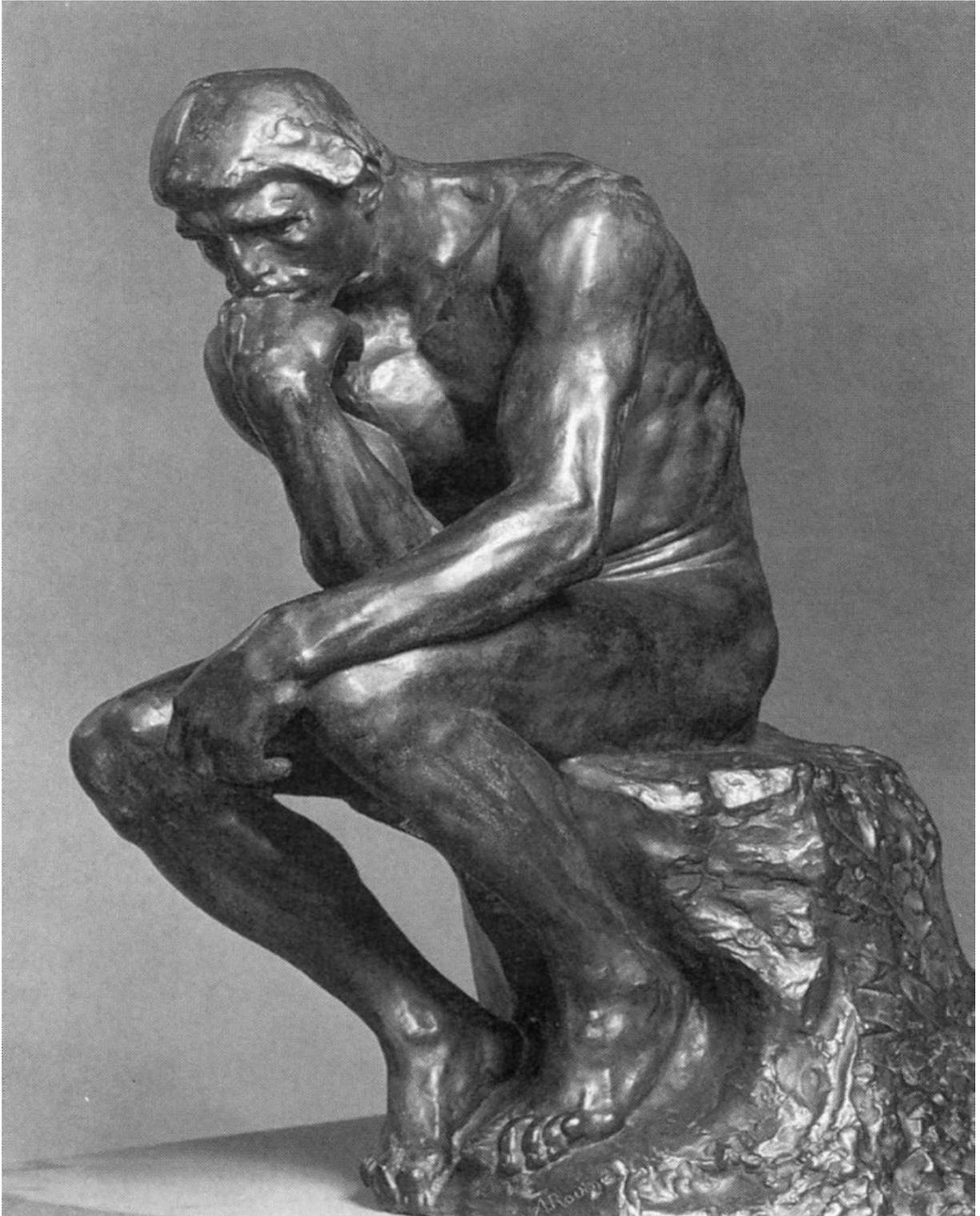
c) O uso problemático de álcool por idosos ocorre e é de inequívoca importância para a clínica exercida na Atenção Primária à Saúde (APS), em particular para a Estratégia de Saúde da Família, e para a Saúde Pública;

d) Já se dispõe de alguns instrumentos avaliativos e de intervenção eficazes; manter o paciente consciente de seus problemas, motivado para abordá-los e em seguimento pela APS são estratégias que parecem melhorar o prognóstico;

e) Já foram identificados fatores de ordem profissional que dificultariam este processo (formação insuficiente, falta de conhecimentos e de outras habilidades acerca do uso problemático de álcool na terceira idade, fatores socioculturais que dificultam a abordagem do tema);

f) O modo como ocorre a circulação de conhecimentos e práticas sobre o uso problemático de álcool entre os idosos (noutros termos, o como se dá a ancoragem e objetivação das representações sociais acerca deste tema) é dinâmico e influencia tanto nas dificuldades quanto nas facilidades dos membros das Equipes de Saúde da Família em lidar com esta problemática.

A partir desta delimitação, formula-se o seguinte problema, a ser abordado nessa presente pesquisa: tendo os idosos que fazem uso problemático de álcool (uso *de risco*, *nocivo* ou são *dependentes* desta substância) chegado a uma Unidade de Saúde da Família para atendimento (ou tendo sido adscritos a esta Unidade), como são *vistos* (*percebidos*, *conceituados*, *representados*) pelos membros das equipes que trabalham nessas Unidades? Noutras palavras, quais são as representações sociais mobilizadas pelas equipes diante dessas pessoas?



*Figura 7. O Pensador (Rodin, 1880)*

*(Faz pensar sobre os momentos de reflexão que precisamos ter antes de iniciarmos uma pesquisa, pensando nas possibilidades.)*

## ***1.6 Pressupostos da Pesquisa***

### 1.6.1 Pressupostos

Os pressupostos com que se foi a campo, baseados tanto na vivência do dia a dia profissional da autora quanto no estudo teórico realizado, é que as representações sociais dos membros das Equipes de Saúde da Família sobre os idosos usuários problemáticos de álcool ancoram-se, sobretudo, de maneira que pouco corresponde aos conhecimentos científicos atuais sobre esta questão. Corresponderiam antes e sobretudo a representações sobre o processo de envelhecimento e sobre uso problemático de álcool baseadas em conhecimentos não técnicos e no chamado *sensu comum*, ou seja, configurados a partir de uma espécie de amálgama de significados, para o qual os conhecimentos cientificamente reificados (advindos de suas formações escolares) são minoritários em relação àqueles socialmente consensuados.

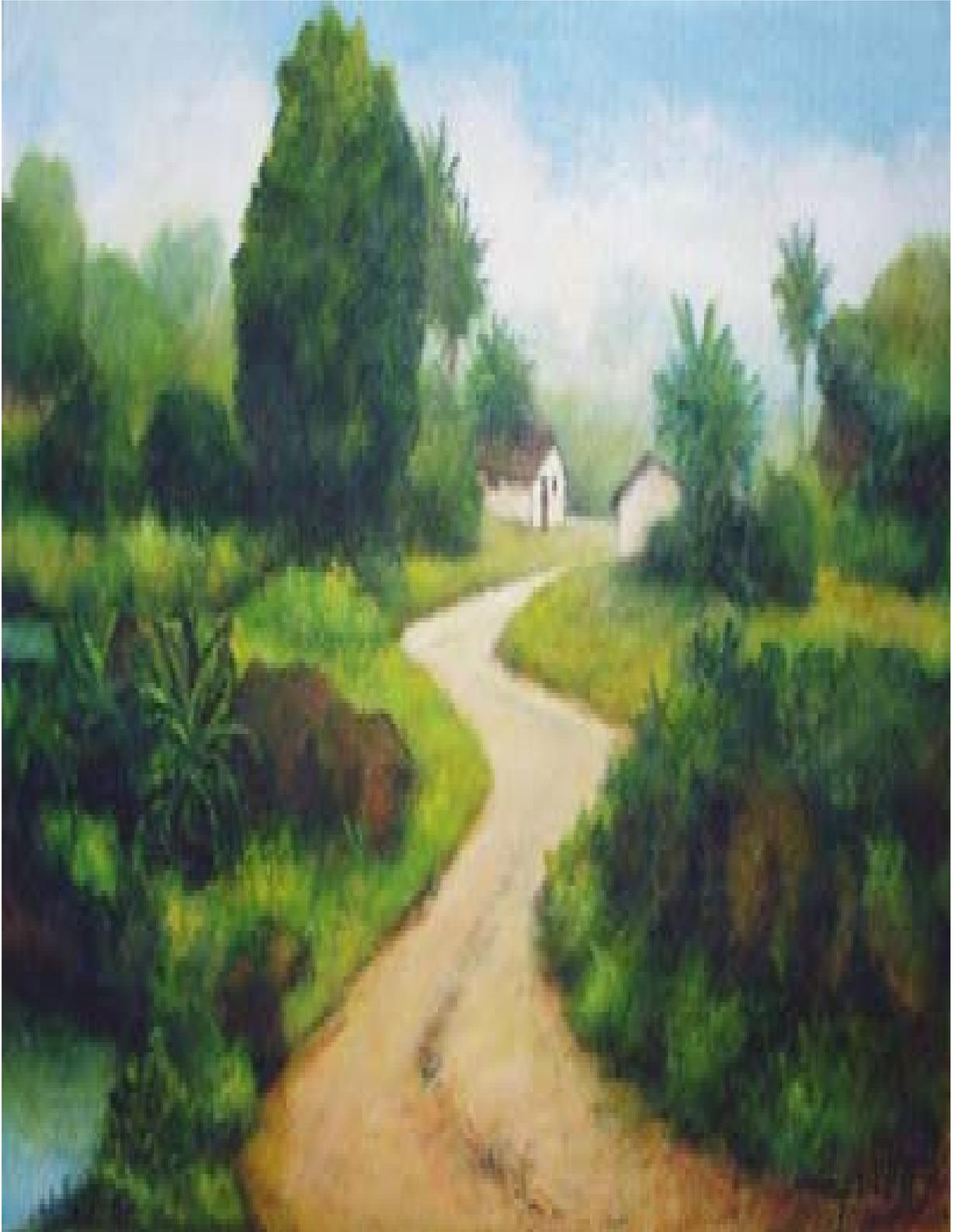


*Figura 6. The Dance of Out (Pablo Picasso, 1961).*

*(Faz pensar sobre o que nos motiva quando iremos realizar um estudo, o que nos faz “dançar”, o porquê estudar este ou aquele objeto é importante?).*

## **1.7 Justificativa**

Faz-se necessário que os profissionais da saúde de uma forma geral, tenham uma formação sólida no que diz respeito à temática aqui abordada, para que, a partir dessas concepções, consigam elaborar ações efetivas e organizadas. As respostas à questão formulada poderá ajudar a melhor compreender como este contato entre profissionais e idosos usuários de álcool pode ocorrer, ajudando no planejamento de ações de educação profissional continuada na Atenção Primária à Saúde.



*Figura 9. Caminho da Roça (Kleber Galvêas, 1982).*

*(Faz pensar que, embora seja um capítulo “pequeno”, os objetivos são centrais ao empreendimento de pesquisa).*

## **2. OBJETIVOS**

## 2.1 Objetivo Geral

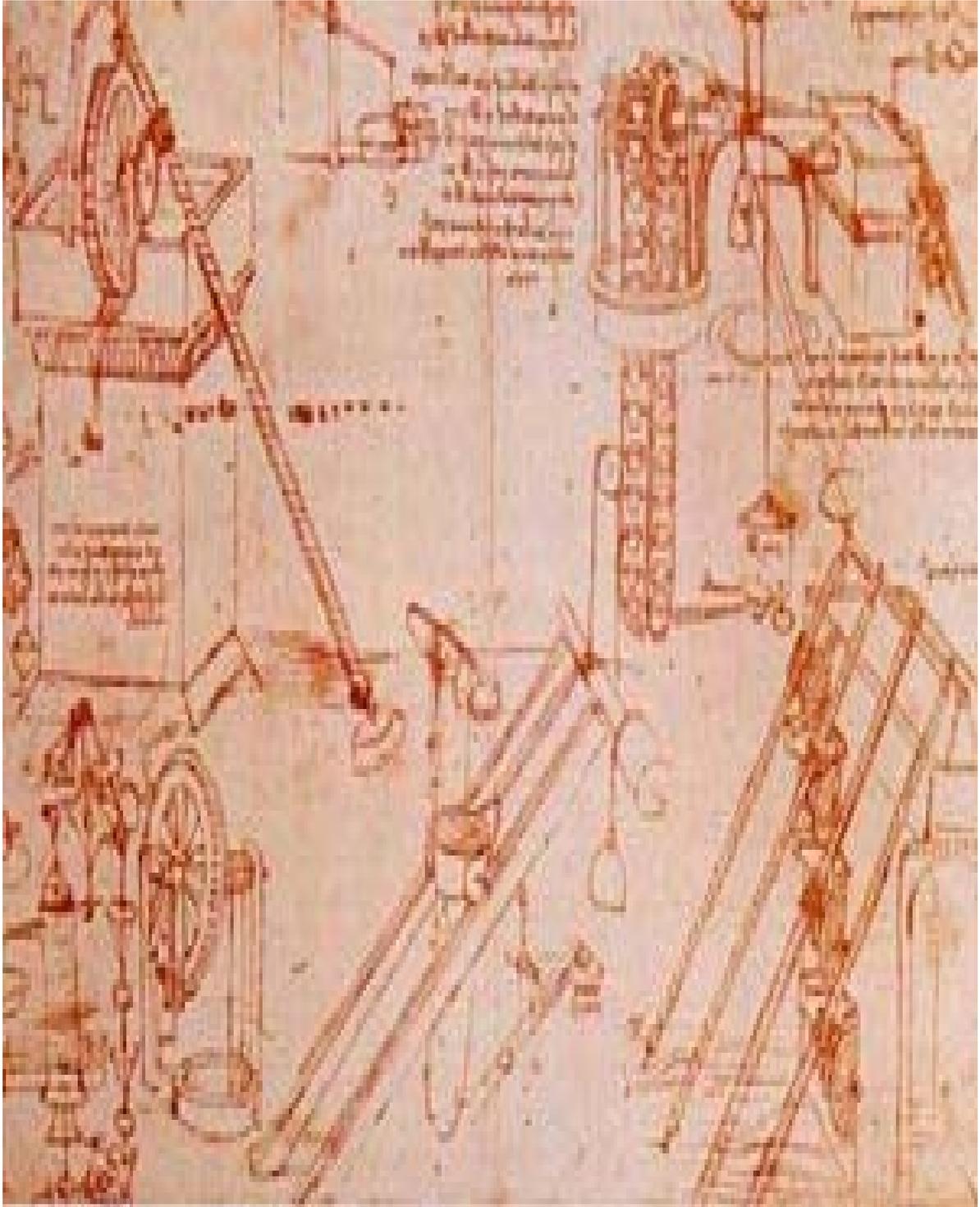
O objetivo desta pesquisa é conhecer as representações sociais sobre o uso problemático de álcool por idosos (na forma de ideias, conceitos, imagens, percepções e comportamentos relatados) presentes entre membros de Equipes de Saúde da Família e que possam ser mobilizadas frente aos atendimentos dos idosos adscritos às respectivas Unidades.

## 2.2 Objetivos Específicos

a) Identificar e analisar quais são as ideias e conceitos utilizados pelos membros das Equipes de Saúde da Família em suas funções, ou seja, como seria feita a objetivação dos idosos que fazem uso problemático de álcool;

b) Formular hipóteses interpretativas sobre em que representações anteriores essas ideias e conceitos utilizados estariam *ancoradas*;

c) Formular hipóteses interpretativas sobre se, e como, o tipo de *ancoragem* feita pode se relacionar às condutas clínicas tomadas pelos membros das equipes.



*Figura 10. Roda d'água com taças - desenho (Da Vinci, 1503).*

*(Faz pensar nas ferramentas que são construídas visando certos objetivos e como, apesar de complexas, são situáveis no tempo).*

### ***3. Método***

Qualquer que seja a abordagem escolhida para buscar o entendimento das relações entre os fenômenos estudados em alguma pesquisa, torna-se imprescindível um referencial teórico-metodológico para ajudar a estabelecer e delimitar o caminho percorrido rumo aos objetivos da investigação (GUALDA et al, 1995).

Para o presente estudo, no qual são abordadas as representações sociais dos membros de Equipes de Saúde da Família (ESF) em relação ao idoso que faz uso problemático de álcool, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, pela sua adequação ao caráter exploratório e descritivo dos objetivos, e por possibilitar a *compreensão* das expressões dos sujeitos investigados.

Um estudo exploratório é caracterizado pela investigação de uma situação não conhecida ou pouco conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações. A pesquisa descritiva busca conhecer, descrever e interpretar a realidade, sem nela interferir, procurando descobrir que fenômenos ocorrem em determinado contexto de observação, sua natureza, características, possíveis causas, relações e conexões com outros fenômenos (LEOPARDI et al, 2001; OLIVEIRA, 1999). Considera-se ser o caso das representações sociais de membros de Equipes de Saúde da Família sobre os idosos que fazem uso problemático de álcool: não poderiam ser investigadas a não ser descritivamente e, ao mesmo tempo, ainda exigem os estudos exploratórios, dados os poucos estudos existentes sobre o tema específico e sobre a temática próxima.

Denzin & Lincoln (1994)<sup>19</sup>, *apud* Turato (2005), descreveram de forma genérica como os métodos qualitativos são empregados nas práticas investigativas: “os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes”, ou seja, o alvo dos pesquisadores qualitativos é a *significação* dos fenômenos para os que o vivenciam (TURATO, 2005).

Diversos autores, a começar pelas áreas da antropologia cultural e da psicanálise, utilizaram e utilizam os métodos qualitativos desde o início do século XX. Posteriormente a essas duas áreas precursoras, as áreas de educação, sociologia e diferentes subáreas da saúde (sobretudo medicina, psicologia e enfermagem) também passaram a se valer desses métodos. Essas áreas de conhecimento podem ser consideradas como pertencentes, ao menos parcialmente, às ciências humanas (FONTANELLA, 2000).

---

<sup>19</sup> DENZIN, N. K.; LINCOLN Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, Sage, 1994.

Minayo (2004) ressalta que a pesquisa qualitativa se ocupa do universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis, preocupando-se com uma realidade que não pode ser quantificada.

As pesquisas qualitativas são fortemente indutivas, porque se inicia o estudo com questões por vezes um tanto vagamente formuladas e se parte do particular (por exemplo, ideias e conceitos expressos por indivíduos) para chegar ao mais geral (por exemplo, representações sociais de um grupo de pessoas).

Costumam ter um desenho metodológico flexível; são holísticas, uma vez que os cenários e grupos estudados não são reduzidos a variáveis, mas sim considerados como um todo; são *naturalísticas*, porque tentam reduzir o impacto produzido pelo pesquisador sobre o objeto estudado ao mínimo ou, pelo menos, procuram entender e considerar seus efeitos sobre as pessoas que são seu objeto de estudo (GRACIA & RECART, 2003; MARCUS & LIEHR, 2001).

O pesquisador que faz uso dessa metodologia acredita que as pessoas atribuem significados às suas experiências e que tais significados derivam dos seus contextos de vida, ou seja, das relações entre elas e seus ambientes, relações que surgem ao longo de seus cotidianos (GRACIA & RECART, 2003; MARCUS & LIEHR, 2001).

Reforçando os comentários acima, as abordagens qualitativas procuram se ocupar da totalidade do ser humano, concentrando-se em suas experiências tais como *naturalmente* ocorrem. Partem de um acontecimento *real*, no sentido de que ocorre sem provocações do pesquisador, acontecimento do qual se quer formular um conceito, considerando o pesquisador estar diante de algo que ele quer saber o que é e como ocorre (CHIZZOTTI, 2003; MARCUS & LIEHR, 2001).

O ponto de partida são as observações que se fazem a respeito de acontecimentos imersos na realidade; a meta é reunir e ordenar todas essas observações em algo compreensível, vale dizer, configurar um conceito a respeito dos fenômenos observados. Ou seja, os estudos qualitativos possuem como objetivo a descrição das qualidades de um fenômeno, procurando formulá-los conceitualmente (estruturando um conjunto de qualidades) a partir de observações feitas (CHIZZOTTI, 2003; MARCUS & LIEHR, 2001).

Fundamentam-se a partir de um modelo investigativo que se inicia com certas observações a partir das quais, indutivamente, se desprendem certas qualidades que, finalmente, geram um corpo teórico-conceitual a respeito dos fenômenos observados. A partir

de algumas observações da realidade empírica, chega-se a uma formulação geral (CHIZZOTTI, 2003; MARCUS & LIEHR, 2001).

Demo (2001) refere que, para a realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, é preciso que o pesquisador pelo menos vivencie e conviva com o fenômeno, ultrapassando o limiar de um *visitante*, pois é impossível sua realização à distância ou uma realização intermitente. Há a necessidade do *diálogo* entre o pesquisador e o campo pesquisado, superando a posição estereotipada de um avaliador formal, destacado e distante, de um lado e, de outro, o conjunto observado como mero *objeto* (no sentido de *manipulável*).

Este tipo de estudo envolve dados de uma forma ampla, num contexto que fornece subsídios ao pesquisador no momento da análise e interpretação dos dados, além de visualizar os vários recortes daquelas informações fornecidas ou dos fenômenos que ocorreram, fazendo com que o trabalho proporcione um melhor e mais flexível entendimento dos fatos influentes para determinadas ocorrências (OLIVEIRA, 1999).

As abordagens qualitativas têm oferecido a oportunidade para que os profissionais de saúde compreendam os significados, crenças e valores dos seres humanos sob seus cuidados (pacientes, familiares) ou dos que participam do cuidado (estudantes e trabalhadores do setor saúde ou setores correlatos). Os profissionais de saúde necessitam de métodos que os auxiliem a penetrar na complexidade do ser humano e os métodos qualitativos oferecem muito aos que estudam a atenção à saúde e os serviços de saúde (POPE & MAYS, 2009).

### **3.1 Campo de Estudo**

#### **3.1.1 Aspectos geográficos e históricos do município**

O presente estudo foi realizado no município de Araras, Estado de São Paulo, localizado geograficamente a Leste do Estado, distando 170 km da capital paulista. Possui uma área de 643 km<sup>2</sup>, dos quais 302 km<sup>2</sup> do perímetro urbano; possui uma altitude média de 611 m. Em meados da década de 2000, estimava-se que a cidade conte com cerca de 117 mil habitantes (INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). Apresentava uma população urbana de 98 mil habitantes, sendo do sexo masculino 52.079;

uma densidade demográfica (hab./km<sup>2</sup>) de 161,95 e expectativa de vida de 74,61 (anos). Tem topografia levemente ondulada, clima quente e seco (INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

A localidade de Araras, recebeu diversos nomes antes de se tornar município (Samambaia, Sítio Bom Sucesso, Sítio dos Araras, Capela Nova dos Araras e Nossa Senhora do Patrocínio dos Araras). Dois irmãos, Bento e José Lacerda Guimarães, mais tarde Barões de Araras e Arary, respectivamente, são considerados seus fundadores, quando doaram, em 1865, um terreno para a criação da capela de Nossa Senhora do Patrocínio (INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

O início da formação da cidade pode ser tomado como a partir de 19 de maio de 1865, tendo a povoação sido elevada à categoria de “vila” pela Lei provincial nº 29, de 24 de março de 1871, e à de “cidade” em 1879 (INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

A história de Araras pode ser dividida em dois períodos: o primeiro quando, das sesmarias, surgiram as grandes fazendas de café, responsáveis pelo progresso inicial local; o segundo, quando os imigrantes, cujas raízes se encontravam na população italiana, com contribuição dos suíços, alemães e da imigração forçada do escravo negro, ali chegaram e incorporaram-se à sua vida socioeconômica.

Culturalmente, a cidade é marcada por alguns fatos históricos que a colocam em situação de destaque, segundo a municipalidade local (ARARAS, 2010): emancipação da escravatura antes da Lei Áurea, em abril de 1888; a primeira festa das árvores da América Latina, em 1902; município agrícola modelo do Brasil, 1967 e 1968; município de maior desenvolvimento do Brasil (1981, 1985, 1986, 1987, 1989, 1991); cidade do ano em segurança no trânsito, 1993.

Dentre as principais atividades produtivas, encontram-se a indústria de transformação, seguida da agricultura de cana-de-açúcar, laranja e milho. Os percentuais de produção econômica do município são 60% para a indústria, 15% para a agropecuária, 20% para o comércio e 5% serviços. O município possui atualmente 3.172 empresas comerciais e 533 indústrias distribuídas em quatro distritos. Estão cadastradas 1.333 empresas prestadoras de serviços e 3.698 autônomos. A força de trabalho do município está na indústria, comércio e na lavoura, que é responsável por um aumento considerável nos postos de trabalho na época de colheita de cana de açúcar (INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

### **3.1.2 O sistema de saúde do município**

Quanto aos atuais recursos de saúde, o município conta três hospitais públicos e mais dois hospitais privados, totalizando cerca de 1200 leitos, dos quais 892 leitos do SUS (Sistema Único de Saúde). Quanto aos demais recursos da rede municipal de saúde, Araras possui: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); um Ambulatório de Saúde Mental; um Centro de Atenção Psicossocial; um Centro de Saúde, no qual funcionam os ambulatórios de Hanseníase, DST/AIDS, Tuberculose, Hepatite; quatro Unidades Básicas de Saúde; um Centro de Saúde da Criança e Mulher; um Centro Odontológico e dezoito USF (Unidades de Saúde da Família), sendo que quatro delas estão na zona rural (ARARAS, 2010).

O Programa Saúde da Família foi implantado no município em 1997 (BERTELLI, 2002).

Uma médica cubana foi trazida ao município para ensinar a metodologia de trabalho do médico de família aos profissionais da rede pública municipal. Na prática, iniciou-se o cadastramento das famílias de uma área da periferia, considerada na época uma das mais carentes. Posteriormente, outras unidades foram montadas e o programa chegou a outras regiões da periferia da cidade, também consideradas carentes de maior atenção (BERTELLI, 2002).

Cada equipe do Programa de Saúde da Família do município é composta por: um médico, um enfermeiro (coordenador da equipe), um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e um auxiliar de consultório dentário.

### **3.1.3 Saúde mental do município**

O município conta com uma clínica de internação psiquiátrica – “Clínica Antonio Luiz Sayão” –, um Ambulatório de Saúde Mental “Aguinaldo Bianchini” e um Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II – “Idalina Corredor Victorello”.

A “Clínica Antonio Luiz Sayão” é uma instituição filantrópica mantida pelo SUS e também por internações privadas; é um hospital regional que atende a 25 municípios. Fundado em 1957, chegou a contar com cerca de 1000 pacientes; no decorrer dos últimos

anos, como consequência da reforma da assistência psiquiátrica no país, houve diminuição no número de leitos. Atualmente, conta com 639 leitos psiquiátricos, 80 leitos neurológicos conveniados com o SUS e 70 leitos que atendem internações particulares. Cerca de 78% dos internos são moradores, muitos vindos de outras instituições que foram fechadas<sup>20</sup>.

Em 1996, foi inaugurado o Ambulatório de Saúde Mental “Aguinaldo Bianchini”, que oferece atendimentos nas áreas de psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, enfermagem e assistência social. Atende em média 200 pacientes por dia, em atividades grupais e individuais. O serviço também é responsável por encaminharmos para internações psiquiátricas, assim como também pela entrega dos medicamentos do Programa Dose Certa em Saúde Mental. Anteriormente à inauguração do Ambulatório, a assistência em Saúde Mental era oferecida no Centro de Saúde por alguns profissionais da área<sup>21</sup>.

Em setembro de 2005 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II), serviço que conta com uma equipe multiprofissional composta por um psiquiatra, dois enfermeiros (um com formação em saúde mental), um terapeuta ocupacional, uma psicóloga, uma assistente social, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, três monitores e um auxiliar administrativo. Atende uma média de 45 pacientes por dia, nos regimes intensivo, semi-intensivo e não intensivo, em atividades individuais, grupais, visitas domiciliares e assistência às famílias<sup>22</sup>.

### **3.2 População do estudo e amostragem**

Consoante aos objetivos do presente estudo, a população investigada (ou o *universo de estudo*) é a de membros das Equipes que trabalham em Unidades de Saúde da Família no município de Araras.

LEOPARDI et al (2001) afirma que cabe ao investigador, nas pesquisas qualitativas, buscar os critérios de seleção de sua amostra, que melhor contemplem os objetivos de sua pesquisa.

---

<sup>20</sup> Informação obtida através de contato pessoal com a coordenação administrativa da “Clínica Antonio Luiz Sayão”.

<sup>21</sup> Informação obtida através de contato pessoal com a coordenação de enfermagem do Ambulatório de Saúde Mental.

<sup>22</sup> Informação obtida através de contato pessoal com a coordenação de enfermagem do Centro de Atenção Psicossocial de Araras.

Como critérios de inclusão foram utilizados:

a) Aceitar a participação na pesquisa, através de sua anuência formalizada através do termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pro Comitê de Ética em Pesquisa;

b) Serem membros de Equipes de Saúde da Família (na condição de profissionais do setor saúde ou de agentes comunitários de saúde), formalmente vinculados à Secretaria Municipal de Saúde;

c) Trabalharem na Estratégia de Saúde da Família há pelos menos um ano.

No temário para a realização da entrevista semi-estruturada (Anexo 1), alguns norteadores demandavam dos participantes um conhecimento prévio do sistema de saúde e em específico do trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Pensando dessa forma, escolheu-se o critério de tempo mínimo para que os profissionais já estivessem sedimentando algumas de suas vivências na forma de representações sociais.

A amostragem em pesquisas qualitativas é tão diferente das que são realizadas nas pesquisas quantitativas epidemiológicas, que esse item pode ser alvo de diversas críticas quando esses trabalhos são avaliados pela comunidade científica não familiarizada com pesquisas qualitativas (FONTANELLA, 2000). Nas pesquisas qualitativas, são geralmente trabalhadas amostras *propositais* ou *intencionais*.

A amostra é um subconjunto de uma população ou universo (FONTANELLA et al, 2008). Quando elementos desse universo são selecionados para que os resultados de certa forma representem aquela população, o conjunto desses elementos é chamado de amostra (GIL, 2006 ; SELLTIZ & DEUISCH, 1974).

Sendo assim, o pesquisador precisa deixar claro os critérios de inclusão e também os critérios de fechamento amostral, para que dessa forma possam ficar claros os meios utilizados nos estudos.

Na presente pesquisa, procurou-se fechar a amostra pelo critério de saturação teórica.

Esse fechamento amostral é definido no momento em que o pesquisador percebe que os dados estão apresentando uma certa repetição (DENZIN & LINCOLN 1994, *apud* FONTANELLA et al, 2008), não se observando na coleta de dados novos ou elementos relevantes para subsidiar a discussão pretendida dos resultados. Nesta avaliação da saturação teórica, considerou-se os membros das equipes como um todo, não por profissões ou funções.

Sendo assim, a amostra foi composta por 15 sujeitos, distribuídos em 14 entrevistas. Pois em uma entrevista temos a participação de duas agentes comunitárias de saúde.

### **3.3 Coleta de dados**

Chizzotti (2003) ressalta que o pesquisador é parte fundamental da pesquisa qualitativa e deve experienciar o espaço e o tempo vividos pelos investigados, além de partilhar suas experiências para reconstituir adequadamente o sentido que os atores sociais lhe atribuem. Esse autor salienta que o pesquisador precisa despojar-se de preconceitos e predisposições para assumir uma atitude aberta a todas as manifestações que observa, sem adiantar explicações nem se conduzir pelas aparências, com vistas à compreensão global dos fenômenos do estudo.

Para Minayo (2004), a qualidade da relação mantida entre o pesquisador e o colaborador (participante) no momento da entrevista, quando emergem aspectos relativos à existência e às suas próprias experiências, determina a qualidade dos dados obtidos e o êxito da investigação.

A autora refere que as entrevistas devem ser previamente agendadas de acordo com a conveniência dos sujeitos de pesquisa, bem como serem realizadas em ambiente propício que possibilite sua realização sem interferências externas, sendo gravadas para posterior transcrição, sempre com conhecimento e autorização prévios dos entrevistados.

Sendo assim, na presente pesquisa levamos em consideração os autores acima citados. Além disso, no primeiro ano de pesquisa, a autora realizou um diário de campo, através da convivência com alcoolistas em um hospital psiquiátrico, isso foi considerado muito importante, pois conseguiu-se aliar a teoria com a prática, vivenciar diversas experiências marcantes, que muito colaboraram para minha pesquisa. Entretanto, cabe ressaltar que a autora não tem experiência própria no trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

As entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade do entrevistado, foi feita na própria Unidade de Saúde da Família em salas com privacidade, nas quais os sujeitos sentiam-se a vontade para falar. Inicialmente foram questionados sobre suas

carreiras profissionais, para “quebrar o gelo” inicial das entrevistas e o sujeito se sentir mais à vontade em relação ao gravador.

### **3.4 Instrumento de coleta de dados**

Os dados coletados foram obtidos por meio da técnica de entrevista semi-estruturada, utilizando-se um roteiro de questões norteadoras, conforme apresentado no Apêndice A . Segundo Pope & Mays (2009), devem possuir uma base flexível, com questões abertas e buscando depois o esclarecimento e detalhamento das respostas.

A entrevista semi-estruturada caracteriza-se então pela existência de um questionário guia previamente preparado que serve de eixo orientador para o desenvolvimento da entrevista. Procura-se garantir que os entrevistados sejam expostos aos mesmos temas, mas não há uma ordem rígida das questões. Ao longo da entrevista, permite-se um elevado grau de flexibilidade na exploração dos temas propostos pelos entrevistadores (LEOPARDI et al 2001; OLIVEIRA, 1999; POPE & MAYS, 2009).

As vantagens desse tipo de entrevista são a otimização do tempo disponível, pois obtém-se uma quantidade grande de dados, permitindo um posterior tratamento mais sistemático e também selecionar temáticas para aprofundamento, além de possibilitar a flexibilidade de inserir novos questionamentos sobre determinados temas pré-estabelecidos (LEOPARDI et al, 2001; OLIVEIRA, 1999; POPE & MAYS, 2009).

Inicialmente foram registrados os dados de identificação do entrevistado, que foi informado de que a entrevista seria posteriormente transcrita. Durante as entrevistas tentou-se evitar as interferências, mas em algumas pôde-se perceber os sons de portas se abrindo (muitas portas das Unidades não possuíam chaves), pessoas entrando para pegar algo e sons de reforma dos prédios (havia uma unidade que estava passando por uma reforma).

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas para o início da análise das informações obtidas.

A transcrição, segundo Minayo (2004), consiste na passagem rigorosa da entrevista, após escuta minuciosa de todo o conteúdo por algumas vezes, com todos os seus lapsos, vacilos, erros, repetições e incompreensões, incluindo as perguntas do entrevistador.

### 3.5 Questões éticas

Em respeito aos sujeitos de pesquisa, especialmente em relação ao direito de escolha quanto à participação ou não no estudo, e com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa, com a autorização da Secretaria da Saúde, foi submetido à apreciação ética e ao acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS. Foi aprovado em 08 de setembro de 2009, de acordo com o parecer nº 627/2009 (Anexo A ).

Na seqüência, foi realizado o primeiro contato com os sujeitos para marcar as entrevistas, nas Unidades de Saúde da Família. Mediante a aceitação espontânea, foi solicitada a autorização formal para a realização das entrevistas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B ), elaborado de acordo com as normas da Resolução 196/96.

Conforme Vieira & Hossne (2001) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de ser um procedimento ético e necessário, apresenta ao participante o caráter legal, formalizado, para a pesquisa, exercendo uma proteção tanto para quem está realizando a pesquisa quanto para o participante.

Para a realização das entrevistas foram garantidos os direitos dos sujeitos por meio da seguinte abordagem:

- a) Esclarecimentos sobre a finalidade da pesquisa, garantindo os direitos de recusa de participação;
- b) Participação espontânea com plena liberdade para desistir de participar, não importando a fase em que a pesquisa se encontrasse, sem que se sofresse qualquer dano ou prejuízo de qualquer ordem;
- c) Autorização por escrito, em impresso próprio, na qual o pesquisador se compromete a empregar os dados obtidos apenas com a finalidade do estudo.

O anonimato dos participantes foi garantido, pois as identificações serão realizadas através de números, preservando suas identidades.

### 3.6 Análise dos dados

Para a análise dos temas emergidos dos depoimentos orais, seguiremos o referencial metodológico da análise de enunciação, que estão inseridas dentro do escopo da análise de conteúdo.

Bardin (1977) e Minayo (2004) propõem que sejam realizadas inicialmente leituras “flutuantes” posteriores à constituição do corpus.

Na leitura flutuante, tomamos contato com o material das entrevistas nos inserindo em seu conteúdo sem pré-concepções, a partir dos vários olhares dos pesquisadores (no presente caso, a autora e seu orientador). Já a constituição de um corpus consiste na organização do material de acordo com critérios de exaustividade (abrangendo todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (contemplando o universo pretendido); homogeneidade (obedecendo a critérios precisos de escolha no que tange aos temas, técnicas e interlocutores) e pertinência (ou seja, as entrevistas analisadas devem corresponder aos objetivos do trabalho).

A análise de conteúdo volta o seu olhar para a expressão dos entrevistados, pretendendo compreender as regras próprias do seu processo discursivo e o alcance dos pontos centrais da comunicação que o entrevistado efetiva. O texto, produzido pelo participante, é considerado um documento a ser compreendido, ilustrando uma determinada situação (MINAYO, 2004). Optamos especificamente pela técnica de análise de enunciação (BARDIN, 1977; MINAYO, 2004).

A primeira fase de análise dos dados constituiu-se na transcrição das entrevistas na íntegra. Seguiu-se de leituras flutuantes de cada uma delas (realizadas pela autora e pelo orientador, separadamente), intercaladas por escutas das respectivas gravações de áudio, objetivando o afloramento dos temas e dos sentidos presentes nos enunciados.

Segundo BARDIN (1977), operacionalmente a análise de enunciação desdobra-se nas etapas:

a) Pré-análise: é a etapa em que é organizado todo o material, visando à operacionalização e a sistematização das idéias. Permite eliminar, substituir ou introduzir elementos novos que possam explicar o fenômeno estudado. Essa fase se inicia com a leitura flutuante, buscando as primeiras orientações e impressões. É permitido ao pesquisador propor inferências e realizar interpretações de acordo com o seu referencial teórico e seus objetivos.

b) Desta pré-análise, optou-se por dirigir o trabalho de análise para três categorias de representações sociais: sobre o envelhecimento, sobre uso problemático de álcool e sobre o uso problemático de álcool por idosos. Conforme descrito por Minayo (2004) e já relatado aqui pode ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante e constituição do corpus;

c) Exploração minuciosa do material: consistiu essencialmente numa operação de codificação (elaboração de conceitos) a partir dos dados brutos (enunciados), ou seja, na transformação dos dados brutos em indicadores, visando alcançar os núcleos de compreensão de cada texto (entrevista). A análise fez primeiramente recortes do texto em unidades de registro (palavras, frases, proposições, asserções contextualmente percebidas ao longo das entrevistas) e seus sentidos, incluindo possíveis *âncoras* (neste momento, utilizando o referencial teórico-interpretativo das representações sociais, portanto já fazendo uma tentativa de teorização desses enunciados).

Na fase seguinte buscou-se organizar e rever os conceitos formulados, distribuindo-os nas três categorias (o que corresponde à segunda coluna dos quadros dos resultados).

Na última fase, interpretação dos achados, possibilitou nova união dos conceitos formulados com os enunciados das entrevistas. Mediante o referencial teórico-interpretativo das representações social, buscaram-se nos enunciados as possíveis *âncoras* e *objetivações* utilizadas pelos entrevistados, que foram interpretadas pela pesquisadora e seu orientador, permitindo a discussão dos achados.



*Figura 11. La vecchia ubriaca (Mirone di Tebe, III séc. a. C.).*

*(Faz pensar em como os seres humanos objetivam suas representações sobre a velhice e o consumo de álcool há pelo menos alguns milênios. Os resultados apresentados são, igualmente, produto das objetivações dos participantes).*

## **4. RESULTADOS**

#### 4.1 Características da amostra

A amostra estudada provém de uma população de membros de Equipes de Saúde da Família, tendo sido composta por 15 sujeitos que contemplam todos os critérios de inclusão especificados na metodologia. As tabelas 3 e 4, abaixo, caracterizam os participantes da amostra. O tempo total de entrevistas foi de 5 horas e 51 minutos. As transcrições totalizaram 95 páginas de transcrição (fonte 11, espaçamento 1,5).

**Tabela 3 – Perfil individual sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa.**

1	Masculino; 46 anos; superior completo; Odontólogo; branco; casado; 02 filhos; há 01 ano na USF; há 10 anos na atenção básica.
2	Feminino; 23 anos; superior completo; Enfermeira (especialista em PSF); branco; solteira; não possui filhos; há 01 ano e 01 mês na USF; há 01 ano e 01 mês na atenção básica.
3	Feminino; 38 anos; superior completo, Enfermeira; branco; casada; 02 filhos; há 01 ano na USF; há 1 ano na atenção básica.
4	Feminino, 26 anos; fundamental completo; Agente Comunitário de Saúde; branco; solteira; não possui filhos; há 01 ano e 06 meses na USF; há 01 ano e 06 meses na atenção básica.
5	Feminino, 32 anos; ensino médio completo; Agente Comunitário de Saúde; branco; casada; 01 filho; há 6 anos na USF; há 06 anos na atenção básica.
6	Feminino; 26 anos; ensino médio completo; auxiliar de enfermagem; branco; solteira; não tem filhos; há 01 ano e 06 meses na USF; há 04 anos na atenção básica.
7	Feminino; 45 anos; fundamental completo; Agente Comunitário de Saúde; branco; divorciada; 03 filhos; há 02 anos na USF; há 12 anos na atenção básica.
8	Feminino; 60 anos; fundamental completo; Agente Comunitário de Saúde; branco; viúva; 02 filhos (01 morreu); há 02 anos na USF; há 02 anos na atenção básica.
9	Masculino; 42 anos; superior completo; Médico (especialista em PSF); branco; casado; 02 filhos; há 04 anos na USF; há 08 anos na atenção básica.
10	Feminino; 43 anos; superior completo; enfermeira; branco; casado; 02 filhos; há 08 anos na USF; há 08 anos na atenção básica.
11	Masculino; 39 anos; superior completo; auxiliar de enfermagem; branco; casado; 02 filhos; há 01 ano na USF; há 08 anos na atenção básica.
12	Feminino; 32 anos; superior completo; Enfermeira; branco; casada; 01 filha; há 06 anos na USF; há 06 anos na atenção básica.
13	Feminino; 50 anos; fundamental completo; Agente Comunitário de Saúde; branco; casada 01 filha; há 06 anos na USF; há 06 anos na atenção básica.
14	Feminino; 48 anos; fundamental completo; Agente Comunitária de Saúde; branco; casada; 01 filha; há 8 anos na USF; há 08 anos na atenção básica;
15	Masculino; 48 anos; ensino médio completo; auxiliar de Enfermagem; casado; 01 filha; há 01 ano na USF; há 04 anos na atenção básica.

**Tabela 4 – Perfil sociodemográfico da amostra.**


---

<b>Variável</b>	<b>N</b>
<i>Sexo</i>	
Masculino	4
Feminino	11
<i>Estado Civil</i>	
Solteiro	3
Casado	10
Viúva	1
Divorciada	1
<i>Escolaridade</i>	
Ensino fundamental completo	6
Ensino médio completo	3
Ensino superior completo	6
<i>Idade</i>	23 a 60 anos
<i>Etnia (cor referida)</i>	
Branca	15
<i>Profissão</i>	
Agente Comunitário de Saúde	6
Auxiliar de Enfermagem	3
Cirurgiã Dentista	1
Enfermeira	4
Médico	1
<i>Tempo na APS</i>	
1 a 2 anos	4
3 a 5 anos	2
6 anos ou mais	9
<i>Tempo na atual USF</i>	
1 a 2 anos	4
3 a 5 anos	7
6 anos ou mais	4

---

## 4.2 Análise das entrevistas

Nos quadros que se seguem são apresentados os resultados da exploração do material coletado. A primeira coluna contempla as três categorias com que se trabalhou, a segunda coluna, aos conceitos formulados a partir dos enunciados (presentes na terceira

coluna) proferidos pelos entrevistados, contendo menções a hipóteses sobre as ancoragens utilizadas.

Optou-se por disponibilizar nesta dissertação esses quadros para mostrar aproximadamente como está se procedeu ao processo de análise dos dados coletados, visando conferir transparência à investigação.

O exercício interpretativo sobre esses dados, já trabalhados analiticamente, será feito no capítulo seguinte (Discussão).

**Tabela 5** - Entrevista realizada no dia: 01/12/2009; com duração aproximada de 10 minutos. Inicial fictícia: A; sexo: masculino; idade: 46 anos; etnia: branco; procedência: Araras-SP; escolaridade: superior completo (Odontólogo); estado civil/situação familiar: casado, dois filhos e mora com a família; tempo de trabalho na USF: quatro anos; tempo de trabalho na atenção básica: dez anos.

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Processo de envelhecimento</b></li> <li>➢ <b>Faixa etária</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “é natural”, “já ta dando pra ver a diferença do processo” [<b>processos biológicos</b>] “já estou na metade, então já dá para ter uma...”; “caminho para um fim” [<b>Percepção de tempo</b>] “o outro lado do mistério” [<b>misticismo, religiosidade</b>]</li> <li>➢ “minha faixa etária a gente... começava... já adulto” [<b>geração; intervalos de geração</b>]</li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Padrões de Consumo</b></li> <li>➢ <b>Questões sociais</b></li> <li>❖ <b>Etiologia</b></li> <li>✓ <b>Efeitos agudos do álcool</b></li> <li>▪ <b>Caracterização psicológica</b></li> <li>○ <b>Tratamento</b></li> <li>• <b>Educação continuada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “outro patamar”, “estágio em que está” [<b>evolução linear: de uso até dependência</b>]</li> <li>• “é muito particular” [<b>variações fisiológicas</b>]</li> <li>• “ver o estágio que ele está, se já é uma dependência” “se ele já está neste patamar de consumo...” “ele te domina” [<b>evolução linear: de uso até dependência</b>]</li> <li>• “é justamente isso, é a pessoa ter o controle de saber quando ela pode beber” “tem que saber o limite” [<b>beber social; responsabilidade pessoal; controle sobre o desejo é pessoal; beber social é conhecer e respeitar limites de dosagem</b>]</li> <li>➢ “droga legalizada”, “muita criançada usando cedo”, “contato muito mais cedo” “minha faixa etária a gente... começava... já adulto” “uma droga muito fácil de conseguir” [<b>anomia (representada pela permissividade social ao uso, favorece o comportamento)</b>]</li> <li>❖ “se tem o gene, isso vai despertar muito cedo (...) como a gasolina, encostou, pega fogo” “pode manifestar muito cedo numa criança” [<b>etiologia genética; gene dominante; gene + exposição = quadro clínico</b>]</li> <li>✓ “traz efeitos que ele te domina, parte cerebral mesmo é afetada” [<b>efeito fisiológico sobre funções cognitivas</b>];</li> <li>▪ “ele nunca acha que é alcoólatra (...) isso teria que ser feito um acompanhamento muito próximo, até no âmbito da visita domiciliar” [<b>negação é uma característica psicológica e que tem que ser enfrentada com confrontação com a realidade</b>]</li> <li>▪ “desde o temperamento, você não sabe como a pessoa vai reagir, de repente ele...” [<b>comportamentos imprevisíveis</b>]</li> <li>○ “se ele já está neste patamar de consumo, ele precisa de ajuda” [<b>ajuda depende do “patamar”; não cogita remissão espontânea</b>]</li> <li>○ “sendo uma droga, independente, tem que ter um auxílio especializado” [<b>constatação de uso de substâncias = encaminhamento, tratamento especializado</b>]</li> <li>○ “não vejo uma referência imediata” “existem as instituições, alcoólicos anônimos” [<b>percepção de falta de recursos</b>]</li> <li>○ “a pessoa tem que buscar ali, aquela ajuda” [<b>não cogita intervenção motivacional</b>]</li> <li>○ “mas aí não seria nada relacionado ao serviço público” [<b>não cabe ao serviço público ou este não o provê</b>]</li> <li>○ “talvez os ACS que fazem as visitas domiciliares, tem um contato muito maior e saibam diretamente os problemas da pessoas” [<b>diagnosticar depende de observação direta da vida do paciente</b>]</li> <li>• “não vejo uma coisa assim muito específica na minha formação” “foi pincelado apenas” “não sei como está à grade curricular das faculdades, eu sou formado faz 22 anos” [<b>formação em saúde insuficiente; não contempla educação continuada?</b>]</li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>População oculta ao profissional (sem essas palavras)</b></li> <li>➢ <b>Representa dificuldades adicionais</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “difícilmente chega alguém alcoolizado aqui no consultório, já passou pela recepção, pela triagem” [<b>outros profissionais não técnicos funcionam como barreiras</b>]</li> <li>➢ “o alcoolizado eu não sei, é restrito trabalhar com ele, o idoso então pior ainda, né?” [<b>somam-se duas dificuldades grandes: de lidar com o idoso e de lidar com o problema do uso de álcool</b>]</li> </ul>

**Tabela 6** - Entrevista realizada no dia: 02/12/2009; com duração aproximada de 12 minutos, inicial fictícia: B; sexo: feminino; idade: 23 anos; etnia: branco; procedência: Araras-SP; escolaridade: superior completo (Enfermeiro); estado civil/situação familiar: solteira e mora sozinha; tempo de trabalho na USF: 1 ano e 1 mês; tempo de trabalho na atenção básica: 1 ano e 1 mês.

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Processo de envelhecimento</b></li>   <li>➢ <b>Envelhecimento saudável</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “algo natural” [<b>Processos biológicos</b>]</li> <li>• “acontece desde o momento que você nasce até você morrer” [<b>Percepção de tempo</b>]</li> <li>• “você está sempre envelhecendo e é claro que é mais acentuada a partir de determinada idade” [<b>Marco a partir do qual o envelhecimento se acentua</b>];</li> <li>• “uma coisa que acontece” [<b>envelhecimento = “coisa”</b>];</li>   <li>➢ “Eu acho assim para quem quer viver, ter uma qualidade de vida a idade não impede né? Basta querer, ir atrás” [<b>Envelhecer com qualidade é uma escolha</b>]</li> <li>➢ “Eu acho que a saúde, tem que acompanhar a pessoa desde que a pessoa nasce, tem que ter acompanhamento médico desde que ela nasce fazendo sempre essa rotina” [<b>Saúde é igual acompanhamento médico - visão biomédica da saúde</b>];</li> <li>➢ “fazendo sempre o que ela deveria a pessoa tem condições de ter uma qualidade de vida muito boa... tem que cuidar da saúde o tempo todo” [<b>Relação paternalista - paciente profissional</b>];</li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Padrões de Consumo</b></li>   <li>➢ <b>Caracterização psicológica;</b></li>   <li>• <b>Caracterização física</b></li>   <li>❖ <b>Repercussões familiares</b></li>   <li>✓ <b>Avaliação</b></li>   <li>▪ <b>Tratamento</b></li>   <li>○ <b>Educação Continuada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “sinceramente eu não sei” “...ela sofre por ter um marido assim” “ [<b>“Padrões” de consumo não técnicos - classifica o usuário de acordo com o incômodo que causa</b>];</li>   <li>➢ “E não tem vontade também de estar largando, para ele tá bom assim não esta interferindo em nada” [<b>Uso problemático de álcool leva a distúrbios de vontade</b>];</li>   <li>• “eles são teimosos, não procuram ajuda, eles tem vergonha de falar que bebem”... porque eles ficam enfiados dentro de casa bebendo ou com os amigos no bar bebendo, raramente eles vem aqui “... “eles estão fedendo álcool...eles ficam agressivos [<b>Conceito de uma personalidade alcoólica</b>];</li>   <li>❖ “eu vejo pelas esposas que vem colher papanicolau, o quanto elas sofrem por ter um marido assim” ... “Eu sei por que tem muitas mulheres aqui, que os maridos são alcoólatras”... “Eles querem sexo, eles querem na hora que eles querem e eles tão fedendo álcool me desculpe o termo, e elas não têm coragem de recusar,” [<b>Vitimização da mulher</b>];</li>   <li>✓ “[por morar no bairro, a ACS] até sabe como dizer que aquela pessoa tem problema com bebida ou não, as outras muitas vezes não têm, por mais que ela passe na casa ela não tem vínculo, ela não mora ali, ela passa uma vez por mês e aí a gente fala que verifica ‘nas coxas’” [<b>suspeição diagnóstica depende de observação in loco</b>];</li> <li>✓ “dependendo da pessoa ela não vai ter aquela confiança para contar” “primeiro lugar eu converso, converso com a pessoa, tento mostrar que ela pode estar confiando em mim (...) depois ela abre o jogo, fala o que ela quer realmente, o que ela faz o que ela usa e tal”, “não sei por que, mas eles confiam muito em mim, ele sempre vem falar comigo” [<b>valoriza tecnologia “leve”</b>];</li> <li>✓ “a pessoa entra aqui nós não sabemos, se ela não estiver alcoolizada, né? Não tem como a gente saber que aquela pessoa tem esse tipo de problema, essa dependência” [<b>instrumental clínico inexistente</b>] [<b>intoxicação = dependência</b>]</li> <li>✓ “teríamos que identificar os da área para ter esse vínculo” [<b>vínculo como ferramenta clínica</b>]</li>   <li>▪ “tentar ir tirando elas aos poucos”, “dependendo do caso da pessoa, reabilitação”, “selecionam para onde que vai, para que tipo de grupo” [<b>técnicas terapêuticas</b>]</li> <li>▪ “se for psiquiatra, se eu não me engano, tem protocolo sim, tem que ter raio-X e tal (...) psicólogo apenas é só encaminhamento” [<b>medicina é mais inacessível</b>]</li> <li>▪ “senão você perde a hora” [<b>oportunidade</b>]</li> <li>▪ “ligo para a assistente social, o serviço social, eu ligo para onde for eles vão me falando aonde eu tenho que ligar e eu vou ligando até conseguir”, “consegui aqui, consegui encaminhar”, “a maior dificuldade [que encontra neste campo de atuação] é acesso a algumas informações, a quem recorrer” “não tenho noção dos recursos que a cidade tem para isso” [<b>encaminhamento</b>]</li> <li>▪ “talvez atividades (...) tentar trazer ela num ambiente um pouco mais saudável (...) para ver se distrai a cabeça dela, se muda ela um pouco” [<b>terapêuticas inespecíficas</b>];</li>   <li>○ “realmente importante qualquer capacitação” [<b>Falta de capacitação</b>]</li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>População oculta ao serviço (não mencionada com essas palavras);</b></li> <li>➢ <b>Reconhecimento do uso de álcool pelos idosos</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “eu não vi nenhum caso de paciente que veio aqui e precisou de ajuda para reabilitação por causa do álcool porque eles ficam enfiados dentro de casa bebendo ou com os amigos no bar bebendo, raramente eles vem aqui” [<b>Barreiras</b>];</li>   <li>➢ “Eu sei por que tem muitas mulheres aqui, que os maridos são alcoólatras e a maioria é de idosos tá!” [<b>Uso de álcool pelos idosos</b>]</li> </ul>

**Tabela 7** - Entrevista realizada no dia 03/12/2009, com duração aproximada de 12 minutos, inicial Fictícia: C; Sexo: feminino; Idade: 38 anos; Etnia: branco; Procedência: Piracicaba; Escolaridade: Superior completo (Enfermeira – com especialização em Urgência e emergência); Estado civil/situação familiar: casada/ 2 filhos, mora com a família em Piracicaba; Tempo de trabalho na USF: menos de 1 ano; Tempo na atenção básica: menos de 1 ano.

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envelhecimento saudável;</b></li> <li>➤ <b>Capacidade funcional</b></li> <li>❖ <b>Teoria Psicológica</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “eu acho que a primeira coisa é cuidar da qualidade de vida...pessoa que tem qualidade de vida ela acaba pela qualidade tendo mais saúde do que as outras, embora que a qualidade de vida seja assim singular para cada pessoa” [<b>Conceito de qualidade de vida como sinônimo de vida saudável</b>];</li> <li>➤ “pessoas que tem uma vida ativa, pessoas que trabalham fora eu acho que envelhecem menos do que as outras” [<b>Atividades físicas e intelectuais X Processo de Envelhecimento</b>];</li> <li>❖ “pessoas que gostam de ler, de estudar... eu acho que depende muito da saúde mental das pessoas” [<b>Atividades intelectuais X Processo de Envelhecimento</b>];</li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Padrões de consumo</b></li> <li>➤ <b>Repercussões familiares</b></li> <li>❖ <b>Tratamento</b></li> <li>✓ <b>Caracterização psicológica</b></li> <li>○ <b>Caracterização física</b></li> <li>▪ <b>Perfil epidemiológico dos que fazem uso problemático de álcool</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “No meu conceito o uso é o uso social e consciente, a pessoa que toma uma cerveja numa festa ou uma taça de vinho antes do jantar ou numa festa”... “Agora a pessoa que estava em consumo já mais freqüente já não é considerada simplesmente um consumo sadio então, na verdade nenhum consumo é saudável né?... “a pessoa que não consegue passar mais de uma semana sem beber nada já é dependente. E o abuso já é uma pessoa que chega a uma embriaguez, quando embriaguez já é abuso”. [<b>“Padrões” de consumo não técnico, classifica o usuário de acordo com a quantidade e freqüência que bebe</b>];</li> <li>• “na verdade nenhum consumo é saudável né” [<b>saudável = não risco (confundindo a observação que a OMS faz)</b>]; “O uso simplesmente social não vai prejudicar a saúde do indivíduo, embora não seja ideal, mesmo que seja esporádico e em consumo pequeno não vai ser prejudicial” [<b>Nem todo uso de álcool é prejudicial</b>];</li> <li>➤ “o consumo moderado ou a dependência já causa problema tanto familiar pois vai desestruturando o convívio familiar e acaba prejudicando toda saúde da pessoa mesmo, porque se essa pessoa não tem um ambiente saudável, um convívio saudável ela acaba se desestruturando fisicamente, desestrutura a parte social dela, desestrutura tudo”...” os problemas de desestrutura da família isso é uma consequência do uso de álcool” [<b>O álcool como fator de desequilíbrio e instabilidade familiar</b>];</li> <li>➤ “as mulheres vêm para procurar um tratamento medicamentoso mesmo ou algumas vêm por causa da violência gerada pelo álcool” [<b>Vitimização da mulher</b>];</li> <li>❖ “A gente tenta conscientizar ele que ele precisa diminuir, eu particularmente por trabalhar com a redução de riscos, você já ouviu falar em redução de riscos” [<b>Redução de danos</b>];</li> <li>✓ “No começo eles não acham que é doença eles acham que simplesmente é uma coisa que eles querem fazer e eles fazem e porque gostam simplesmente podem parar a hora que eles quiserem mais depois eles vêem que eles não conseguem”... “eles nunca acham que estão dependentes” [<b>Negação</b>].</li> <li>○ “pelo menos não chegou mais com hálito, fala mole, tropeçando” [<b>Conceitos de uma personalidade alcoólica</b>]</li> <li>▪ “tem mulher também né? É um numero bem menor em relação aos homens” [<b>o número de homens que bebem é maio do que o número de mulheres dados estatísticos</b>];</li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>População oculta ao serviço</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “...a gente tem que buscar, às vezes a gente encontra, por exemplo, questionando a pessoa, a gente conseguir tipo pessoas que vem de hipertensão ou de alguma outra coisa que a gente vê que foi do abuso de álcool ou do uso contínuo”... “quando eles chegam na saúde de atenção básica é por outros problemas que as vezes são devido ao uso de álcool, as vezes uma cirrose, ou por uma outra coisa que tenha o próprio uso de álcool desencadeado mais nunca é para procurar tratamento para o uso de álcool, eles procuram outros meios quando querem”. O que a gente encontra muita dificuldade é da adesão do próprio idoso ou do próprio usuário da rede publica ele não adere “... “ficam muito tempo na fase de negação”... “Eles fogem da rede básica, de atenção básica” [<b>Barreiras a procura precoce por atendimento</b>]</li> <li>• “quando eles chegam na saúde de atenção básica é por outros problemas que às vezes são devido ao uso de álcool, às vezes uma cirrose, ou por uma outra coisa que tenha o próprio uso de álcool desencadeado mais nunca é para procurar tratamento para o uso de álcool, eles procuram outros meios quando querem”... “Geralmente de álcool mesmo eles chegam pelo pronto-atendimento já em fase critica ou fase aguda”. ... [<b>Problemas clínicos ficam evidentes primeiro do que o uso problemático de álcool em idosos/ Prevenção primária não acontece</b>];</li> </ul>

**Tabela 8** - Entrevista realizada no dia: 03/12/2009; com duração aproximada de 13 minutos. Inicial fictícia: D e E; sexo: feminino; idade: 26 e 32 anos; etnia: branco; procedência: Araras; escolaridade: fundamental completo e segundo grau completo (Agentes Comunitárias); estado civil/situação familiar: solteira/mora com os pais e casada, um filho e mora com a família; tempo de trabalho na USF: 1 ano e 6 meses/6 anos; tempo de trabalho na atenção básica: 1 ano e 6 meses/6 anos.

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envelhecimento</b></li> <li>➢ <b>Envelhecimento saudável</b></li> <li>❖ <b>Acompanhamento do Processo de Envelhecimento pela atenção básica</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Eu acho que o envelhecimento todo mundo vai passar por isso né? Não tem nem como a gente esconder ou voltar no tempo né?” [<b>Condição</b>];</li> <li>• “normalmente as pessoas idosas têm baixa resistência”... “idoso ele fica doente mais fácil” [<b>Senilidade como condição/Teoria Imunológica</b>];</li> <li>• “por isso que às vezes os familiares têm que ficar em cima” ... “O próprio cuidador né” [<b>Dependência – cuidadores/familiares</b>];</li> <li>➢ “... em relação à saúde eu acho que cada um tem que cuidar de si próprio”... “Porque eles fazem o acompanhamento então eles tratam bem” [<b>Autocuidado</b>];</li> <li>➢ “Pelo numero de consultas que a gente faz de hipertensos e diabéticos são poucos. Tem bastante hipertensos e diabéticos nas áreas mais assim eles são bem controlados [<b>Senescência</b>]</li> <li>❖ “A gente começou fazer com o Dr. Jorge e com a Raquel [<b>grupos de palestras para os idosos</b>] a gente fazia ali na associação então uma vez por mês” [<b>Modelo Preventivista</b>]</li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Caracterização física/psicológica;</b></li> <li>➢ <b>Influência Ambiental</b></li> <li>❖ <b>Avaliação</b></li> <li>✓ <b>Tratamento</b></li> <li>○ <b>Percepção da gravidade do uso problemático de álcool pelo usuário na visão dos profissionais de saúde</b></li> <li>▪ <b>Relações familiares</b></li> <li>• <b>Dificuldades enfrentadas</b></li> <li>• <b>Educação Continuada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “eles não ligam muito não” [quando questionada sobre a saúde e o uso de álcool]; [<b>Uso problemático de álcool leva a distúrbios de vontade</b>];</li> <li>• “a mãe veio pegar consulta para ele e ele não veio, só bebe, bebe, bebe, bebe”... “Eles são difíceis de lidar”... “ele chega aqui alcoolizado, ele sabe que ele esta ela vai ser agressivo, então tem que ir com muito cuidado, porque se a gente for agressiva com ele, ele parte para cima”. [<b>Conceito de uma personalidade alcoólica</b>];</li> <li>➢ “tem muitos casos que a pessoa bebe não porque ela quer beber, às vezes tem que ver o que ta acontecendo na casa dele” [<b>Relações Interpessoais/familiares</b>];</li> <li>❖ “O Doutor avalia se caso de PSF ”... “o Doutor manda a gente pedir uma ambulância entendeu”... [<b>valoriza o modelo médico</b>];</li> <li>❖ “Aí o Dr. Jorge já vê o que ta acontecendo, sabe o motivo, às vezes ele não fala para gente, eles se abrem com os médicos né [<b>vínculo como ferramenta clínica</b>]</li> <li>❖ “ele é avaliado primeiro no PSF entendeu?” [<b>modelo preventivista</b>];</li> <li>❖ “É complicado para gente porque a gente não sabe nem como abordar o paciente alcoólatra, a gente vai direto com a família dele, e a família explica para gente o que esta acontecendo, o que a gente pode fazer ou encaminhar para um profissional ou dar algum conselho né” [<b>instrumentos clínicos inexistentes/falta de preparo dos profissionais</b>];</li> <li>✓ “... às vezes assim no paciente que é necessário só no pronto-socorro mesmo” [<b>Nível de assistência secundário/falta de preparo para lidar com problemas relacionados ao álcool</b>];</li> <li>✓ “ou para o Bianchini (ambulatorio de saúde mental)” [<b>Serviços especializados</b>];</li> <li>✓ “tem muita gente que vai e já quer se internar” [<b>Iniciativa do próprio usuário</b>];</li> <li>✓ Porque quando a família não esta interessado o agente comunitário vai poder fazer o que? Nada [<b>Sentimento de impotência no tratamento</b>]</li> <li>○ “eu não agüento mais ficar... não quero mais beber, não quero ficar na minha casa” [<b>Falta de controle para o uso</b>]</li> <li>▪ “É melhor com a família, por que a gente conversa mais com a família...porque a família já sabe como abordar essa pessoa” [<b>Família como ponte de acesso ao usuário</b>];</li> <li>▪ “...tem família que não esta nem ai né?” [<b>Descaso familiar</b>]</li> <li>• “Porque a gente não tem estrutura também para isso né”... “não tem apoio”. [<b>Falta de suporte? Profissionais, saúde pública?</b>]</li> <li>• Uma abordagem né? Como abordar o paciente alcoólatra né? ? O agente comunitário não tem essa capacitação para abordar o paciente alcoólatra [<b>Não há capacitação</b>];</li> <li>• “A gente sabe de diabetes, hipertensão por quê? O Doutor atende e a gente teve curso também né?” ... “por isso que a gente sabe mais, mais assim de psiquiatria”. [<b>Importância maior para outros tipos de doenças</b>]</li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>População oculta ao serviço</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “a gente quase não atende idoso...eu acho que é difícil ter um idoso assim alcoólatra, idoso alcoólatra não tem”... “Eles são difíceis de lidar mais não são idosos, são jovens” [<b>Barreiras</b>];</li> </ul>

**Tabela 9** - Entrevista realizada no dia: 02/12/2009; com duração aproximada de 14 minutos Fictícia: F; Sexo: feminino; Idade: 26 anos; Etnia: branco; Procedência: Araras; Escolaridade: Ensino médio completo: (auxiliar de enfermagem); Estado civil/situação familiar: solteira/ mora com os pais em Araras; Tempo de trabalho na USF: 1 ano e 6m.; Tempo na atenção básica: 4 anos

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envelhecimento</b></li>   <li>➤ <b>Acompanhamento do P.E pela atenção básica</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Bom o envelhecimento é natural é uma coisa natural” [<b>Processos Biológicos</b>];</li> <li>• “acho que assim que como profissional da saúde a gente tem que acompanhar desde que é jovem e acompanhado sempre para isso que serve o PSF né?” [<b>Necessidade de acompanhamento profissional</b>];</li> <li>• “envelhecer é natural mais com a idade vão chegando às doenças [<b>Senilidade como condição</b>];</li> </ul> <p>➤ “Aqui teve há um tempo atrás um grupo de caminha mais o pessoal parou de vir, os próprios usuários, um grupo que entra muito idoso mais não é um grupo específico de idoso é um grupo que a gente faz de sexta-feira que é de diabético e hipertenso a maioria é idoso”... “E o nosso grupo que eu faço junto com a Doutora que isso é só nós duas que vamos mesmo que é o grupo que visita domiciliar toda segunda”. [<b>Modelo Preventivista</b>];</p>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etiologia</b></li> <li>➤ <b>Padrões de Consumo</b></li>   <li>❖ <b>Efeitos nocivos do álcool</b></li> <li>✓ <b>Caracterização física</b></li>   <li>▪ <b>Avaliação</b></li>   <li>• <b>Tratamento</b></li>   <li>• <b>Educação Continuada</b></li> <li>♣ <b>Dificuldades enfrentadas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Bom ta aumentando cada vez mais o uso né? A cada vez mais jovens a gente ta vendo o pessoal consumindo álcool ou até usando, às vezes são menores de idade aí, e a gente vê que isso ta começando muito cedo” [<b>autonomia - representada pela permissividade social ao uso, favorece o comportamento</b>];</li>   <li>➤ “os jovens estão usando cada vez mais por ai cada vez mais pessoal alcoolizado na rua e você vê não são alcoólatras, não são dependentes eles trabalham de segunda a sexta, chega sexta feira à noite... bebe no sábado, bebe no domingo e tem a cervejinha todo dia no almoço e começa assim” [<b>Padrões de consumo não técnico, classifica o usuário de acordo com a quantidade e frequência que bebe</b>];</li>   <li>❖ “...o exame de sangue vai ficando cada vez pior...tem gente assim que “Ah! eu cai de bicicleta. Porque eu tava bêbado “...isso influencia muito na saúde as pessoas estão ficando mais doentes antes da idade idosa, vai acabando com o fígado, vai acabando com tudo né? [<b>Efeitos fisiológicos</b>]</li>   <li>✓ “faz um tempo que ele não bebeu e ele fica com tremor ele ta... ele fica muito ansioso ele quer ir embora logo” [<b>dados de observação clínica – abstinência alcoólica</b>].</li>   <li>▪ “A gente pergunta sabe? O senhor bebe muito? “Ah! eu bebo todo dia” vai fazer um tratamento com um remédio que não pode beber, “Ah! se for assim eu não vou beber o remédio então” não adianta, então porque o senhor não vem aqui conversar com a medica?” ... “Não, nada, nada, que a gente pode seguir e falar esse daqui ele faz uso há muito tempo e ele já é dependente do álcool, a gente não tem isso” [<b>instrumentos clínicos inexistentes/falta de preparo dos profissionais</b>];</li> <li>▪ “as agentes comunitárias precisam assim... ver direitinho onde tem um alcoólatra” [<b>Responsabilidade aos ACS</b>]</li>   <li>• “já falou em tratamento ele foge” [<b>Abordagem ineficaz, dificuldades</b>];</li> <li>• mas eu acho que deveria ter um grupo, nem que fosse um grupo anônimo que se ele não vem para cá você vai ate ele” [<b>Grupos de Auto ajuda/Alcoólicos Anônimos? Falta de conhecimento</b>];</li> <li>• “se eles vierem aqui e fizerem exames de sangue completo neles e fala quer parar? Quero. E ai para onde manda?”. [<b>Falta de conhecimento para encaminhar</b>]</li>   <li>• “o que falta é essa capacitação” [<b>Não há capacitação</b>];</li>   <li>♣ “Mais eu acho que falta muita coisa da instituição assim, falta reuniões, falta esclarecimento, falta selecionar melhor os agentes” [<b>Falta de suporte? Profissionais, saúde pública?</b>]</li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Problemas Clínicos</b></li>   <li>➤ <b>Reconhecimento do uso de álcool por idosos;</b></li>   <li>❖ <b>Dificuldades</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “São por outros problemas (que os usuários vão a atenção básica-, desde que eu estou aqui eu não vi ninguém chegar aqui por alcoolismo porque fala eu bebi e estou aqui não [<b>Os usuários usam os problemas clínicos para ter acesso ao serviço</b>];</li>   <li>➤ “tem um senhor de setenta e nove anos que às vezes ele passa para ver pressão alguma coisa que faz um tempo que ele não bebeu e ele fica com tremor” [<b>Uso de álcool pelos idosos</b>]</li>   <li>❖ “você não consegue pegar ele para fazer exame, não da certo de pegar ele aqui” [<b>dificuldade de lidar com o idoso e alcoolista</b>];</li> </ul>

**Tabela 10** - Entrevista realizada no dia: 02/12/2009; com duração aproximada de 14 minutos Inicial Fictícia: G; Sexo: feminino; Idade: 45 anos; Etnia: branco; Procedência: Araras; Escolaridade: Fundamental Completo (Agente de Saúde); Estado civil/situação familiar: divorciada, 3 filhos/ mora sozinha em Araras; Tempo de trabalho na USF: 2 anos; Tempo na atenção básica: 12 anos

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envelhecimento</b></li>   <li>➢ <b>Acompanhamento do Processo de Envelhecimento pela atenção básica</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “eu vejo o idoso ele bastante abandonado como agente de saúde tendo contato direto com as famílias e eu percebo isso ele tinha que ser melhor assistido inclusive pelos seus filhos” [<b>Abandono dos idosos pela família</b>];</li> <li>• “você percebe é colesterol, é triglicérides, diabetes, a pressão tudo relacionado”... “normalmente que tem hipertensão, tem diabetes também é raro tão sempre juntos e aí vem colesterol, triiglicérides e outras coisas mais” [<b>Senilidade como condição</b>];</li>   <li>➢ “Então esses pacientes na realidade eles recebem um acompanhamento, cabe ao ACS por isso que existe esse trabalho maravilhoso o ACS ta dentro da casa você vê a relação idoso e o PSF com os profissionais daqui” [<b>ACS como responsável pelo acompanhamento</b>];</li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etiologia</b></li>   <li>➢ <b>Caracterização física/psicológica;</b></li>   <li>❖ <b>Legislação</b></li>   <li>▪ <b>Relações Familiares</b></li>   <li>✓ <b>Percepção da gravidade do uso problemático de álcool pelo usuário na visão dos profissionais de saúde</b></li>   <li>• <b>Tratamento</b></li>   <li>○ <b>Avaliação</b></li>   <li>• <b>Dificuldades enfrentadas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Então o que eu percebo é assim o consumo ele esta relacionado com a venda que não é proibida e qualquer um vai e compra”. [<b>autonomia - representada pela permissividade social ao uso, favorece o comportamento</b>];</li>   <li>➢ “tipo assim, o chefe de família que trabalha durante a semana alcoolizado no final de semana ele é um perigo entendeu? Ele é um perigo, ele é um risco né?”... “Usuário ou se ele chega dando problema em relação ao álcool”. “ele esta com fraqueza, se ele sente tontura, porque ele não dorme a noite, tem alucinação” . “eu percebi que ele estava cheirando álcool” [<b>Conceito de uma personalidade alcoólica</b>];</li>   <li>❖ “A lei seca, não basta a lei seca em relação ao motorista para estar ocasionando acidente” [<b>Organização baseada em leis</b>];</li>   <li>▪ “Brigas de casais um acabam ferindo o outro num golpe de faca” [<b>O álcool como fator de desequilíbrio e instabilidade familiar</b>];</li>   <li>✓ “E eu acho isso também a bebida como uma doença” [<b>Conceito de doença</b>];</li> <li>✓ “Pessoas que são dependentes de medicação e fazem o uso da bebida alcoólica é outra trombada” [<b>Percepção do risco de interação de substâncias</b>]</li> <li>✓ “eu esse mês eu tive a felicidade de ter dois casos de pessoas que me procuraram como agente de saúde para deixar o álcool” [<b>Vínculo com os profissionais</b>];</li>   <li>• “Então se eu quero para de fumar hoje não vou esperar três meses para acontecer alguma coisa, e o álcool não diferente do tabagismo eu acredito no meu entendimento tem que ter sim um acompanhamento técnico não um suporte técnico para que seja feita aquela limpeza no organismo e mais um acompanhamento psicológico” [<b>Dificuldades de tratamento</b>];</li> <li>• “ai sim (depois da avaliação), ele vai ser encaminhado no caso para o Bianchini fazer um tratamento e nisso num estagio mais avançado e seria internação na clinica Sayão [<b>Serviços Especializados</b>]</li>   <li>○ “Na realidade o que feito é uma avaliação ele não vai passar ao medico pelo simples fato de ele ser usuário de álcool” ... “Que esta no balcão que seria a recepcionista que ela já tem uma pré...que é para poder avaliar a situação que também não é o suficiente né [<b>instrumentos clínicos inexistentes/falta de preparo dos profissionais</b>];</li> <li>○ “quando é feita essa pré- avaliação muitas vezes é encaminhada para as enfermeiras coordenadora ai ela fecha e ela vai estar encaminhando para consulta, ele vai passar por um clinico geral aqui com a gente ta? Para que sejam feito todos os exames que ai a dosagem de álcool, triglicérides, diabetes” [<b>Avaliação voltada para clínica</b>];</li>   <li>• “A mãe solicitou internação então é aquela parte burocrática que eu falo sempre só que nesse caso especifico envolve também o jurídico que seria o juiz teria que ter a liberação do juiz para fazer a internação” [<b>Barreiras</b>];</li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Idoso como prioridade</b></li>   <li>➢ <b>Problemas Clínicos</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “no caso de um idoso ele tem que ser tratado como prioridade né?” [<b>Necessidade de intervenção precoce/ legislação</b>];</li>   <li>➢ “geralmente o idoso ele já é problemático pela condição de saúde dele” [<b>condição de senilidade pré-estabelecida pelos profissionais</b>];</li> </ul>

**Tabela 11:** Entrevista realizada no dia: 04/12/2009; com duração aproximada de 16 minutos. Inicial fictícia: H; sexo: feminino; idade: 60 anos; etnia: branco; procedência: Araras; escolaridade: fundamental completo (ACS); estado civil/situação familiar: viúva, dois filhos (um morreu); tempo de trabalho na USF: 2 anos; tempo de trabalho na atenção básica: 2 anos.

Pré-Categoria	Conceitos utilizados ou verbalizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de Envelhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não é fácil não né” <b>[Dificuldade de aceitação];</b></li> <li>• “Eu envelheci muito depois que minha filha morreu” <b>[Acontecimentos antecipariam o processo (morte de familiares)];</b></li> <li>• “a pessoa quando é idosa ela tem diabetes, pressão alta ela fica só tomando remédio”; “tem gente que toma de dez remédios por dia. Diabetes, pressão alta, colesterol, triglicérides, tudo isso”. <b>[Senilidade como condição];</b></li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas (de um modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrões de Consumo               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Caracterização psicológica;</li> </ul> </li> <li>❖ Avaliação</li> <li>✓ Tratamento</li> <li>▪ Educação continuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Social tudo bem”; “mais a gente vê uma turma aí bebendo garrafa de pinga”. <b>[Percepção dos padrões não técnicos de consumo de álcool];</b></li> <li>➢ “é viciado, bêbado, drogado, fica tudo aí é o ponto de encontro deles”<sup>23</sup> “sete horas da manhã, você chega e eles já estão aí”... “Vem, bebem água, usam o banheiro, encham o saco” <b>[Conceitos de uma personalidade alcoólica];</b></li> <li>❖ “Muito difícil (eles virem ao posto). Na casa que a gente faz visita que a gente percebe” <b>[Responsabilidade do ACS];</b></li> <li>❖ “... não (ter dificuldade), eu começo em tom de brincadeira, depois eu levo a sério, começo a pegar no pé” ... “Eu chego e falo “que cheiro de pinga parece que tem gente que bebeu hoje”, eles dão risada e fala que foi só um pouquinho <b>[Valorização da tecnologia leve]</b></li> <li>✓ “a gente orienta né (ACS)? A família para arrumar uma instituição para por a pessoa né?”... “Para procurar uma assistente social” <b>[Constatação do uso, encaminhamento para serviço especializado];</b></li> <li>✓ “Acho que os alcoólatras anônimos né (fazem esse tipo de tratamento)?[Grupos informais – AA];</li> <li>✓ E tem umas clínicas para idosos, especifico para idosos não, é tudo misturado sabe? Aqui perto tem uma clinica também <b>[Clínicas de tratamento – não especializadas];</b></li> <li>▪ “Não (nunca fez um treinamento sobre alcoolismo)”... “Eu acredito que sim viu (ajudaria na assistência ter um treinamento), nós não temos noção de nada, não conhecemos a população, não conhece nem o serviço da gente não sabe como que é”. <b>[Não há capacitação];</b></li> </ul>
<b>Relação entre o uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• População Oculta</li> <li>➢ Sublimação do problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Não, não tem muito não, idosos, idosos”... “Mais de sessenta anos não tem nenhum”... “mais jovens, idosos tem poucos” <b>[Barreira – não frequentam o serviço];</b></li> <li>• “quando eles estão muito ruim mesmo (eles vêm na unidade), uma dor muito forte na perna, no braço, resfriado, tosse”. <b>[a procura pelo serviço ocorre por outros problemas – clínicos];</b></li> <li>➢ “Percebe (a gente percebe quando eles bebem), quando vem marcar consulta a gente avisa, você vem amanhã mais não bebe senão o medico não atende, e eles não bebem”... “e eles vêm certinho”. <b>[negação];</b></li> </ul>

<sup>23</sup> Nessa Unidade de Saúde da Família, existe uma praça na qual ficam várias pessoas (homens e mulheres) fazendo o uso de álcool e outras drogas durante o dia todo, esse fato já se tornou comum para os profissionais da unidade.

**Tabela 12:** Entrevista realizada no dia: 07/12/2009; com duração aproximada de 26 minutos. Inicial fictícia: I; sexo: masculino; idade: 42 anos; etnia: branco; procedência: Bolívia; escolaridade: superior completo (Médico); estado civil/situação familiar: casado/ dois filhos e mora com a família; tempo de trabalho na USF: 4 anos; tempo de trabalho na atenção básica: 8 anos.

Pré-Categoria	Conceitos utilizados ou verbalizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de Envelhecimento</li> <li>➢ Envelhecimento saudável</li> <li>❖ Acompanhamento do Processo de pela AB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “o processo de envelhecimento, como um processo fisiológico ele vai acompanhar com uma serie de mudanças físicas e biológicas” <b>[Processos biológicos];</b></li> <li>• vão diminuindo algumas vezes capacidades da pessoa <b>[Capacidade Funcional];</b></li> <li>• “A grande maioria dos nossos idosos que tem problemas são decorrentes de hipertensão, diabetes”...”” <b>[valorização das morbidades clínicas]</b></li> <li>➢ “decorrente da qualidade de vida de adulto da pessoa pode ter alguns efeitos deletérios quando chegar nessa idade” <b>[Conceito de Qualidade de vida = envelhecimento saudável];</b></li> <li>❖ “na verdade eles procuram a unidade porque já tem algum problema” <b>[Idosos com processos de doença];</b></li> <li>❖ “e não (os idosos não vêm à unidade) por uma procura ou uma demanda do serviço para orientar de uma melhor maneira um acompanhamento adequado de uma saúde de um envelhecimento normal ou fisiológico”. <b>[Modelo preventivista – ausência]</b></li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas (de um modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrões de Consumo</li> <li>➢ Repercussões Familiares</li> <li>❖ Percepção da gravidade do uso pelos profissionais de saúde</li> <li>✓ Tratamento</li> <li>▪ Educação Continuada</li> <li>o O sistema de saúde</li> <li>• Avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “O consumo de álcool independente para quem for homem, mulher, na idade que for vai provocar efeitos nocivos para o organismo”... “...as famílias vão interpretar como que beber todo dia uma dose de bebida alcoólica não interpreta como alcoolismo “isso é normal dele” <b>[Percepção dos padrões não técnicos de consumo de álcool];</b></li> <li>➢ “... primeiro acontece divorcio, perda de filhos, separação para depois eles começarem a procurar” <b>[Álcool como fator de desequilíbrio e instabilidade];</b></li> <li>➢ “o problema está em a família assumir o problema que é da família” <b>[Barreiras – vergonha];</b></li> <li>➢ “...porque o alcoólatra pode ir lá bêbado (algum tipo de orientação da rede) e não lembrar o que é que deram na aula, se a esposa, o filho ou neto acompanhar esse paciente para lá a família esta sendo informada do que foi passado para esse paciente por quê?” <b>[Necessidade de acompanhamento familiar]</b></li> <li>❖ “...quem é alcoólatra, quem começou a consumir bebida alcoólica muito cedo vai ter muitas doenças acarretadas pelo consumo que pode levar a morte com trinta anos, quarenta anos [ <b>O consumo precoce acarreta morbimortalidade precoce];</b></li> <li>✓ “Porque socialmente não querem se expor, porque não querem expor às vezes a procurar a unidade com esse paciente num estado às vezes lamentável”... <b>[Barreiras – vergonha da família];</b></li> <li>✓ “... isso tirar culturalmente” uma dose de bebida antes do almoço, ou antes, de ir dormir” ...“isso culturalmente esta muito enraizado na população (o beber antes de comer, uma latinha por dia, etc.), na comunidade e para ele é normal... ou sofreu uma queda “ hoje ele bebeu uma dose a mais”, mas não porque é alcoolismo <b>[negação]</b></li> <li>✓ “então acaba a demanda vai ser a ultima pronto-socorro indo por intoxicação, uma hepatopatia crônica” <b>[Procura pelo nível secundário – por complicações];</b></li> <li>✓ “você acaba atendendo uma população que deveria ser no Maximo de quatro mil habitantes, de três mil a quatro mil, você tem uma população de sete mil, seis mil habitantes essa demanda acaba evitando que você possa implementar alguns programas <b>[Sobrecarga de trabalho impede o tratamento adequado];</b></li> <li>✓ “Você encaminha para rede um paciente que esta sofrendo por alcoolismo ou por alguns problemas decorrentes do consumo do álcool, você tem uma consulta agendada com o psiquiatra ou com o psicólogo daqui a dois, três meses” <b>[Medicina inacessível, encaminhamento];</b></li> <li>✓ “muita atividade na unidade de saúde da família é centrada no medico “ah! mais não temos medico nesse mês na unidade,” nada na unidade vai para frente”... “paga muito dinheiro para o medico, paga muito mau o enfermeiro, os agentes, o dentista” <b>[Valorização do modelo biomédico];</b></li> <li>✓ “não tem uma avaliação, um acompanhamento, uma política de prevenção, de acompanhamento, de tratamento na unidade e isso é errado por parte do gestor, então se você esta pagando por um serviço, você não tem que cobrar por esse serviço” [Controle de Saúde – falta de fiscalização – compromete o tratamento]</li> <li>▪ “nunca foi feito uma palestra de psicologia ou psiquiatria” ... “Nunca o psiquiatra chamou para fazer uma reunião” <b>[Não há capacitação];</b></li> <li>▪ “na hora que você estabelece um protocolo de atenção diferenciado para esse tipo de paciente não tem como você fugir da norma” <b>[Necessidade de normatização];</b></li> <li>▪ “a maioria dos médicos não fizeram curso de especialização de medicina da família, a maioria dos médicos não entraram trabalhar no PSF porque gostam da saúde publica, da saúde coletiva” <b>[Perfil profissional]</b></li> <li>o “que a problemática não é no alcoólatra, a problemática é no sistema” <b>[sistema de saúde não funciona];</b></li> <li>o “aquele medico que trabalha duas vezes por semana na unidade do posto de saúde, vai receber um alcoólatra “vai no psiquiatra”, e ai morre, se eu encaminhei tem que cumprir, mas se a família esta destruída, esta com divorcio, os filhos deixaram a casa, a menina de quinze anos foi morar com o namorado, se ele esta com alcoolismo fale? Quem avaliou isso? Quem que tentou saber o que aconteceu com a família? Ninguém porque chegou o alcoólatra aqui e foi encaminhado para o psicólogo, o problema morreu” <b>[a rede básica não dá conta das demandas – falência?];</b></li> <li>o “Esse é um problema, não só aqui em Araras não, isso é onde você procurar” <b>[generalização da problemática];</b></li> <li>• “cuidar do alcoolismo, como eu te disse antes se você tratar o alcoolismo se o paciente bate na esposa, você tem que entrar no contexto de família para ver de que maneira você tem que ajudar esse paciente, esse paciente bebe por quê? O paciente perdeu o trabalho? Tem alguma possibilidade de você estar procurando uma inserção laboral desse paciente, esse paciente começou a beber porque perdeu o filho? Porque morreu a mulher? ... “Será que uma conversa, uma visita em casa pode ajudar? Então assim conhecimento a gente tem como tentar resolver e oferecer o que?” <b>[Valorização da tecnologia leve – inexistência de instrumentos de avaliação];</b></li> </ul>
<b>Relação entre o uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• População oculta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “nós aqui não temos paciente que sejam nessa idade fazendo tratamento especificamente para evitar ou conter o consumo de álcool, ou alguma patologia decorrente do consumo de álcool”... “o paciente que é alcoólatra dificilmente ele procura uma unidade de saúde” <b>[Barreiras – não frequentam o serviço].</b></li> </ul>

**Tabela 13:** Entrevista realizada no dia 11/01/2010; com duração aproximada de 50 minutos. Inicial fictícia: J; sexo: feminino; idade: 43 anos; etnia: branco; procedência: Araras; escolaridade: superior completo (Enfermeira); estado civil/situação familiar: casado/ dois filhos e mora com a família; tempo de trabalho na USF: 8 anos; tempo de trabalho na atenção básica: 8 anos.

Pré-Categoria	Conceitos utilizados ou verbalizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de Envelhecimento</li> <li>➢ Diferenças de gênero</li> <li>❖ Envelhecimento saudável</li> <li>✓ Acompanhamento do Processo de Envelhecimento pela AB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “...está tendo uma melhor qualidade, então as pessoas estão envelhecendo melhor hoje” [<b>as pessoas envelhecem melhor hoje</b>];</li> <li>• “tem pessoas que não ligam muito para isso, eles não querem saber... tem que comer do jeito que come, tem que beber as pinguinhas dele” [<b>Envelhecer com qualidade é uma escolha</b>];</li> <li>• “eu tinha uma senhora, que ela só chorava tava magérrima, ela tinha acabado... fazia uns dois anos que ela tinha perdido o filho, e ela não melhorava a depressão dela” [<b>Acontecimentos antecipam o processo</b>];</li> <li>• “dificuldade de entendimento, eles não compreendem o que a gente fala” [<b>dificuldade de entendimento</b>];</li> <li>• “mas é assim, não tem ninguém por ele, ele não tem família ele mora sozinho” [<b>Abandono dos idosos pela família</b>]</li> <li>➢ “na minha população a mulher é bem mais preocupada, tanto é que você vê a porcentagem de pacientes que fazem consulta que procuram o médico, a maioria é mulher” [<b>mulher mais preocupada com a saúde</b>];</li> <li>➢ “É difícil chegar, os homens, não sei se é por causa do horário de trabalho?, Eles não vão entendeu?” [<b>Homem não vai à unidade</b>];</li> <li>❖ “e é lógico que eles cuidando eles vão ter uma vida bem melhor, tem idosos que não saem lá da nossa unidade, procuram bastante médico” [<b>Envelhecer com qualidade é uma escolha</b>];</li> <li>✓ “A nossa população aumentou muito, então a gente não tem condições (de fazer nenhum tipo de programa para idosos)” [<b>Sobrecarga de trabalho</b>];</li> <li>✓ “até um projeto lá “Minha Hortinha” eu dava as sementes para eles plantarem as verduras, eles não tem costume de comer verdura lá não” [<b>Modelo Preventivista</b>]</li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas (de um modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterização física</li> <li>➢ Caracterização psicológica</li> <li>❖ Tratamento</li> <li>✓ Repercussões familiares</li> <li>• Padrões de Consumo</li> <li>○ Uso de Medicamentos</li> <li>▪ Perfil epidemiológico dos que fazem uso problemático de álcool</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “a gente não agüenta o cheiro dele”... “vinha para unidade nossa e falava muito alto” ... “mas eles chegam lá com cheiro de bebida” [<b>Dados de observação clínica</b>];</li> <li>➢ “partir do momento, que ele começa a ser agressivo em casa, começa a largar a família”... “ficam agressivos, ficam bravos”... “quando eles chegam lá, eles chegam incomodando” [<b>Conceito de uma personalidade alcoólica</b>]</li> <li>❖ “ele não aceita fazer tratamento para o alcoolismo”... “eles acham que não é alcoólatra, que não tem necessidade”... “ele tá vendo que tá hipertenso com diabetes e continua com o alcoolismo, ele está ciente daquilo, pq ele já foi orientado e ele continua aí eu acho que é um uso problemático”... “Muito, pq eles não aceitam, eles não aceitam que são alcoólatras, eles não aceitam que a pinga faz mal” [<b>Negação</b>];</li> <li>❖ “Principalmente as mulheres, no exame de papanicolau, principalmente as mulheres mais velhas, elas falam que não tem mais vontade de ter relação, e o marido bebe e piora e muitas vezes eles querem sexo” [<b>Vitimização da mulher</b>];</li> <li>❖ “mesmo as mulheres que fazem uso de álcool elas chegam no posto e fala o álcool está me fazendo mal e elas conseguem parar os homens não” [<b>mulheres buscam mais tratamento do que os homens</b>];</li> <li>❖ “ele quis até marcar uma reunião no Caio Prado, pq ele queria tentar montar uma reunião do AA”... “Igreja do Bom Jesus”... “ID (Centro Espírita)” [<b>Grupos informais</b>];</li> <li>❖ “o COMAD (Conselho Municipal Anti Drogas) que trabalha um pouco com isso” [<b>Serviços Municipais</b>];</li> <li>❖ “Eu acho, tem que ter um tratamento que ele fica recluso mesmo, não adianta” [<b>Serviços Especializados</b>]</li> <li>❖ “eu já trabalhei com psiquiatria eu vejo isso, eu acho que se a pessoa não tem o que fazer, tem que dar atividade para a pessoa fazer” [<b>Modelos de Tratamento</b>];</li> <li>✓ “começa a largar a família” [<b>O álcool como fator de desequilíbrio e instabilidade</b>];</li> <li>• “ele tá vendo que tá hipertenso com diabetes e continua com o alcoolismo, ele está ciente daquilo, pq ele já foi orientado e ele continua aí eu acho que é um uso problemático” [<b>Percepção dos padrões não técnico de consumo de álcool</b>];</li> <li>○ “principalmente na época de Natal, a gente faz o controle de hipertensos lá, e na época do Natal, vai sobrando tudo medicamento... aí quando eles voltam com a pressão alta, a gente pergunta, mas porque o senhor não veio buscar o medicamento..Ah é porque no Natal, eu quis tomar um vinho”... “a gente fala que é para tomar o medicamento, pq se for ver eles nem toma o medicamento mais, porque têm uns que bebe todos os dias” [<b>Problemática da medicação</b>];</li> <li>▪ “mulheres fazem uso, mas não tanto como os homens” [diferença de gênero, homens bebem mais que as mulheres];</li> </ul>
<b>Relação entre o uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento do uso de álcool pelos idosos</li> <li>➢ População oculta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “nós tem bastante aqui (idosos que fazem uso de álcool)”... “Idosos têm, tinha um que agora ele foi embora, morava no Norte e ele foi embora, ele bebia demais... nossa”... “porque os idosos, que vão lá alcoolizados, são aqueles que ficam mais pra rua, os outros, não chegam alcoolizados” ... “ele quer beber, nós já perdemos lá três pacientes por causa do alcoolismo, um senhor de idade lá que acabou tendo um câncer de estômago, era alcoólatra, totalmente alcoolizado, eu nunca vi ele são” [<b>uso de álcool por idosos</b>];</li> <li>• “tem os idosos do Caio Prado, eles ficam sentadinho ali, a maioria ali bebe, eles ficam no bar, aposentado, e a gente percebe que está sempre com um copinho de cerveja” [<b>Aposentadoria como fator de risco</b>]</li> <li>➢ “a gente sabe que bebe, mas bebe em casa...eles tem um pouco de vergonha” ... “e foi assim, uma morte de repente, eu nem sabia que ele era alcoólatra” [<b>Barreiras – vergonha, não freqüentam a unidade de saúde da família</b>];</li> </ul>

**Tabela14** - Entrevista realizada no dia: 14/12/2009; com duração aproximada de 60 minutos. Inicial fictícia: K; sexo: masculino; idade: 39 anos; etnia: branco; procedência: Araras; escolaridade: superior completo (Auxiliar de Enfermagem); estado civil/situação familiar: casado/ dois filhos e mora com a família; tempo de trabalho na USF: 1 anos; tempo de trabalho na atenção básica: 8 anos.

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de Envelhecimento</li>   <li>➢ Envelhecimento saudável</li>   <li>❖ Acompanhamento do Processo de envelhecimento pela AB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “as pessoas estão acabando vivendo mais né, aumentou a expectativa de vida” [<b>as pessoas envelhecem melhor hoje</b>];</li> <li>• “desse pessoal mais idoso, diabético e hipertenso, e pelo que eu penso, isso já faz parte do processo de envelhecimento, é difícil aquele que chega numa certa idade, sem manifestar uma enfermidade”... “as pessoas estão envelhecendo, mas assim, todas com dificuldades entendeu” [<b>senilidade como condição</b>];</li> <li>• “Dificuldade financeira, familiar, família abandona, não tem apoio da família” ... “muitas vezes você vê que os familiares não tão nem aí, é raro os que se preocupam” [<b>Abandono dos idosos pela família</b>];</li> <li>• “outros procuram a unidade porque tem algum problema, outros querem pessoa para conversar, é mais às vezes uma conversa” [<b>Envelhecimento gera carência</b>];</li> <li>• “até o próprio idoso, tem uns casos aqui, aqui no bairro mesmo, aqueles que têm uma condição de se manter sozinho, você vê que precisa alguém estar junto, mas ele prefere viver sozinho”... “chega uma certa idade e sente o peso e acha que está dando trabalho para o filho para o neto e aquelas coisas” [<b>dependência de família e cuidadores</b>];</li> <li>➢ “o problema acho que é esse, chega a envelhecer e não tem a qualidade de vida saudável” [<b>conceito de qualidade de vida = vida saudável</b>];</li> <li>❖ “mas assim já organizamos bingo (quando questionado se havia algum programa voltado para os idosos); “organizamos tipo uma caminhada, prática de esportes” ... “Teve uma época também que foi colocado curso para pessoas. mas aí foi mais a parte das mulheres, aqueles cursos de tricô, crochê, bordado “... “Teve uma época também que teve a parte de estética” [<b>Terapêuticas diversas</b>];</li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterização física</li>   <li>➢ Influência ambiental</li>   <li>❖ Tratamento</li>       <li>✓ Avaliação</li>   <li>○ Padrão de Consumo</li>   <li>▪ Dificuldades enfrentadas</li>   <li>• Educação Continuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “estava subindo aí o posto embriagado, ele caiu, chegou todo machucado”... “ele saía de manhã, passava aqui tropicando”... “começa a resmungar, não falar coisa com coisa” [<b>Dados de observação clínica</b>];</li> <li>➢ “bebia eu acho que por solidão, nunca teve mulher...nada...” [<b>Relações interpessoais e familiares</b>];</li> <li>❖ “Ah, falar a verdade, é, acho que isso é falta nossa. Quando você vem aqui, vê um paciente, se ele é um paciente normal, que tem alguma enfermidade, você acaba dando mais atenção e tal, mas quando é um paciente alcoolizado, você não liga muito, entendeu”... “se você vai atender um paciente, que não tem problema com o álcool, você acaba até respeitando mais o paciente, quando ele está alcoolizado, você acaba até fazendo pirracinha”... “vou levar meu pai alcoolizado lá na unidade, vou esperar passar ou vou chamar a ambulância para levar para o pronto socorro, geralmente aqui a gente coloca soro, mas a maioria dos postinhos não faz, então chama a ambulância e vai para o pronto socorro” [<b>Barreiras – profissionais de saúde – vergonha por parte dos familiares</b>];</li> <li>❖ “Se vier alguém aqui e falar, meu pai está alcoolizado, o que vocês podem fazer? Eu vou falar: nada, não tem o que fazer” [<b>Sentimento de impotência</b>];</li> <li>❖ de vez em quando apareciam os idosos, tinha um senhor que freqüentava ali, mas ele tinha uns sessenta e poucos anos já. Mas às vezes eles iam no posto, e a gente tinha eles como um incômodo, vou usar o banheiro, o que acontece, nos fechamos o banheiro com a chave, porque ele ia no banheiro e fazia aquela sujeira [<b>Percepção da dificuldade de tratamento</b>];</li> <li>❖ “Eu procuraria a Secretaria, ver com a assistente social, porque deve ter algum trabalho aí, com os Alcoólatras Anônimos, né o AA” [<b>Grupos informais</b>];</li> <li>❖ “a gente vai ligar, buscando ajuda, principalmente na Secretaria (Saúde), lá tem psicólogo, eu sei que lá tem o Bianchini (ambulatório de saúde mental), tem também...como é mesmo o nome?. (CAPS)” [<b>serviços municipais</b>];</li> <li>✓ “Não tem (instrumentos de avaliação para alcoolistas)” [<b>Instrumento clínico não existente</b>];</li> <li>○ “De sexta feira, a gente faz o controle de Hipertensão e Diabetes, e a maioria que vem é mais de sessenta anos, tem vários que chegam aqui e falam, eu já tomei umas par delas para ver se controla a Diabetes, a gente sabe que bebe, mas não pode ser considerado um alcoólatra [<b>Percepção dos padrões não técnico de consumo de álcool</b>];</li> <li>▪ “o sistema de referência e contratransferência no PSF já é dificultoso” [<b>referência e contratransferência</b>];</li> <li>• “No geral, eu até parei de cobrar da secretaria, mas o enfermeiro tem curso, às vezes toda semana, mais voltado a eles, mas eles vão lá e não passam para o pessoal, é mais para capacitar o próprio enfermeiro”... “falta um preparo melhor” [<b>não há capacitação</b>];</li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• População oculta</li>       <li>➢ Reconhecimento do uso de álcool pelos idosos</li>   <li>❖ Problemas clínicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “eu não, a gente ouve comentários dos agentes, tem vários hipertensos aqui... aqui não (não tem idosos usuários de álcool)”... “Agora esse vizinho aí, está levando ele para a igreja, mas assim o vizinho que está preocupado porque ele é sozinho e tal”... “É difícil, até os pacientes que são melhorzinho ali é difícil freqüentar aqui, só vem quando dá alguma coisa. como aqui tem o pronto atendimento”... “já veio familiares pedindo ajuda por causa de drogas, se a gente conhecia algum lugar para estar internando tal, mas do álcool assim, não tenho nenhum relato de caso que veio assim procurar”... “mas se você for procurar e investigar, você vai encontrar muitas pessoas que tem problema com o álcool, mas falar que a família vem buscar algum tipo de ajuda, eu não conheço” [<b>Barreiras – não freqüentam a unidade</b>];</li> <li>➢ Fica perto da outra unidade daqui essa vila de Barro...ali tem muitos idosos, é um lugar que é ponto de droga, eu já ouvi falar ali tem idosos que tem problema com álcool “... “tinha outros que vinham aqui, mas eles freqüentavam aqui” ... “Na rua de cima tem um senhor, agora você falou eu lembrei, ele é diabético, mas é alcoólatra, e assim, ele é um caso assim” [<b>uso do álcool pelos idosos</b>];</li> <li>❖ “bem ruim de visão, ainda mais alcoólatra”... “mas assim, os pacientes idosos que tem problema com o álcool, não é só o álcool, geralmente tem alguma enfermidade que ele já acarreta, aí vem o problema com o álcool e acaba agravando mais essa situação, aí vai sair diabético e alcoólatra, acaba complicando cada vez mais” [<b>o alcoolismo soma com os problemas clínicos</b>];</li> </ul>

**Tabela 15** - Entrevista realizada no dia: 14/12/2009; com duração aproximada de 40 minutos. Inicial fictícia: M; sexo: feminino; idade: 32 anos; etnia: branco; procedência: Araras; escolaridade: superior completo (Enfermeiro); estado civil/situação familiar: casado/ uma filha e mora com a família; tempo de trabalho na USF: 6 anos; tempo de trabalho na atenção básica: 6 anos.

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Processo de envelhecimento</li> <li>➢ Acompanhamento do Processo de envelhecimento pela AB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● “tem a questão física e a questão mental, tem muitos que são jovens e que já são velhos mentalmente” <b>[Teoria psicológica do envelhecimento];</b></li> <li>● “eu tenho uma senhora que a pressão dela é onze por seis, doze por seis, mas tá aí, toda semana, aí ela vem conversa” <b>[Envelhecimento gera carência];</b></li> <li>➢ “teve uma vez que eles mandaram para gente a carteirinha do idoso, aí veio uma enfermeira da DRS, comentou sobre isso, sobre o envelhecer, mas ficou meio que parado” <b>[Modelo Preventivista];</b></li> <li>➢ “Agora eu estou com dois auxiliares, mas antes eu não tinha, tinha só uma e trabalhava seis horas, então o período que ela não estava aqui no posto, eu fazia toda a parte de enfermagem e então não fazia programas, então programa mesmo, a gente não tá” ... “Aqui no PSF a gente tá sem o auxiliar administrativo, sem computado, a papelada é a gente que tem que fazer, é tudo manual, para saber quantos diabéticos eu tenho, preciso perguntar para os agentes” <b>[Sobrecarga de trabalho];</b></li> <li>➢ “faz uns três anos que não tem as agentes mesmo acompanhavam os idosos, na caminhada” <b>[Terapêuticas diversas];</b></li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Padrão de Consumo</li> <li>➢ Etiologia</li> <li>❖ Influência ambiental</li> <li>✓ Relações familiares</li> <li>○ Avaliação</li> <li>▪ Caracterização física</li> <li>♣ Tratamento</li> <li>● Educação continuada</li> <li>● Dificuldades enfrentadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● “Eu acho assim, vamos dizer que quando a gente vê uma pessoa que ingere assim de forma abusiva, um alcoólatra assim, na maioria das vezes a gente condena a primeira coisa que você fala é: - virou um bebum”... “ele não consegue ficar um dia sem tomar alguma coisa e a gente percebe que isso faz falta, então eu acho que quando passa a ser uma rotina do dia a dia, que aí já se torna problema, porque se fica sem, você percebe que a pessoa fica irritada, falta alguma coisa” <b>[Percepção dos padrões não técnico de consumo de álcool];</b></li> <li>➢ “mas o convívio com o álcool está na maioria das pessoas como se fosse uma coisa comum, vou fazer um churrasco e o povo bebe a vontade, cerveja à vontade, apesar de o pessoal falar que não é pinga que não é um destilado, mas ele está presente ali, como uma rotina, nas festas tudo... então até que ponto é normal ingerir numa festa familiar tudo...eu não sei entendeu” <b>[Permissividade social ao uso];</b></li> <li>❖ “mas eu acho que isso também já vem da questão familiar, não só a ingestão, mas também os problemas familiares que levam ao abuso do álcool. Aqui mesmo a gente tem famílias carentes e não é só carente em dinheiro financeiramente, tem famílias que a gente vê aqui que é super desestruturada, então eu acho que se você vivesse naquela condição você beberia para esquecer mesmo” <b>[Relações interpessoais e familiares];</b></li> <li>✓ “Ou é filho ou filha ou a esposa, mais a esposa” <b>[Família como ponte de acesso ao usuário];</b></li> <li>○ “Olha se for o caso de verificar uma pressão, a gente faz, dependendo da situação que eles se encontram” ... “a gente fala:- volta outro dia, vai para casa espera passar... até pra gente poder orientar”... “Geralmente eles chegam no balcão ou diretamente para mim, e eu acabo conversando sobre o que está acontecendo, se está realmente querendo parar, pode até passar pelo médico, aqui mesmo eu vejo que a médica” <b>[Instrumento clínico inexistente];</b></li> <li>○ “Olha, assim os agentes vão nas casas e já perguntam se tem algum problema, tem algumas fichas que eles relatam, olha esse aqui bebe é etilista” <b>[Responsabilidade do ACS];</b></li> <li>○ “Pra ser sincera, eu não sei se caso uma pessoa perguntar aonde eu vou, eu não vou saber <b>[Sentimento de impotência];</b></li> <li>▪ “porque eles são inconvenientes, porque querem ficar pegando” <b>[Dados de observação clínica];</b></li> <li>♣ “para o pessoal mais jovem ela acaba passando algum tipo de medicação para ficar menos ansioso...ela passa, eu não sei se alguns lugares é assim, ela acaba encaminhando também para o psicólogo, que a gente tem no CAPS e no Bianchini, aí a gente” <b>[Serviços municipais];</b></li> <li>● “Não, a gente chegou a ter algumas palestras, uma vez tivemos uma palestra com um senhor que faz parte do AA. Aí uma época veio uns papéis, telefones, para onde encaminhar... tanto a pessoa como os familiares, foi isso uma palestra falando sobre o serviço, mas não tem nada assim, um protocolo” <b>[não há capacitação];</b></li> <li>● “é uma coisa da contra-referência mesmo... eu acho até mesmo para saber, eu cheguei até certo ponto, eu acho que o que falta é a integração mesmo. A gente tem dificuldade de encaminhar até um paciente para o Pronto socorro... mas porque que está encaminhando?” <b>[sistema de referência e contratransferência];</b></li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Problemas Clínicos</li> <li>➢ População oculta</li> <li>❖ Reconhecimento do uso do álcool por idosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● “os idosos já precisam de alguns cuidados, é mais delicado vamos dizer assim, então acaba agravando um problema que já tem ou criando um, então eu acho assim para o idoso é pior, porque ele não tem com quem contar, eu acho que a pessoa mais jovem se recupera mais rápido, até da própria bebedeira do que um idoso” <b>[Problemas clínicos somam-se com o uso de álcool];</b></li> <li>➢ “Que chega embriagado no posto, idoso eu não tenho muito, eu tenho mais jovens, jovens tem, todo dia eles estão aqui e embriagado mesmo”... “Idosos a gente sabe que tem, quando a gente vai a casa, sabe que está no bar bebendo a gente sabe que é”... “eles não procuram” <b>[Barreiras];</b></li> <li>❖ “Tinha só um caso de um senhor, acho que ele tinha o que uns 60 anos, era idoso sim, mas ele bebia bastante, e aí ele tinha úlcera” ... “tem um caso que eu me lembro de mulher que bebe, é uma senhora, ela tinha uns 65 anos, mas assim ela procura o posto por outros problemas, mas a gente sabe que ela bebe” <b>[Uso de álcool por idosos];</b></li> </ul>

**Tabela 16** - Entrevista realizada no dia: 14/12/2009; com duração aproximada de 35 minutos. Inicial fictícia: N; sexo: feminino; idade: 50 anos; etnia: branco; procedência: Araras; escolaridade: 1º grau completo (Agente de Saúde); estado civil/situação familiar: casada/ uma filha e mora com a família; tempo de trabalho na USF: 6 anos; tempo de trabalho na atenção básica: 6 anos.

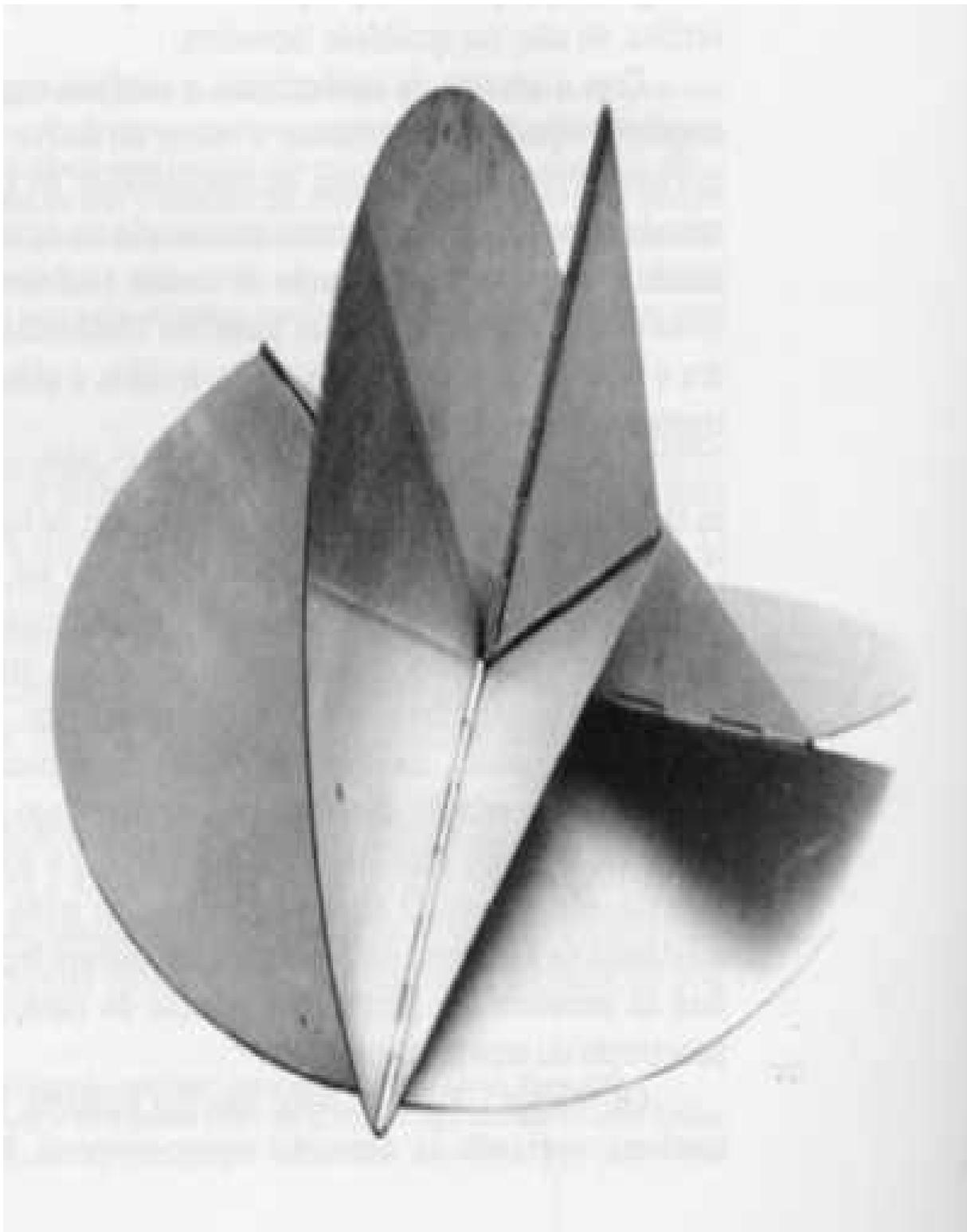
Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de Envelhecimento</li> <li>➤ Envelhecimento Saudável</li> <li>❖ Acompanhamento do Processo de Envelhecimento pela AB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “todos nós vamos envelhecer né” [<b>Processos biológicos</b>];</li> <li>• “agora tem que dar atenção, às vezes eles não estão tão debilitados, é mais atenção, eu vejo assim que a maioria dos filhos, não se importam com o pai e a mãe mais velho, principalmente a família”... “a família que eu estou vendo que está distanciada, desestruturada, os filhos não estão se importando tanto com os pais”... “e a gente percebe, que os filhos abandonam, a gente vai fazer visita e não visitam o pai e a mãe, não perguntam se estão precisando de alguma coisa, é um absurdo né?” [<b>Abandono dos idosos pela família</b>];</li> <li>• “Fica debilitado né? Tudo diminui né, o reflexo, tudo, eu acho que tem que ter acompanhamento também, da parte emocional, eles gostam de conversar, a parte física é lógico né você vai envelhecendo, diminui o reflexo, tudo, a idade pesa né?” [<b>Senilidade como condição</b>];</li> <li>➤ “os agentes, a gente costuma fazer isso, acompanhar ele, tanto para médico, se ele é hipertenso, diabético, a gente passa na casa a cada três meses, assim dar uma atenção maior” [<b>Relação Paternalista</b>]; <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ “mas é difícil, aqui mesmo no posto, tem muita papelada, então, tem muita burocracia, eu acho que ir na casa e ver como é que está, às vezes fica pouco tempo, o agente de saúde você deve saber, são 10 visitas por dia, então não dá tempo, a gente deixa sempre o mais complicado por último, porque sempre precisa de um tempo maior, e a gente trabalha muito com quantia” [<b>sobrecarga de trabalho</b>];</li> <li>❖ “Tem o programa de hipertensão e diabetes, tem sempre palestra, a médica sempre dá palestra, mas não específico ao idoso, por exemplo, tem o Estatuto do Idoso, que eles deveriam ter conhecimento e ele não tem coisas que deveriam ter um programa para o idoso específico para o idoso” [<b>Modelo Preventivista</b>];</li> </ul> </li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influências ambientais</li> <li>➤ Padrões de Consumo</li> <li>❖ Caracterização psicológica</li> <li>✓ Relações familiares</li> <li>♣ Avaliação</li> <li>▪ Caracterização física</li> <li>○ Tratamento</li> <li>• Educação Continuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Aqui a maioria é por causa do desemprego” [<b>Relações interpessoais</b>];</li> <li>➤ “Beber pouco né? Mas eu acho que o social também pode se tornar... é ... não social ai começa o problema, eu acho que o social que eles fala, é no fim de semana, mas eu acho que a grande maioria não sabe beber... e não para mais” ... “Começa a beber demais”... [<b>Padrões de consumo não-técnico</b>];</li> <li>❖ “fica agressivo” [<b>conceito de uma personalidade alcoólica</b>];</li> <li>✓ “principalmente as mulheres reclamam né... que começam a brigar muito em casa né” [<b>Vitimização da mulher</b>];</li> <li>♣ “Tem que ter um mínimo de paciência também né... ai se for o caso de verificar uma pressão, a enfermeira verifica ou o técnico né”... “Não a gente não tem nada... seria uma boa, capacitação e uma entrevista mesmo... quando ele começou o alcoolismo, porque, a gente coloca na nossa ficha” [<b>Instrumento clínico inexistente</b>]; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “eles ficam falando demais” [<b>Dados de observação clínica</b>];</li> </ul> </li> <li>○ “A gente indica procurar o AA, que a gente sabe, que é a Associação dos Alcoólatras Anônimos” [<b>Grupos informais</b>];</li> <li>○ “Não encaminhar não, a gente orienta, mas aí a gente não faz o acompanhamento sobre o alcoolismo... geralmente a gente coloca na ficha de cadastro se ele é alcoólatra, você pode até olhar na ficha, se ele bebe, se ele fuma para se ter uma noção de quantos tem” [<b>Não cabe ao serviço público ou não o provê</b>];</li> <li>○ “Com certeza, no início é difícil, depois você pega amizade sabe eles vêem que você está querendo ajudar que o nosso intuito é esse, aí eles falam tudo, todos os problemas que eles têm a gente que tem esse vínculo com a população” [<b>Valorização da tecnologia leve</b>];</li> <li>• “Importantíssimo, porque a gente que está aqui teve a capacitação no começo e melhorou muito, porque quando a gente entrou foi assim, aí depois foram entrando os novos, por causa dos políticos, e não tinham experiência nenhuma” [<b>Necessidade de normatização</b>]</li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• População oculta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Idosos mesmo, que eu saiba não, sempre são os mais novos” [<b>Barreiras</b>];</li> </ul>

**Tabela 17** - Entrevista realizada no dia: 15/12/2009; com duração aproximada de 18 minutos. Inicial fictícia: O; sexo: feminino; idade: 48 anos; etnia: branco; procedência: Araras; escolaridade: 1º grau completo (Agente de Saúde); estado civil/situação familiar: casada/ uma filha e mora com a família; tempo de trabalho na USF: 8 anos; tempo de trabalho na atenção básica: 8 anos.

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de Envelhecimento</li> <li>➤ Acompanhamento do Processo de envelhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “porque a pessoa envelhece mais rápido, a pessoa que tem problema clinica a pessoa vai envelhecer, sei lá se tiver uma pancreatite isso daí causa bastante problema, muito problema. E é difícil a gente conseguir salvar muitos”... “pra mim o estresse é uma doença às vezes uma pessoa se entrega e vai envelhecendo” [<b>senilidade como condição</b>];</li> <li>• “Huum, tem, tem paciente que vem dizendo que está ruim, até meio assim asfiziado com falta de ar... E não tem nada disso, toma um copo de água com açúcar, conversa um pouco e passa” [<b>Envelhecimento gera carência</b>].</li> <li>➤ “Tem, aqui tem o grupo, a gente encaminha a gente orienta, pra ta fazendo alguma atividade, tem o encontro deles antigamente a gente fazia caminhada agora com falta de funcionário tá sendo complicado” [<b>Modelo Preventivista</b>];</li> <li>➤ “Ah sentiram (falta do grupo de caminhada que acabou por falta de funcionários), mais pela falta de funcionário, eles faziam um bom trabalho com os idosos” [<b>sobrecarga de trabalho</b>];</li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrão de consumo</li> <li>➤ Tratamento</li> <li>❖ Avaliação</li> <li>✓ Influência ambiental</li> <li>♣ Educação continuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “É uma pessoa que é alcoólatra, que não fica sem o álcool falam, falam o que querem, mas não fazem, todo dia tá bebendo é uma pessoa que já tá meio viciada isso daí já é problemático” [<b>Padrões de consumo não técnico</b>];</li> <li>➤ “É, vem às vezes outro dia veio um aí um andarilho bêbado, aí eu falei para ele ficar tranqüilo, ficar em paz não beber e depois viesse”... “por dia vem eu acho uns quatro, cinco alcoolizados, mas a gente também pede pra não beber, dar um tempo, porque se não adianta, vai dar outro problema, não adianta” [<b>Percepção das dificuldades de tratamento (da falta de recursos; abordagem ineficaz, falta de conhecimento para encaminhar)</b>];</li> <li>➤ “A clinica Sayão interna álcool e droga, tudo” [<b>Serviços municipais</b>];</li> <li>➤ “então eu vejo assim, muita conversa, compreensão, carinho principalmente com idoso ... pegava não mão, ia pra passear, caminhar, eu acho que atenção principalmente” [<b>Valorização da tecnologia leve</b>];</li> <li>❖ “Funciona assim, eu visito né, eu constatava algum problema, ai eu vou tá levando para a enfermeira, ai ela vai passar por exame com o médico, ai agente junto vai ver o que pode estar fazendo, mas a palavra final é dela, eu só tenho que constatar o problema e trazer pra ela” [<b>Responsabilidade do ACS</b>];</li> <li>✓ “Eu vejo assim, todo mundo que bebe, cada um tem um porque às vezes um abandono, às vezes um maltrato”... “Falta de atenção, filho abandona, hoje os filhos não estão nem aí..., sai de casa, não faz nada, não ajuda, não conversa, não tem dialogo com a família, então a pessoa fica sozinha rejeitada e cai no álcool”... “Eu acho que a solidão, o desprezo, falta de dialogo, falta de carinho do ser humano com o idoso, acho que falta carinho. [<b>Relações interpessoais e ambientais</b>];</li> <li>♣ “Não, a gente foi adquirindo com o tempo sabe, não tivemos”... “Não, quando eu comecei, eu aprendi na raça depois eu fiz um curso de agente de saúde” [<b>não há capacitação</b>];</li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• População oculta</li> <li>➤ Reconhecimento do uso de álcool pelos idosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Idoso... não, o mais problemático são as drogas mesmo” (quando questionada sobre o uso de álcool pelos idosos)... De álcool, álcool? Não muito. Aqui o problema mais com droga mesmo “...” o pessoal é mais jovem mesmo “... “Não, mas ele vinha de vez em quando aqui, mas ele nunca reclamou nunca falou nada a gente tentava orientar, ajudar, mas ela faleceu, por causa do álcool não teve como reverter” [<b>Barreiras</b>];</li> <li>➤ “Era uma senhorinha e um senhorzinho (faziam uso de álcool), eles moravam perto do posto, ele não reclamava não falava nada” ... “</li> </ul>

**Tabela 18: 14** Entrevista realizada no dia: 15/12/2009; com duração aproximada de 23 minutos. Inicial fictícia: P; sexo: masculino; idade: 48 anos; etnia: branco; procedência: Araras; escolaridade: 2º grau completo (Auxiliar de Enfermagem); estado civil/situação familiar: casado/ dois filhos e mora com a família; tempo de trabalho na USF: 1 anos; tempo de trabalho na atenção básica: 4 anos.

Pré-categoria	Conceitos verbalizados ou utilizados	Enunciados e possíveis ancoragens
<b>Envelhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de Envelhecimento</li> <li>➤ Envelhecimento Saudável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “pesa muito porque a hora que você envelhece quer curtir o restinho de vida” <b>[Processos biológicos, chegou ao fim];</b></li> <li>• “tem que gastar dinheiro com medicação apesar de ter algumas ajudas do governo ainda não é suficiente, a aposentadoria defasa cada vez mais e sem falar no desprezo de muita gente”... “Agora, se ela não tivesse condições de comprar, o ferimento dela estaria muito pior, então é assim, aqui ainda é um bairro mais ou menos, mas têm muitos bairros aí mais pobres, que é pior ainda, e outra coisa, eles têm filhos, mas não ajudam, então acontece isso” <b>[Dificuldades financeiras X Processo de Envelhecimento];</b></li> <li>• “O idoso não é respeitado em muitos lugares” <b>[O Processo traz dificuldades sociais];</b></li> <li>• “Vai ficando tudo mais sensível né? Por exemplo, o rim, não vai ter a mesma função de quando era jovem, fica um pouco mais fraco, então tem que ser uma alimentação mais leve, é como se fosse voltar a ser criança, não vai manter, então já tem que começar a cuidar por aí” <b>[Infantilização da velhice];</b></li> <li>• “precisam de mais cuidados” <b>[Dependência de familiares e cuidadores];</b></li> <li>• “Alguns casos têm até um caso aí, que eu não quero citar nomes, que a família tem condições e não ajuda, agora” <b>[abandono dos idosos pela família];</b></li> <li>➤ “influencia sim sem duvida uma pela questão da alimentação eles não tem muitos recursos e muitos já não tem uma educação alimentar porque vai ficando idoso e o organismo vai mudando e ainda continuam exagerando na alimentação” <b>[Autocuidado];</b></li> </ul>
<b>Uso de álcool pelas pessoas de (modo geral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repercussões familiares</li> <li>➤ Padrões de consumo</li> <li>❖ Caracterização psicológica</li> <li>✓ Caracterização física</li> <li>♣ Avaliação</li> <li>○ Tratamento</li> <li>▪ Educação continuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Vive só ela e o marido, segundo ela, o marido sai de manhã e vai para o bar, já toma bebida alcoólica e não ajuda muito” ... “discussões com a família” <b>[O álcool como fator de desequilíbrio e instabilidade];</b></li> <li>➤ “O beber socialmente, acho que é assim, quando você vai em uma festa, eu acho que é mais em festa, não seria diário, seria só nesses casos” <b>[Padrões de consumo não técnico];</b></li> <li>❖ “Quando começa a interferir em tudo, interferir até na renda familiar, assim nos compromissos, uma pessoa que sempre depois do serviço estava em casa, começa a deixar, ficar em bar, aí ele vai aumentando constantemente” <b>[Conceitos de uma personalidade alcoólica];</b></li> <li>✓ “eu já vi também ele com cheiro característico de álcool também” <b>[dados de observação clínica direta, baseada no sensorio];</b></li> <li>♣ “eu ia ver as condições dele, se ele tivesse condições de voltar para a casa, eu ia orientar para ele ir para casa, assim primeiro a gente sempre verifica uma pressão, faz um dextro, mas se a pessoa não se altera, atende a solicitação de voltar para casa” <b>[Falta de conhecimento];</b></li> <li>♣ “Nesse caso (se o paciente chegasse sem ter feito o uso de álcool e pedisse ajuda) eu passaria com o médico, encaminha para o hospital, porque se for caso de internação...” <b>[Valoriza o serviço médico];</b></li> <li>○ “Existem esses AA, existe a clínica Sayão” <b>[Grupos informais e serviços municipais];</b></li> <li>▪ “Eu acho que qualquer coisa (capacitação), mínima já ajuda” ... “Não, nunca tive” <b>[não há capacitação];</b></li> <li>▪ “Ah sim, ajudaria muito (capacitação), tem muita gente nova, sem experiência, às vezes tem vontade, mas não tem o conhecimento né, então, o que a gente sabe, a gente ensina dentro da unidade, mas tudo que aprende é bom né?” <b>[necessidade de capacitação];</b></li> </ul>
<b>Relação entre uso de álcool e idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas Clínicos</li> <li>➤ População oculta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “É como eu falei, o idoso vai ficando mais sensível, então, por exemplo, ele não vai agüentar beber como uma pessoa mais nova né? Então vai acarretar problema mais grave também né?” <b>[O uso de álcool soma-se com os problemas clínicos];</b></li> <li>• “Então tem esse senhor que eu comentei que a esposa fala, e eu já vi também ele com cheiro característico de álcool também, tem esse caso que eu conheço de idoso” <b>[Uso de álcool por idosos];</b></li> <li>➤ “Isso tem, mas como eu te falei, tem uns dois mais ou menos, mas é muito pouco, às vezes entram, mas são pessoas que bebem bem pouco, bem moderado, você nem percebe, não chega a afetar a personalidade dele” <b>[Barreiras];</b></li> </ul>



*Figura 12. Bicho (Lygia Clark, 1960)*

*(Faz pensar nos desdobramentos permitidos por um objeto de pesquisa, e nos vários ângulos a partir dos quais podem ser vistos possíveis).*

## **5. DISCUSSÃO**

Diversos estudos epidemiológicos e demográficos demonstram que o aumento – tanto em termos relativos quanto em termos absolutos – do número de idosos em nosso país é uma realidade. Essa mudança de perfil etário pode ser atribuída a diversos fatores, já discutidos anteriormente no capítulo introdutório.

Com essa realidade imposta, os idosos a cada dia representam uma parcela maior dos usuários a serem atendidos nos serviços de saúde de uma forma geral. As necessidades de saúde correspondentes variam desde a promoção da saúde e prevenção primária de doenças, como também assistir as doenças crônico-degenerativas, o que pode ser considerado o caso da dependência de álcool, quadro que, do ponto de vista psicopatológico, é o mais grave dentre os padrões considerados problemáticos de consumo de bebidas alcoólicas. As doenças crônico-degenerativas necessitam de acompanhamento e orientação prolongados, além de serviços de reabilitação para diminuição de seqüelas relacionadas, por exemplo, a quedas, acidentes vasculares etc.

Sendo assim, a discussão sobre essa temática (envelhecimento populacional) torna-se necessária e fundamental, pois é através de estudos e discussões que se poderá melhorar a assistência ao idoso nos serviços de saúde e em outros setores como, aliás, acentuou uma entrevistada:

*“[A reunião de equipe] é um lugar que é meio mesa redonda, né? Porque todo mundo vê o que vai acontecer, todo mundo junto.” (Ent. 5 – Auxiliar de Enfermagem).*

Observe-se que a entrevistada refere-se a “o que vai acontecer” – mostrando que percebe que o que é *pensado e falado* reflete-se de imediato no *como se faz*. As representações sociais são exatamente um compilado do que se *pensa e fala* e cuja importância de se estudar reside exatamente no fato de que elas se refletem no que se *faz*.

Como nosso objetivo com o presente estudo é abordar as representações sociais dos Membros das Equipes de Saúde da Família (MESF) em relação ao uso problemático de álcool (UPA) em idosos, acreditamos ser apropriado verificar outros tipos mais específicos de representações que eles têm e que se refletem diretamente no objeto de pesquisa do trabalho. Sendo assim, iremos discutir inicialmente sobre conceitos e percepções dos entrevistados acerca do tema *envelhecimento* e, depois, sobre o tema *uso de álcool*, ambos de uma forma geral. Esperamos que essa discussão inicial subsidie o que discutiremos posteriormente sobre o objeto central do estudo (representações sociais sobre o uso problemático de álcool por idosos).

## 5.1 Representações sobre envelhecimento

As questões norteadoras propostas aos entrevistados sobre seus conceitos do envelhecimento trouxeram à tona representações diversas. Essas representações nos fizeram pensar em alguns pilares de discussão, que seriam: dificuldades para pensar e falar sobre o envelhecimento, o processo “natural” do envelhecimento, promoção de saúde, *prevenção, culpabilização e a estigmatização* e a ênfase no modelo biomédico.

Silva (2008), em estudo sobre as identidades que são atreladas ao processo de envelhecimento, faz colocações interessantes que nos remetem aos nossos resultados. O modo como as pessoas “olham” para o envelhecimento hoje teria, para a autora, influência nas “manifestações culturais daqueles que envelhecem na contemporaneidade” (p. 2). A autora faz um estudo das identidades da velhice ao longo da história, relacionando-as com acontecimentos políticos e sociais, demonstrando que as pessoas irão representar a velhice de acordo com o momento que vivem.

Para isso, ela faz três divisões baseadas na história, sendo a primeira delas “categorias etárias e modernidade”. O surgimento das categorias etárias se deu como um processo de “ordenamento social”, pois até o século XIX não havia uma divisão das faixas etárias, mas no século XX essas divisões ficaram claras e estáveis, o que proporcionou a formação das “identidades etárias”, ou seja, cada idade teria seus próprios costumes, crenças, hábitos corporais etc. A segunda divisão trata do “surgimento da velhice: senescência e improdutividade”. Após o estabelecimento das categorias etárias, no século XX surgem os estudos sobre esses processos que revelaram a “determinação do corpo envelhecido”: a velhice se tornaria a etapa da vida em que o corpo biológico se degeneraria, trazendo como consequências doenças e improdutividade. E, por fim, a terceira divisão, “surgimento da terceira idade: especialização, engajamento e consumo”; a autora aponta que o surgimento da idéia de “terceira idade” modificou amplamente a visão sobre a velhice: a aposentadoria passa a ser uma fase ativa e não passiva como outrora, surge então do incentivo ao consumismo e o interesse das empresas nessa faixa etária, uma espécie de “indústria do envelhecimento”. Todas essas identidades criadas ao longo do tempo, fizeram com que em cada época o envelhecimento fosse representado de uma forma diferente (SILVA, 2008).

Essas transformações históricas da forma de perceber o envelhecimento são importantes para nos auxiliar na compreensão das representações dos profissionais de saúde sobre o tema, pois as representações que serão colocadas aqui estão carregadas não só de

experiências pessoais e de momentos vividos, mas também de conhecimentos *sociais* adquiridos ao longo do tempo.

### 5.1.1 Dificuldades para pensar e falar sobre o envelhecimento

Ressaltamos de início algumas percepções que tivemos durante as entrevistas. Percebemos em algumas falas que alguns sujeitos se surpreenderam com a questão que lhes foi colocada (“o que pensa sobre o processo de envelhecimento?”) ou tiveram dificuldade em respondê-la, pois algumas respostas careciam de fundamentos teóricos minimamente elaborados ou refletiam obviedades, demonstrando talvez uma falta de reflexão sobre o assunto *envelhecimento*. Essas percepções foram traduzidas também a partir, gestos e outros elementos de comunicação não-verbal dos participantes.

Também Neri (1991), em estudo realizado com o objetivo de avaliar as atitudes de pessoas não idosas frente à velhice, também identificou dificuldades dos entrevistados em conceituar “velhice” e “envelhecimento”. Segundo a autora esses conceitos devem ser contextualizados por fatores grupais, individuais e socioculturais, devido aos múltiplos significados do fenômeno do envelhecimento.

Tais reações dos entrevistados podem ter diversas significações. Podem, em algumas entrevistas, por exemplo, ter sido expressas como uma forma preliminar de reflexão, algo que se diz para ganhar tempo enquanto se pensa (“*é uma coisa... assim...*”, como disse o entrevistado 12 – Agente Comunitário de Saúde, ACS). Supomos, de qualquer forma, que elas indiquem a possibilidade de que os MESF entrevistados, apesar de assistirem aos idosos, não costumam se deter em pensar no assunto, não fazendo reflexões acerca desse processo. Foram como que “pegos de surpresa”:

*“Acontece desde o momento que você nasce até você morrer” (Ent.2 - Enfermeiro);*

*“Não é fácil, não né?” (Ent.3 - Enfermeiro);*

*“Eu acho que o envelhecimento... todo mundo vai passar por isso, né? Não tem nem como a gente esconder ou voltar no tempo, né?” (Ent. 4 – ACS);*

*“É uma coisa...assim... todos nós vamos envelhecer, né? .(Ent. 12 – ACS);*

Pensamos que essa aparente falta de reflexão, que talvez reflita a falta de espaços para discussão sobre o envelhecimento nos ambientes de trabalho, tenha reflexos na assistência, pois através dos conhecimentos e teorizações sobre o tema, dentro dos serviços de saúde, os sujeitos seriam convidados a participar do processo assistencial de uma forma mais ativa e fundamentada, o que teria um resultado provavelmente positivo no seu envolvimento nas ações voltadas para idosos.

Uma revisão de literatura realizada por Pinto e Bastos (2007), demonstrou que ainda são poucas as produções na área de Gerontologia, no que diz respeito a artigos científicos. Esses autores estudaram 38 artigos científicos, desses 21,1% tratam sobre transtornos de depressão e ansiedade, cognição e padrão de sono, 21,1% pesquisaram questões sociais, qualidade de vida, 5,2% desses artigos trata de questões nutricionais e 5,2% eram estudos epidemiológicos. Apesar de esse estudo demonstrar que houve um crescimento importante sobre a produção científica na temática Gerontologia, mostra que também ainda há muitas áreas para exploração de estudos. Outro ponto relevante da pesquisa desses autores que vêm ao encontro deste presente estudo é que identificaram a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam com os idosos, para proporcionar uma melhora na assistência, pois faria com que os profissionais pensassem a respeito e fizessem reflexões sobre o atendimento prestado hoje aos idosos em Unidades de Saúde da Família.

Em contrapartida, ainda nessa mesma discussão, encontramos também nas falas dos participantes alguns elementos que tendem ao oposto: alguns mostraram que são feitas reflexões sobre o tema, embora geralmente a partir de como olham *os seus próprios processos de envelhecimento*, inclusive com a utilização de conceitos teóricos para descrevê-lo. Sendo o fim da existência biológica algo constituinte da condição humana, consideramos ser esperado que as reflexões de fato se ancorem parcialmente nas percepções de como esse processo se passa com cada entrevistado, em particular. Pensamos que esses profissionais podem ter uma vantagem quando atuam nos processos e ações voltadas para os idosos, pois apresentam uma conscientização sobre a temática. Outros exemplos:

*“Acho que já estou na metade, então já dá pra ter uma [idéia]... Estou com 45 anos, já tá dando pra ver a diferença do processo. [...] [Assusta] você deixar de ter feito alguma coisa. [...] A gente não sabe o que tem do outro lado do mistério.”*  
(Ent. 1 - Odontólogo);

*“Você pega a família toda e vai envelhecendo junto com eles [...] (Ent. 5 – Auxiliar de Enfermagem);*

Essa forma um tanto mais reflexiva de olhar o envelhecimento pode ter tido influência de diversos outros fatores. Um deles é a maior demanda, nos serviços de saúde, que poderia estar convidando o profissional a pensar nesse processo. Veras, (2009) coloca que todas essa dinâmica de transição demográfica e epidemiológica traz como resultados a maior procura dos idosos por serviços de saúde e, inevitavelmente, os MESF se *defrontam* com esta questão.

A reflexão ou não do grupo de entrevistados sobre o envelhecimento, e como isso se dá, é importante para entendermos as representações sociais desse grupo. Segundo Herzlich, (2005) as representações sociais nos fazem compreender o porquê de determinados problemas se destacarem na sociedade, além de “esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade” (p. 61).

Atualmente, refletir sobre o envelhecimento torna-se praticamente inevitável para diversos grupos, talvez particularmente para os MESF, que estão em contato direto e diário com a transição que estamos vivenciando. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde, e particularmente das Equipes de Saúde da Família, por empreenderem um cuidado longitudinal, estariam entre os que se defrontam mais de perto com esta realidade.

### **5.1.2 O processo “natural” do envelhecimento**

Uma ênfase no termo “natural” para qualificar o “processo de envelhecimento” foi dada por diversos entrevistados. Parece tratar-se de um ponto de vista que valoriza a dimensão biológica (se consideramos “natural” em contraposição a “cultural”), talvez conotando uma ancoragem relativamente menor em teorizações científicas da área de ciências humanas. Também a utilização do termo “processo” traz à tona outras diversas representações que podem influenciar na forma de “olhar” para esse idoso.

A questão norteadora propunha a reflexão sobre o processo de envelhecimento, estando então a expressão “processo de envelhecimento” já presente na fala da própria pesquisadora-entrevistadora. Mas esta expressão foi utilizada também pelos entrevistados, mostrando possivelmente que há um conceito de que o envelhecimento, ou a própria existência humana, seja um “processo”, no sentido de ter um começo, um meio e um fim - e o envelhecimento significaria o fim. As falas citadas a seguir parecem representar, ao nosso ver, uma percepção principalmente de processo biológico, pois fazem referências a um fim

(biológico) e a doenças (físicas) . Ressaltá-las nos parece importante, pois a partir do que os Membros das Equipes de Saúde da Família (MESF) pensam sobre determinados fenômenos, e suas possíveis ancoragens, ficam mais nítidos os tipos de ações a serem desenvolvidas com a finalidade de fortalecer a função da atenção básica, como por exemplo a educação continuada:

*“O processo de envelhecimento a gente sabe que é natural ...caminho para um fim”  
(Ent. 1 – Odontólogo);*

*“O processo de envelhecimento eu acredito que é algo natural, ... acontece desde o momento que você nasce até você morrer, você está sempre envelhecendo e é claro que é mais acentuada a partir de uma determinada idade.” (Ent.2 - Enfermeiro);*

*“O envelhecimento é natural, é uma coisa natural ... Envelhecer é natural, mas com a idade vão chegando as doenças, vai chegando várias coisas que não tinha ... O processo natural mesmo todos têm aquelas doencinhas que todo mundo tem.” (Ent. 5 – Auxiliar de Enfermagem);*

Como o termo cultura aparecerá desse ponto em diante em nossa argumentação, achamos pertinente situar minimamente este conceito. A definição de cultura primeiramente foi formulada do ponto de vista antropológico. A Definição de cultura primeiramente foi formulada do ponto de vista antropológico e pertence a Edward Tylor<sup>24</sup>. Esse estudioso pretendeu demonstrar que a cultura pode ser objeto de estudo, pois “possui causas e regularidades” (LARAIA, 2009, p. 30) e definida como “...todo o comportamento aprendido, tudo aquilo que independe de uma transmissão genética” (LARAIA, 2009, p. 28).

Assim, ao se discutir o envelhecimento como “natural”, que significados esta expressão pode ter ou, noutros termos, quais seriam as representações reais desse conceito na voz de nossos entrevistados.

Segundo Uchôa (2003), a visão universalista de que o envelhecimento seria a deterioração do corpo (visão eminentemente biológica) tem como conseqüência o envelhecimento ser tratado como uma fase de declínio – e tal visão não é mais a verdade absoluta há alguns anos. São culturalmente ainda comuns, entretanto, que o processo de senescência (assim como outras fases do ciclo vital) seja comparado a eventos da natureza, como a estação do ano do inverno (“sem vida”), ao passo que a juventude é geralmente comparada com a primavera (“florescer da vida”).

Em sociedades não ocidentais pode-se perceber diversas imagens positivas do processo de envelhecimento “...questionando a universalidade da visão ocidental e ensinando

---

<sup>24</sup> Tylor, E. **Primitive Culture**. Londres, John Mursay & Co. [1958, Nova York, Harper Torchbooks].

uma representação de velhice enraizada nas idéias de deterioração e perda não é universal” (UCHÔA, 2003, p. 850), trazendo, ao contrário, o idoso e a velhice como uma conquista, como status social, sendo respeitados como autoridades máximas e o processo de envelhecimento visto como digno de admiração. Este tipo de visão mais positiva da velhice não foi comentado pelos participantes do nosso estudo.

Assim, apesar de os estudos antropológicos mostrarem que o processo de envelhecimento tenda a deixar de ser encarado com fato *natura*, para serem vistos como “fenômenos profundamente influenciados pela cultura” (UCHÔA, 2003, p. 851), em nossa amostra a ênfase que de dá parece-nos ser exatamente ao contrário: a ênfase no *natural*.

Entretanto, ancoragens em algumas teorizações científicas psicossociais (portanto, na área da ciências humanas, ao menos parcialmente) também estiveram presentes, embora as consideremos muito tímidas. Podem, no entanto, demonstrar que há uma possível inclinação para o conhecimento, por parte dos MESF entrevistados, para não apenas o foco biológico, mas para um olhar mais integral, entendendo o envelhecimento como um processo no qual estão inseridos outros aspectos e necessidades dos idosos, e não apenas necessidades biomédicas:

*“Eu acho que a primeira coisa é cuidar da qualidade de vida... pessoas que tem uma vida ativa, pessoas que trabalham fora eu acho que envelhecem menos do que as outras... pessoas que gostam de ler, de estudar... eu acho que depende muito da saúde mental das pessoas” (Ent. 3 - Enfermeiro);*

*“Eu acho assim, principalmente a gente que está em saúde pública, e a gente... pelo menos a enfermagem, eu acho que tem tudo a ver a parte psicológica, a parte mental, influenciando a parte física.” (Ent. 07 – Agente Comunitário);*

*“Hoje em dia eu acho meio complicado, antes as pessoas tinham menos tempo de vida, mas envelheciam melhor, eu acho. Hoje em dia eu acho que a preocupação tomou conta, quem hoje em dia não vive preocupado? Agora pensa: eu vou envelhecer e como vai ser a minha aposentadoria? O salário é muito pouco ... então não se envelhece com qualidade. [...]” (Ent.10 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“Tem a questão física e a questão mental, tem muitos que são jovens e que já são velhos mentalmente” (Ent.11 - Enfermeiro);*

Esses são aspectos importantes de serem ressaltados. Vão ao encontro da idéia de que é fundamental que os MESF estejam cientes dos processos que não são puramente biológicos, que o modelo biomédico não é o único a ser implementado.

Embora os dois aspectos inseparáveis do processo saúde-doença (processos patológicos, de fato epidemiologicamente mais comuns na velhice, e a experiência pessoal de todo esse processo – UCHÔA, 2003) devem ser considerados, a experiência do processo de envelhecimento e das doenças como construções culturais não parecem ser igualmente

ênfatisados pelos entrevistados, o que vai conformar seus “olhares” para o envelhecimento e influenciar, provavelmente, seus comportamentos concretos, incluindo a forma de assistência e atendimento oferecidos aos indivíduos idosos.

### 5.1.3 Promoção de saúde, prevenção, culpabilização e a estigmatização

Há um discurso por parte dos sujeitos da pesquisa sobre a promoção de saúde do idoso e prevenção primária de doenças. Percebemos nesses discursos uma certa culpabilização da família do idoso, e mesmo do próprio idoso, sobre o que pode interferir negativamente na saúde. Na representação desses entrevistados, os familiares deveriam ser mais atuantes. Nas entrevistas, tivemos a percepção que o envelhecimento não saudável (processo de senilidade) seria uma responsabilidade do idoso e de sua família, havendo menções de que “basta querer” (ter qualidade de vida), deve-se “ficar em cima”, “cada um cuida de si”, os familiares “abandonam” e “não se importam”:

*“Eu acho assim: para quem quer viver, ter uma qualidade de vida, a idade não impede, né? Basta querer, ir atrás [...] fazendo sempre o que ela deveria a pessoa tem condições de ter uma qualidade de vida muito boa... tem que cuidar da saúde o tempo todo” (Ent. 2 - Enfermeiro);*

*“Em relação à saúde, eu acho que cada um tem que cuidar de si próprio, porque normalmente as pessoas idosas têm uma baixa resistência, então ela tem que se cuidar mais e eu acho que vai de cada um. [...] O idoso ele fica doente mais fácil, ele não se cuida, então ele acha que vai morrer, então ele quase nem se cuida, por isso que às vezes os familiares têm que ficar em cima.” (Ent. 4 – ACS);*

*“Eu vejo o idoso, ele bastante abandonado, como agente de saúde, tendo contato direto com as famílias, e eu percebo isso: ele tinha que ser melhor assistido inclusive pelos seus filhos. [...] Eu vejo a falta da família como base, né? Nessa parte de envelhecer, têm que estar mais presentes, os filhos, né?” (Ent. 06 – ACS)*

*“Acho que acompanhamento familiar está faltando. [...] Filhos não estão se importando tanto com os pais. [...] A gente percebe que os filhos abandonam, a gente vai fazer visita e não visitam o pai e a mãe, não perguntam se estão precisando de alguma coisa, é um absurdo.” (Ent. 12 - ACS)*

*“Às vezes uma pessoa se entrega e vai envelhecendo. [...] Falta de atenção, filho abandona, hoje os filhos não estão nem aí...” (Ent. 13 - ACS)*

*“Outra coisa: eles têm filhos, mas não ajudam, então acontece isso [...] alguns casos... tem até um caso aí, que eu não quero citar nomes, que a família tem condições e não ajuda.” (Ent. 14 – Auxiliar de Enfermagem);*

Esses apontamentos podem ter diversas significações, certamente. Uma delas, que nos faz pensar, é que culpar alguém pelo processo de envelhecimento, principalmente o

não-saudável, ajuda a eximir outras “culpas”, ou responsabilidades (falta de programas específicos implantados nos Programas de Saúde da Família, falta de maior preparo dos MESF nessa temática, dificuldades de orientação para a família, a sobrecarga de trabalho etc.).

Todas essas “culpas” supomos que estão referidas nas entrevistas. Mas o que é mais importante nessa discussão nos parece ser o porquê dessas observações das responsabilidades do idoso e sua família pelo sucesso ou não do processo do envelhecimento: a idéia prevalente parece ser que mudar certos comportamentos leva ao envelhecimento de um membro da família “bem-sucedido”.

Para esta linha de discussão contribui o trabalho de Karsch (2003). Em um estudo sobre idosos dependentes, coloca que quando um idoso vai ser cuidado pela família por exemplo, cabe aos profissionais de saúde responsáveis, o exame dessa estrutura familiar. O autor constata que não há uma política mais pontual sobre as responsabilidades e os papéis atribuídos para as famílias, além de não se ter claramente quais são os apoios que o sistema de saúde tem que oferecer para essa família. O cuidado em casa do idoso é uma prática que deve ser estimulada, mas o sistema precisaria oferecer esse apoio no sentido de informações, assistência e orientações para essas famílias. Ou seja, mesmo quando o papel do familiar é essencial, ele deve ser instruído pelo sistema de saúde.

Essa falta do apoio que é descrita no estudo acima, pode estar colaborando para que os profissionais da saúde “culpabilizem” o idoso e a própria família. Os papéis podem estar perdidos, as funções não bem estabelecidas.

Segundo Silvestre e Costa Neto, (2003) o estresse pelos agravos físicos e emocionais “representa uma efetiva e progressiva ameaça” (p. 07) à saúde do idoso. Sendo assim, os autores colocam a importância da qualificação profissional, para uma visão mais realista e abrangente do processo do envelhecimento. Pois segundo os autores são atribuições comuns da equipe de Saúde da Família, voltadas a pessoa idosa: a) identificar os problemas de saúde e de risco a que o idoso está exposto, elaborando um plano para o enfrentamento do problema; b) as relações interpessoais devem ser valorizadas com o idoso e sua família para criar vínculo, confiança, afeto e respeito, dentre outras atribuições.

Lebrão e Laurentti (2005), em estudo com o objetivo de conhecer e identificar os arranjos familiares do município de São Paulo identificaram um grande número de idosos vivendo sozinhos ou com o cônjuge. Nesse estudo eles propõem que é necessário que haja uma reorganização assistencial, para potencializar o auxílio desse cônjuge. Outro ponto

destacado foi o crescimento de idosos dependentes pela diminuição da capacidade funcional, o que como consequência vai acarretar uma “sobrecarga familiar”.

Os enunciados dos entrevistados talvez revelem, então, o entendimento de uma correspondente menor responsabilização das equipes ou do sistema de saúde. A representação social presente, ao nosso ver, é de que atores “nomeados” (pessoas concretas, com nomes e sobrenomes, moradoras de um território) são mais facilmente identificáveis como podendo responder pelo que se processa no processo saúde-doença. Como se disse na entrevista 14 (em enunciado transcrito acima), “nomes” poderiam ser citados. No entanto, os gestores, os profissionais e o “sistema”, de modo geral, configuram-se como entidades mais abstratas, teriam uma menor visibilidade, inclusive por conta da fixação de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) abaixo da desejável. A responsabilização do “sistema” foi certamente referida nas entrevistas, como se vê abaixo, mas, ao que nos parece, de modo um pouco menos enfático, pois as críticas não são dirigidas a atores específicos:

*“As pessoas não são qualificadas para cuidar ... não temos nenhum trabalho voltado diretamente para isso, como conselheira da saúde eu falo para você ... como é deficiente.” (Ent. 6, ACS)*

*“A problemática é no sistema, o sistema está mal orientado, mal encaminhado, para absorver qualquer demanda.” (Ent.8, médico)*

*“Primeiro lugar, falta de espaço, nossa unidade é pequena. [...] Não tem estrutura.” (Ent. 9, Enfermeira)*

*“Eles mandaram pra gente a carteirinha do idoso, veio [uma gestora] e comentou sobre isso, sobre o envelhecer, mas ficou meio que parado. [...] Falta é a integração ... tem muita rivalidade.” (Ent. 10, Auxiliar de Enfermagem);*

Podemos perceber que o idoso, somente por ser idoso é estigmatizado em algumas falas dos entrevistados. O termo estigma, como é sabido, foi criado pelos gregos: os estigmas eram sinais corporais que evidenciavam algo de extraordinário ou de mal sobre o “status moral” de quem os apresentava. Atualmente, temos a seguinte definição sociológica: “um estigma, é então, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo. Portanto o termo estigma será usado em referência a um atributo depreciativo, mas o que é preciso, na realidade é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é, em si mesmo, nem honroso, nem desonroso” (GOFFMAN, 1975, p. 13).

Atualmente a construção social das idéias e ações sobre a terceira idade se opõe ao estigma da velhice, que é vista como o fim da vida, fase de doenças e solidão. Essas

duas visões atuais nos auxiliam para pensarmos nas questões e ações a serem tomadas. Esses modelos de envelhecimento no Brasil devem ser refletidos frente às desigualdades sociais expressivas de idosos que vivem na pobreza, não tendo acesso aos elementos que compõe a terceira idade (consumo de tecnologias e estilos de vida que associem a terceira idade como sinônimo de força e vitalidade (BARROS, 2006).

Ao longo do tempo é constituído o termo velhice nas relações intra e intergrupais. Neri (1993) enfatiza que o desconhecimento do significado de velhice e envelhecimento (o que ocorre no texto “pensar sobre o envelhecimento”) contribui para a manutenção e propagação da imagem negativa da mesma.

A visão de desvalorização dos mais “velhos”, ocorreu nos tempos modernos, na sociedade capitalista industrial, alimentada pela ideologia produtivista, para o qual o trabalho significa tudo na vida de um indivíduo, em resumo, se a pessoa não é mais capaz de trabalhar ou produzir, ela não possui valor perante sua sociedade ou país (MINAYO & COIMBRA JUNIOR, 2002).

#### **5.1.4 Ênfase no modelo biomédico**

A complexidade do processo de envelhecimento quanto às questões de saúde e doença, contém elementos que nos fazem pensar em interdisciplinaridade e no multiprofissionalismo. Nossa atenção sobre o corpus transcrito focalizou, portanto, esta questão.

É nítido em algumas falas que os entrevistados tendem a se apoiar sobretudo no modelo biomédico para compreenderem e atuarem profissionalmente sobre os problemas clínicos dos idosos. Esse modelo parece ser ainda muito presente na formação de todos os Membros das Equipes de Saúde da Família (MESF) e o atendimento clínico, mesmo na APS, parece ser fortemente baseado na figura do médico, que é sempre muito presente nas falas, e muitas vezes, responsabilizado pela assistência ao idoso.

*“... tem que ter acompanhamento médico desde que ela nasce fazendo sempre essa rotina...” (Ent. 2 - Enfermeira);*

*“Porque eles fazem o acompanhamento então eles tratam bem... pelo numero de consultas que a gente faz de hipertensos e diabéticos... tem bastante hipertensos e diabéticos nas áreas mais assim eles são bem controlados” (Ent.4 - ACS);*

*“... você percebe é colesterol, é triglicerídeos, diabetes, a pressão tudo relacionado... normalmente que tem hipertensão, tem diabetes também é raro tão sempre juntos e aí vem colesterol...” (Ent. 6 - ACS);*

*“A pessoa quando é idosa ela tem diabetes, pressão alta ela fica só tomando remédio... tem gente que toma de dez remédios por dia. Diabetes, pressão alta, colesterol, triglicérides, tudo isso” (Ent. 07 - ACS);*

*“... na minha população a mulher é bem mais preocupada, tanto é que você vê a porcentagem de pacientes que fazem consulta que procuram o médico, a maioria é mulher... procuram bastante médico” (Ent.9 - Enfermeira);*

O modelo biomédico, também chamado de modelo mecanicista (BARROS, 2002), atualmente ainda é predominante. Esse modelo surgiu na época do Renascimento e possibilitou várias descobertas e desenvolvimentos da medicina moderna. Esse processo favoreceu a valorização deste modelo biomédico: a preocupação era com o corpo e com as partes que o compõem, comparando-o com uma grande máquina, com as peças a serem reparadas. Os avanços trazidos por esse modelo foram enormes no campo das descobertas, apesar disso esse modelo possui algumas limitações, e a maioria delas nos parece terem sido mais perceptíveis a partir da transição epidemiológica que se processou durante o século vinte: a ênfase quase que absoluta nas doenças infecto-contagiosas deu lugar, progressivamente, às doenças crônico-degenerativas.

Mesmo com todo o avanço e com as tecnologias que foram sendo desenvolvidas, o modelo biomédico não consegue oferecer respostas para vários tipos de problemas do ser humano, particularmente de ordem psicológica, as questões subjetivas, que, segundo Barros (2002) acompanham qualquer doença, sobretudo as de mais longa duração. Os profissionais atualmente, mesmo sabendo desses componentes (psicológicos e subjetivos), parecem tender a não lidar com eles, talvez por não terem sido preparados em sua formação profissional. Os profissionais acabam por reduzir o paciente em partes, não conseguindo visualizar o todo. O termo reducionismo, muito utilizado, se refere a essa prática.

Sendo assim, quando MESF da APS utilizam falas que nos remetem ao modelo biomédico, isso pode ter implicações de como estes (pacientes) estão sendo “olhados”, podemos supor que esteja havendo um reducionismo dos problemas do paciente, e o que esteja sendo olhado, seja apenas a doença, o que faria com que a assistência não fosse integral.

Observamos, porém, que mesmo se nosso foco de análise se restringisse às doenças com manifestações predominantemente biológicas, observamos no corpus de

entrevistas um curioso reducionismo: uma ênfase repetitiva, quase que monocórdica, em dois problemas de saúde: hipertensão e diabetes:

*“A maioria é idoso, ali aquela população são uns coitadinhos, os idosos, eles não tinham nada, nem cobertura médica ... eram muito hipertensos, diabéticos, sem controle nenhum...” (Ent. 9 - Enfermeiro)*

*“Eu com quase oito anos de PSF, eu percebo que aumentou bastante a procura desse pessoal mais idoso, diabético e hipertenso e, pelo que eu penso, isso já faz parte do processo de envelhecimento” (Ent. 10 - Enfermeiro)*

*“Como agentes, a gente costuma fazer isso, acompanhar ele [o idoso] ... se ele é hipertenso e diabético” (Ent. 12 - ACS)*

Em outras falas dos entrevistados (em menor quantidade), já conseguimos perceber certa diluição dessas “responsabilidades profissionais” com outros membros não médicos da Estratégia da Saúde da Família, conotando um modelo talvez mais multiprofissional, no qual os diversos profissionais interagem e realizam suas funções de uma forma mais coletiva:

*“A gente começou fazer com o Dr. X [médico] e com a Yl [enfermeira] [grupos de palestras para os idosos]. A gente fazia ali na associação então uma vez por mês” (Ent. 4 - ACS);*

*“... acho que, assim, que como profissional da saúde [auxiliar de enfermagem] a gente tem que acompanhar desde que é jovem e acompanhado sempre para isso que serve o PSF né?”... “Aqui teve há um tempo atrás um grupo de caminhada, mas o pessoal parou de vir, os próprios usuários, um grupo que entra muito idoso ... e o nosso grupo que eu faço junto com a doutora, que isso é só nós duas que vamos mesmo, que é o grupo que visita domiciliar toda segunda” (Ent. 5 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“Então esses pacientes na realidade eles recebem um acompanhamento, cabe ao ACS por isso que existe esse trabalho maravilhoso: o ACS tá dentro da casa, você vê a relação idoso e o PSF com os profissionais daqui” (Ent. 6 - ACS);*

Na década de 1970, há pouco mais de três décadas, portanto, George Engel (1977) descreveu e destacou as insuficiências e limitações do modelo biomédico, além disso sugeriu “uma abordagem psicossocial”. Esse modelo permite que os processos saúde-doença sejam vistos com uma ótica um pouco mais abrangente, ou seja, como um resultado de interações de “mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais”. Sendo assim todo indivíduo é visto como corpo mente e o ambiente em que vive. Engel ainda coloca que a transição do modelo biomédico, citado acima, para o modelo biopsicossocial, era o maior desafio na década de 70 (FAVA & SONINO, 2008, p. 1). Atualmente segundo Fava

& Sonino (2008), esse desafio ainda não foi superado, ainda hoje o modelo dominante é o biomédico.

Sendo assim, não é de se estranhar que as representações sociais do grupo entrevistado sejam fortemente ancoradas no modelo biomédico. Porém, levantamos a hipótese de um reducionismo ainda maior: mesmo permanecendo dentro deste modelo mais restrito, os problemas de saúde sobre os quais se deve prestar a atenção clínica parecem ser reduzidos a dois, hipertensão e diabetes. No que pese sua real importância em termos epidemiológicos, verificamos que esta ênfase talvez se dê em detrimento da atenção a outros problemas de saúde graves e/ou prevalentes (dentre eles, o que analisaremos a seguir, a questão do uso problemático de bebidas alcoólicas).

Mas, apesar disso, muito tem se falado e aplicado do modelo biopsicossocial, no qual, os pacientes começam a ter uma visão mais confiante. O uso de estratégias “psicoterápicas” tem tido resultados importantes, principalmente sobre a qualidade de vida dos pacientes, demonstrando a força desse modelo. Quando os MESF conseguem visualizar o modelo biopsicossocial, a assistência oferecida pode transmitir essa crença para os pacientes demonstrando que existem outros profissionais especializados em outras dimensões da saúde, e que outros tipos de terapêuticas podem ser utilizadas no tratamento de diversas doenças. Em nosso estudo, o modelo biomédico predominou, mas mostra perspectivas para uma transição desse modelo para outros mais abrangentes.

Corroborando nossos achados, citamos um estudo quali-quantitativo, de Fonseca et al (2008), que entrevistaram 27 sujeitos de uma Unidade de Saúde da Família, sendo eles agentes comunitários e profissionais de enfermagem. Os autores estudaram as representações desses sujeitos em relação ao envelhecimento e, dentre os seus resultados, sobre a “representação do conceito de cuidado para os profissionais que lidam diariamente com o idoso” (p. 1282), destacaram-se os aspectos biológicos do envelhecimento. Segundo os autores, essa representação demonstra que o modelo biomédico ainda apresenta uma significação muito forte para os profissionais de saúde, o que vai ao encontro dos resultados da presente pesquisa.

## 5.2 Representações sobre o uso de álcool pelas pessoas de uma forma geral

*“Tem muita gente nova, sem experiência, às vezes tem vontade, mas não tem conhecimento. Então, o que a gente sabe, a gente ensina dentro da Unidade.” (Ent. 14 – auxiliar de enfermagem)*

Quanto às representações sociais dos MESF sobre o uso problemático de álcool (UPA), de uma forma geral (ou seja, não especificamente entre idosos), procuraremos abordar elementos visando entender como esses sujeitos da APS percebiam tal uso. Foram questionados sobre o que pensam sobre o tema, sobre quando, como e porque eles achavam que o uso passava a ser problemático. Nosso interesse foi basicamente procurar evidenciar e tentar compreender porque o saber dos entrevistados converge e/ou diverge em relação ao saber científico.

### 5.2.1 Conhecimentos eminentemente não técnicos na avaliação do padrão de uso

*“A gente tá ligando, pedindo vaga, se não consegue aqui, ali, liga pro [hospital]. São os nossos recursos.” (Ent. 13, ACS).*

Observamos, como regra, nas entrevistas, representações que consideramos baseadas em saberes eminentemente não técnicos sobre os padrões de consumo de álcool.

Quanto à representação sobre a etiologia da dependência de álcool, a menção de um entrevistado não se sustenta a partir do conhecimento teórico atual:

*“...é uma doença genética, se tem o gene, isto vai despertar muito cedo, como a gasolina: encostou, pega fogo. Esse gene pode manifestar muito cedo numa criança e chegar [...] 16, 17 anos e ele já tá dependente.” (Ent. 1 – odontólogo)*

Embora os entrevistados tenham identificado que há diversas “formas” de se fazer o uso desta substância, utilizaram basicamente conhecimentos que consideramos do senso comum sobre esses padrões, mesmo quando utilizando alguns termos de origem técnica:

*“...o alcoolismo ou o consumo, vamos dizer, o alcoolismo: já seria outro patamar. [...] o beber social... é a pessoa ter controle de saber quando ela pode beber, porque... a tolerância ao álcool é muito particular.” (Ent. 1, odontólogo);*

*“Era alcoólatra, totalmente alcoolizado.” (Ent. 9 – enfermeira)*

Os critérios utilizados para avaliar o padrão de uso de álcool foram variados, mas chamaram a atenção uma hierarquia de gravidade baseada nos incômodos que o indivíduo causa por seu comportamento, na frequência, na quantidade e no tipo de bebida alcoólica ingerida:

*“sinceramente eu não sei [o que é o uso problemático de álcool]....ela sofre por ter um marido assim” (Ent.2 - Enfermeiro);*

*“No meu conceito o uso é o uso social e consciente, a pessoa que toma uma cerveja numa festa ou uma taça de vinho antes do jantar ou numa festa [...] Agora a pessoa que estava em consumo já mais frequente já não é considerada simplesmente um consumo sadio então, na verdade nenhum consumo é saudável né? [...] a pessoa que não consegue passar mais de uma semana sem beber nada já é dependente. E o abuso já é uma pessoa que chega a uma embriaguez, quando embriaguez já é abuso” (Ent.3 - Enfermeiro);*

*“... os jovens estão usando cada vez mais por ai, cada vez mais pessoal alcoolizado na rua e você vê não são alcoólatras, não são dependentes, eles trabalham de segunda a sexta, chega sexta feira a noite... bebe no sábado, bebe no domingo e tem a cervejinha todo dia no almoço, e começa assim” (Ent. 5 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“Social, tudo bem [...] mas a gente vê uma turma aí bebendo garrafa de pinga” (Ent. 7 - ACS);*

Essas percepções ou modos de expressão sobre o uso problemático do álcool demonstram uma fundamentação em conhecimentos não técnico-científicos. As definições atuais sobre padrões problemáticos (uso de risco, uso nocivo e dependência) não consideram, por si sós, a frequência, quantidade ou tipo de bebida. Por outro lado, há evidências de que o consumo moderado de bebidas alcoólicas é fator de proteção para morbi-mortalidade cardíaca (COSTA et al, 2004), o que também não foi considerado pela amostra.

Sendo assim, a *ancoragem* deste tipo de conhecimento sobre padrões avaliativos de consumo, tal como revelado pelos participantes, parece se dar em conhecimentos do senso comum. A *objetivação* do usuário que faz uso problemático parece, então, se dar a partir de elementos que, embora presentes em parte dos usuários que fazem este tipo de uso, não são os fenômenos que devem ser avaliados para assim caracterizá-los.

Essa constatação permite supor que o rastreamento do uso de álcool entre membros da comunidade atendidos em seus serviços poderia ficar prejudicado, no sentido de que muitas pessoas que fazem o uso problemático do álcool não seriam identificadas e outras que

fariam um uso funcional podem ser erroneamente classificadas como bebedores problemáticos.

O álcool é a substância psicoativa mais utilizada na maioria dos países e no Brasil é legalizada para comércio e consumo de adultos. O fato de ser uma substância lícita, e aceita socialmente, por um lado talvez confira algum tipo de “segurança” para as pessoas que avaliam clinicamente este uso: *a priori*, o sujeito que usa não estaria fazendo algo “de errado”. Porém, quando diante da necessidade de avaliar o quanto este uso prejudica a saúde, recorre-se a – ou seja, ancora-se em – parâmetros mais facilmente quantificáveis: avalia-se o quanto e quantas vezes (o que nos remete à idéia de que o “problema” estaria no “uso que intoxica ou envenena”, no “uso exagerado”). Menos comumente, avalia-se *como* este uso ocorre e, neste sentido, faz-se um contraponto a essa discussão: na entrevista 9, há referência a *como* o uso problemático pode ser feito:

*“... ele tá vendo que tá hipertenso com diabetes e continua com o alcoolismo, ele está ciente daquilo, pq ele já foi orientado e ele continua aí eu acho que é um uso problemático” (Ent.9 - Enfermeiro).*

Porém, no que pese ter, de fato, possivelmente mencionado um dos critérios de dependência (a pessoa continuar usando a substância a despeito de saber que um problema físico que possui pode decorrer deste uso), o enunciado foi expresso de uma forma que consideramos descontextualizada, pois parece utilizar “alcoolismo” como sinônimo de “uso” ou “uso problemático”. Os usuários que fazem uso problemático parecem, assim, ser *objetivados* como uma categoria única.

Quanto às possibilidades de intervenção terapêutica em relação aos pacientes que fazem uso problemático de substâncias, alguns elementos de interesse foram identificados.

Chama a atenção que pode haver uma procura, *a priori*, pela “causa” do uso problemático, um “porquê” transcendente ao comportamento que, se descoberto, facilitaria a terapêutica:

*“Tem muitos casos que a pessoa bebe não porque ela quer beber, às vezes tem que ver o que está acontecendo na casa dele.” (Ent. 4 – ACS);*

*“Você tem que entrar no contexto da família para ver... esse paciente bebe por quê? O paciente perdeu o trabalho?” (Ent. 8 – médico);*

*“Já vem a questão familiar, não só a ingestão, mas também os problemas familiares que levam ao abuso de álcool.” (Ent. 11 – Enfermeira).*

As técnicas de intervenção breve (v. seção 1.3.5 da introdução) não são citadas. Em verdade, parece que em muitos momentos opta-se por não intervir, somente esperar:

*“A gente fala: ‘volta outro dia, vai pra casa, espera passar [a intoxicação aguda], até pra gente poder orientar [...] a gente acaba fazendo a nossa parte do lado de cá, não fica muito em cima.” (Ent. 11 – enfermeira);*

*“A gente pede para eles irem pra casa, principalmente os homens.” (Ento. 12 – ACS)*

Algumas idéias sobre como intervir estiveram presentes nas falas. Citam-se, por exemplo, encaminhamentos e propostas terapêuticas não sistematizadas (retirada gradual do álcool). Algumas vezes parece esperar-se pela demanda do paciente (a Estratégia da Saúde da Família não ajudaria a *criar* esta demanda):

*“Tentar ir tirando aos poucos. Na hora que essa pessoa chega e fli ‘eu quero reabilitação’, eu fiz [o encaminhamento], eu consegui, ela foi.” (Ent. 2 – enfermeira);*

*“Se ele já ta nesse patamar de consumo, ele precisa de ajuda. [...] sendo uma droga, tem que ter auxílio especializado. [...] existem instituições, AA ... a pessoa tem que buscar ali, aquela ajuda.” (Ent. 1 – odontólogo).*

Nesta última frase, observa-se uma representação de uma evolução linear dos problemas com álcool (“...já ta nesse patamar...”); só se precisaria de ajuda quando se está “nesse patamar” e, neste cãs, o ajuda tem que ser especializada. Portanto, a função da Unidade de Saúde da Família seria constatar e encaminhar, não percebendo o entrevistado como função sua o intervir de outro modo, nem a possibilidade de interrupção espontânea do uso problemático.

### **5.2.2 Supervalorização das visitas domiciliares e do papel dos ACS**

Talvez relacionada à extensa utilização de critérios não técnicos sobre padrões de utilização de bebidas alcoólicas, percebemos que há uma supervalorização das visitas domiciliares e do papel dos ACS, no sentido de identificar as pessoas que fazem uso problemático de álcool. Prioriza-se a proximidade física e não a “proximidade” por meio de recursos semiológicos:

*“(...) isso [rastreamento de pessoas que fazem uso problemático de álcool] teria que ser feito um acompanhamento muito próximo, até no âmbito da visita domiciliar” (Ent. 1 - Odontólogo);*

*“... [por morar no bairro, uma ACS] até sabe como dizer que aquela pessoa tem problema com bebida ou não, as outras [ACS, que não moram lá] muitas vezes não têm, por mais que ela passe na casa ela não tem vínculo, ela não mora ali, ela passa uma vez por mês e aí a gente fala que verifica ‘nas coxas’” (Ent.2 - Enfermeiro);*

*“as agentes comunitárias precisam assim... ver direitinho onde tem um alcoólatra” (Ent. 5 - ACS);*

*“Muito difícil [eles virem ao posto]. Na casa que a gente faz visita que a gente percebe” (Ent. 07 – ACS).*

À medida que os critérios de avaliação do uso problemático utilizados são não técnicos e sim baseados no senso comum, a avaliação “poderia” ser feita por um trabalhador não profissional de saúde. Noutros termos, à medida que as representações sociais sobre uso problemático são baseadas *no quanto e com que frequência* se usa álcool, bastaria alguém que fizesse tal aferição simples e, neste caso, nada melhor do que fazê-lo *in loco*, onde este uso acontece, no domicílio ou em suas vizinhanças. Neste sentido, o diagnóstico “poderia” também ser feito por um familiar.

Entretanto, obviamente, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é quem faz o maior número de visitas domiciliares, não poderia ser responsável por diagnósticos clínicos, pois nas visitas ele poderia apenas identificar *queixas* relacionadas ao problema, para relatá-los aos profissionais clínicos da Unidade para que fosse feito o diagnóstico adequado. Esse tipo de intervenção, que consideramos ser a adequada ao papel das ACS, foi colocada em apenas um relato (da entrevistada 13):

*“Funciona assim, eu visito né, eu constatava algum problema, aí eu vou tá levando para a enfermeira, aí ela vai passar por exame com o médico, aí agente junto vai ver o que pode estar fazendo, mas a palavra final é dela, eu só tenho que constatar o problema e trazer pra ela” [Ent. 13 - ACS];*

Por vezes, a ineficácia dos ACS pode ser criticada:

*“Ela não mora ali [na micro-área correspondente], ela passa uma vez por mês e aí a gente fala que verifica ‘nas coxas’”. (Ent. 2 – Enfermeira).*

Fazendo uma reflexão sobre o trabalho do ACS, e recorrendo às considerações de Nogueira (2002), este trabalho veio “atender as necessidades de amenizar os efeitos deletérios à saúde, gerados pelo modelo hegemônico, centrado na figura do médico e em altas tecnologias e equipamentos que elevam os custos de sua manutenção” (p.92). Embora essas finalidades sejam plenamente defensáveis, elas não devem significar, ao nosso ver, a *exclusão*

de tecnologias clínicas na avaliação dos pacientes (no caso, tecnologias leve-duras – Merhy, 2002 – representadas pela correta aplicação de critérios diagnósticos). As falas da entrevistada 13 vão ao encontro dessas nossas considerações.

No que diz respeito à avaliação do UPA, é possível que as atribuições do trabalho dos ACS tendam a ser construídas sem uma orientação muito clara por parte das Equipes, com responsabilizações talvez excessivas.

Talvez haja uma desproporção entre o perfil real das Equipes e o perfil esperado, acarretando esforços dos ACS para superar incompetências dessas Equipes. Este descompasso existe de forma muito nítida e acredita-se que seja uma das maiores causas de sofrimento cotidiano do ACS, sobre os quais cotidianamente expectativas de várias naturezas são depositadas, como: observação, identificação, iniciativa, busca, difusão dos conhecimentos, integração, incorporação de valores, produtividade, postura profissional *equilibrada*, dentre outras. Se não correspondidas, causariam desdobramentos significativos, afetando o membro talvez mais estrutural da estratégia de Saúde da Família (MARTINES & CHAVES, 2007).

A valorização de visitas domiciliares, a serem feitas por membros das equipes sem formação específica em saúde, para suspeição de padrões problemáticos de consumo de álcool, ao nosso ver deve ocorrer em algumas situações, pois pode ocorrer que a pessoa que tem problema com álcool jamais compareça à Unidade. Caso não diretamente supervisionado, no entanto, esse recurso pode acarretar algumas consequências negativas, uma vez que não faz parte das competências dos ACS utilizarem padrões técnico-científicos para identificação ou suspeição de casos. Dentre os ACS entrevistados, perceberam-se elementos importantes, na esfera atitudinal, em suas falas, sobressaindo uma percepção de pertencimento às ESF:

*“A gente já fez [grupos]. A gente já começou a fazer com que o Dr. X [médico] e com a Y [enfermeira], a gente fazia.” (Ent. 4 – ACS)*

Porém, não se sentem, como até é esperado, competentes para as avaliações que deles por vezes é esperada pelos outros membros da equipe:

*“O agente comunitário não tem essa capacitação para abordar o paciente alcoólatra.” (Ent. 4 – ACS)*

Os parâmetros que eventualmente utilizariam carecem de maior fundamentação, mas por vezes diagnósticos são feitos, também “sensoriais”, prevendo a colaboração dos recepcionistas das Unidades:

*“Não são dependentes, eles trabalham de segunda à sexta. [...] sempre caídos em algum lugar por aí. [...] Esse daqui, ele faz uso há muito tempo e ele já é dependente de álcool.” (Ent. 4 – ACS);*

*“O ACS tá dentro da casa, você vê [...] É toda uma questão para ser avaliada na frente, pela pessoa que está no balcão, que seria a recepcionista, que ela já tem uma pré... que é para poder avaliar a situação.” (Ent. 6 – ACS);*

*“Logo percebi que é um jovem dependente ... eu percebi que ele estava cheirando álcool.” (Ent. 6 – ACS);*

*“Geralmente a gente coloca na ficha de cadastro se ele é alcoólatra.” (Ent. 12 – ACS).*

### **5.2.3 Supervalorização de tecnologias leves e duras, em detrimento das leves-duras**

Os MESF entrevistados, incluindo os profissionais de nível técnico ou superior, utilizaram-se de uma caracterização psicológica e física dos indivíduos que fazem uso de bebidas alcoólicas que, ao nosso ver, também não se caracterizou como *técnica*. Primeiramente, mencionamos frases que refletem uma tentativa de caracterização psicológica feita pelos profissionais de saúde entrevistados:

*“... ele nunca acha que é alcoólatra [...] você não sabe como a pessoa vai reagir.” (Ent.1 - Odontólogo);*

*“A maioria não consegue reconhecer, né? E não tem vontade também de estar largando, para ele tá bom assim não está interferindo em nada” (Ent. 2 - Enfermeira);*

*“No começo eles não acham que é doença, eles acham que simplesmente é uma coisa que eles querem fazer e eles fazem e porque gostam simplesmente, podem parar a hora que eles quiserem mas depois eles veem que eles não conseguem.[...] eles nunca acham que estão dependentes [...] ficam muito tempo na fase de negação... ” (Ent.3 - Enfermeira);*

*“A partir do momento, que ele começa a ser agressivo em casa, começa a largar a família [...] ficam agressivos, ficam bravos [...] quando eles chegam lá, eles chegam incomodando” (Ent. 9 – Enfermeira).*

Observe-se que os entrevistados 1 e 2 se referem ao mecanismo psicológico da negação da gravidade do problema, o que é sabido como algo comum entre os dependentes. Entretanto, não nomeiam – ao contrário do entrevistado 3 – este mecanismo (negação), ou seja, não se referem à teoria psicológica subjacente, razão pela qual dizemos que seriam

afirmações aparentemente baseadas no senso comum. É possível, ao que nos parece, que as ancoragens destas representações se façam sobre avaliações do *caráter* dos usuários de álcool (“gostam simplesmente”, “não tem vontade”) ou sobre seu temperamento (comportamento imprevisível, agressivo). Talvez ocorra uma tendência à estigmatização do idoso:

*“Muito aquela coisa da vergonha, da pessoa não falar a verdade.” (Ent. 11 – Enfermeira);*

Na entrevista 3, observe-se que a entrevistada refere-se a “gosto” por bebidas alcoólicas, não mencionando (como nenhum dos demais) a característica típica da compulsão ao uso e que explicaria, do ponto de vista psicológico (científico), esse *gosto excessivo* (senso comum) pelo álcool mencionado pela entrevistada.

Quanto à caracterização física dos usuários problemáticos de álcool:

*“eles são teimosos, não procuram ajuda, eles tem vergonha de falar que bebem”... porque eles ficam enfiados dentro de casa bebendo ou com os amigos no bar bebendo, raramente eles vem aqui”... “eles estão fedendo álcool...eles ficam agressivos” (Ent. 2 - Enfermeira);*

*“pelo menos não chegou mais com hálito, fala mole, tropeçando” (Ent.3 - Enfermeira);*

*“faz um tempo que ele não bebeu e ele fica com tremor ele ta... ele fica muito ansioso ele quer ir embora logo” (Ent. 4 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“ele esta com fraqueza, se ele sente tontura, porque ele não dorme a noite, tem alucinação” . “eu percebi que ele estava cheirando álcool” (Ent.5 - ACS);*

*“ a gente não agüenta o cheiro dele”... “vinha para unidade nossa e falava muito alto” ... “mas eles chegam lá com cheiro de bebida” (Ent. 9 - Enfermeira);*

*“estava subindo ai o posto embriagado, ele caiu, chegou todo machucado”... “ele saia de manhã, passava aqui tropicando”... “começa a resmungar, não falar coisa com coisa” (Ent. 10 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“porque eles são inconvenientes, porque querem ficar pegando” (Ent. 15);  
“eles ficam falando demais” (Ent. 12 - ACS).*

Observe-se que muitas dessas menções se baseiam nos órgãos de sentido dos entrevistados: olfato (“fedendo álcool”, “cheirando álcool”, “com hálito”), audição (“fala mole”, “fala alto”, “falando demais” “resmungar”) e visão (“chegar tropeçando”, “passava aqui tropicando”, “com tremor”, “caiu, chegou machucado”). De fato, a constatação de alguns sinais físicos através dos órgãos de sentido dos profissionais de saúde é parte integrante da semiologia que devem utilizar na avaliação. Chamamos a atenção, no entanto, para que os conceitos teóricos básicos correspondentes ao que seus sentidos captam (ao que “sentem”)

não são mencionados. Nos exemplos mencionados, corresponderiam à intoxicação aguda, disartria, síndrome de abstinência etc.). Inferimos que provavelmente tais conceitos não sejam utilizados também em suas práticas de cuidado à saúde dos usuários, valorizando-se mais um “saber diretamente” a partir, como dissemos, de uma proximidade física, como se o objeto a ser avaliado estivesse contido numa amostra da vida do paciente:

*“Os agentes comunitários que fazem as visitas domiciliares têm um contato muito maior e sabem diretamente os problemas da pessoa.” (Ent. 1 – Odontólogo).*

A valorização da avaliação “direta” pode fazer com que o indicador “intoxicação aguda” seja sobrevalorizado:

*“A pessoa entra aqui, nós não sabemos, se ela não estiver alcoolizada.” (Ent. 2 – Enfermeira)*

“Ser” ou “não ser” um paciente que faz uso problemático de álcool é uma questão de “saber ou não saber” e, não, de ser averiguada:

*“E foi assim, uma morte de repente, eu nem sabia que ele era alcoólatra.” (Ent. 9 – Enfermeira)*

Assim, ainda nos termos propostos por Merhy (2002), não foram percebidas, na amostra, como regra geral, representações baseadas em *tecnologias leve-duras* (conhecimentos clínicos e epidemiológicos que se traduziriam em avaliações técnicas). Como possível conseqüência compensatória das representações acima, podemos perceber que nas questões sobre avaliação há uma supervalorização das *tecnologias leves*, pois, não havendo instrumento clínico utilizado pelos sujeitos da pesquisa no que diz respeito ao rastreio do UPA, parecem, quase exclusivamente, basear suas condutas em aspectos das relações humanas:

*“dependendo da pessoa ela não vai ter aquela confiança para contar... converso com a pessoa, tento mostrar que ela pode estar confiando em mim (...) depois ela abre o jogo, fala o que ela quer realmente, o que ela faz o que ela usa e tal... não sei porque, mas eles confiam muito em mim, ele sempre vem falar comigo” (Ent. 2 - Enfermeiro);*

*“Na realidade o que feito é uma avaliação, ele não vai passar ao médico pelo simples fato de ele ser usuário de álcool... quem está no balcão que seria a recepcionista que ela já tem uma pré...que é para poder avaliar a situação que também não é o suficiente né” (Ent. 6 - ACS);*

*“... não tenho [dificuldade em abordar usuários de álcool], eu começo em tom de brincadeira, depois eu levo a sério, começo a pegar no pé. Eu chego e falo “que cheiro de pinga parece que tem gente que bebeu hoje”, eles dão risada e fala que foi só um pouquinho” (Ent.7 - ACS);*

*“Geralmente eles chegam no balcão ou diretamente para mim, e eu acabo conversando sobre o que está acontecendo, se está realmente querendo parar...” (ent.11 - Enfermeiro);*

*“Com certeza, no início é difícil, depois você pega amizade sabe eles vêem que você está querendo ajudar que o nosso intuito é esse, aí eles falam tudo, todos os problemas que eles têm a gente que tem esse vínculo com a população” (Ent. 12 - ACS).*

Não se trata de desqualificar a utilização das tecnologias *leves* – ao contrário, à medida que elas fazem parte, de modo essencial, da avaliação do quadro de qualquer paciente, sobretudo dos que têm mais dificuldades de chegar e aderir a um acompanhamento, como costuma ser o caso dos usuários problemáticos de álcool. Chamamos a atenção apenas para a possibilidade de tais tecnologias serem talvez sobrevalorizadas para *compensar* a não utilização de conhecimentos técnico-científicos (tecnologias *leve-duras* e *duras*). Nos termos da teoria das representações sociais, os usuários do sistema de saúde que fazem uso problemático de álcool parecem ser *objetivados* apenas como membros de uma comunidade (como, certamente, são), porém não também como *pacientes* (que, de fato, também são). Mesmo uma área médica que utiliza tipicamente ferramentas “leve-duras”, como a psiquiatria, pode ser vista como dependente de tecnologias duras:

*“Se for psiquiatria, se eu não me engano, tem protocolo sim, tem que ter raios-x e tal.” (Ent. 2 – enfermeira).*

A sobrevalorização de tecnologias duras parece ser “transmitida” também aos MESF que, a priori, menos a utilizariam (os ACS):

*“Muitos PSF não têm as medicações necessárias para aplicar tipo assim no alcoólatra.” (Ent. 4 – ACS);*

*“É colesterol, é triglicérides, diabetes, pressão, tudo relacionado.” (Ent. 5 – ACS);*

*“Ele vai passar por um clínico geral... para que sejam feitos todos os exames, que aí a dosagem do álcool, triglicérides, diabetes...” (Ent. 6 – ACS).*

### 5.2.4 Representações dos entrevistados sobre seus processos educativos

*“Nunca tive [capacitação]. Eu só tenho a experiência de ter trabalhado.” (Ent. 14 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“Nunca o psiquiatra chamou para fazer reunião: ‘olha, os alcoólatras têm que ter esse encaminhamento, esse tratamento, vamos usar isso... na rede usa tal medicação’.” (Ent. 8 – Médico);*

As próprias dificuldades acima constatadas sobre a identificação, avaliação clínica e manejo das pessoas que utilizam de forma problemática o álcool foram também representadas pelos Membros das Equipes de Saúde da Família (MESF). Houve manifestações, por parte destes, de que necessitam capacitar-se para que os atendimentos sejam feitos de forma mais adequada:

*“Não vejo uma coisa assim muito específica (sobre o álcool) na minha formação foi pincelado apenas... não sei como está a grade curricular das faculdades, eu sou formado faz 22 anos” (Ent.1 - Odontólogo);*

*“Realmente é importante qualquer capacitação” (Ent. 2 - Enfermeiro);*

*“Uma abordagem né? Como abordar o paciente alcoólatra né? O agente comunitário não tem essa capacitação para abordar o paciente alcoólatra. A gente sabe de diabetes, hipertensão por quê? O Doutor atende e a gente teve curso também né?... “por isso que a gente sabe mais, mas assim de psiquiatria...”(Ent. 4 - ACS);*

*“o que falta é essa capacitação” (Ent.5 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“Não [nunca fez um treinamento sobre alcoolismo]... nós não temos noção de nada, não conhecemos a população [que faz uso problemático de álcool] não conhece nem o serviço da gente não sabe como que é” (Ent. 7 - ACS);*

*“Nunca foi feito uma palestra de psicologia ou psiquiatria... nunca o psiquiatra chamou para fazer uma reunião... na hora que você estabelece um protocolo de atenção diferenciado para esse tipo de paciente não tem como você fugir da norma... a maioria dos médicos não fizeram curso de especialização de medicina da família, a maioria dos médicos não entrou para trabalhar no PSF porque gostam da saúde pública, da saúde coletiva” (Ent. 8 - Médico);*

*“No geral, eu até parei de cobrar da secretaria, mas o enfermeiro tem curso, às vezes toda semana, mais voltado a eles, mas eles vão lá e não passam para o pessoal, é mais para capacitar o próprio enfermeiro... “falta um preparo melhor” (Ent. 10 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“Não, a gente foi adquirindo com o tempo sabe, não tivemos [capacitações]... quando eu comecei, eu aprendi na raça depois eu fiz um curso de agente de saúde” (Ent. 13 - ACS).*

Na primeira frase, acima (do entrevistado 1), subentende-se a noção de que teria havido, na visão do entrevistado, uma falha curricular na abordagem de questões relativas ao consumo de álcool pelos pacientes – o entrevistado não expressou, porém, a possibilidade de educação continuada, parecendo ter uma visão menos dinâmica do processo educativo.

Nos demais exemplos, as expressões “qualquer capacitação” e “não temos noção de nada”, “falta um preparo melhor” parecem-nos indicar que eles se percebem sem os recursos mínimos para atuarem, estando porém abertos para uma mudança desta situação ou, mais do que isso, desejosos disso. A expressão “aprender na raça” corrobora esses sentidos. Nestes sentidos, representam-se a si próprios como desapossados de habilidades necessárias para lidar com pessoas que fazem uso problemático de álcool (UPA), ao mesmo tempo em que parece que *objetivam-se* como *educandos em potencial*.

Em algumas dessas falas, observam-se também menções indiretas à gestão político-administrativa dos serviços de saúde aos quais os entrevistados se vinculam. Isto ratifica, da parte dos trabalhadores, a percepção de um crescente consenso entre gestores e trabalhadores do SUS: a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos interferem de forma importante na qualidade da assistência prestada e no grau de satisfação dos usuários. Constata-se que o perfil dos profissionais não está adequado para uma “atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (JUNQUEIRA, et al, 2009, p. 129).

Das falas dos entrevistados, pode-se inferir estarem abertos a mudanças (como referido, representam-se, aparentemente, como *educandos em potencial*). Isto remete à discussão sobre as práticas de educação permanente, proposta de intervenção baseada na perspectiva de educação enquanto possibilidade de construir espaços coletivos para reflexão e avaliação das ações produzidas durante o processo de trabalho. A educação permanente em saúde colocaria o cotidiano do trabalho em saúde, os atos produzidos diariamente, como o objetos de reflexão e avaliação. O conhecimento teórico (mesmo que existente, mas que não parece ser o caso) não é isoladamente uma ferramenta eficaz: saber aplicá-la no dia a dia que caracteriza um profissional completo, como citam Ribeiro & Motta (2005).

### 5.3 Representações sobre o uso de álcool problemático pelos idosos

E finalmente chegamos à discussão das representações sociais dos Membros das Equipes de Saúde da Família (MESF) em relação ao uso problemático de álcool (UPA) entre idosos. Nesta última categoria a ser discutida procuraremos abordar o que há de mais específico sobre o encontro das duas condições anteriormente comentadas.

Tal uso não tem recebido a atenção necessária, ao nosso ver. Trata-se, na verdade, de uma constatação realizada por diversos autores e que apresentaram algumas possíveis razões para isso: o idoso, como em geral ocorre com qualquer pessoa que faça uso disfuncional de álcool, tem dificuldade em assumir o seu problema com o álcool (por vergonha, ou negação, dificilmente essa população procura os serviços de saúde assumindo seu problema com o álcool); apresentação aparentemente inespecífica do uso de álcool nesse grupo etário (apesar de se saber que as consequências do uso problemático de álcool em idosos são mais graves do que em adultos jovens, o problema é que talvez a mesma quantidade que um jovem consuma e não seja considerado prejudicial, no idoso pode estar sendo) e por último existe ainda a crença de que problemas com uso do álcool são raros em pessoas idosas. Além dessas razões existe um agravante: geralmente os indivíduos idosos que fazem uso problemático de álcool também utilizam medicações concomitantemente (FARRAGHER et al, 1994; BEULLENS & AERTGEERTS, 2008; HULSE, 2002).

Beullens & Aertgeerts (2008) fazem um apontamento importante sobre a dificuldade de detecção do uso problemático de álcool em idosos: a quantidade de álcool consumida não é uma medida confiável *de risco* em pessoas idosas, porque elas podem beber relativamente menos, em cada ocasião em que bebem, podendo no entanto experimentar o mesmo efeito de jovens usuários. Isso se deve a especificidades fisiológicas, já discutidas nesse trabalho no capítulo introdutório e sistematizadas na Tabela 1 da seção 1.2.2.

Todas essas questões podem estar na origem do primeiro achado sobre as representações sociais dos sujeitos da pesquisa, ao serem questionados sobre o uso problemático de álcool por pessoas idosas: tudo indica tratar-se de uma população *oculta* aos entrevistados. Ao colocarmos nestes termos, vamos ao encontro de Nóbrega (1990), para quem as representações sociais são uma instância intermediária entre conceito e percepção, situando-se nas dimensões de atitude, informações e de imagens. Ela colabora para a formação de condutas e para orientação das comunidades sociais. Esta representação social

corresponderia, então a uma imagem que os entrevistados parecem ter sobre esta problemática.

### 5.3.1 Uma “população oculta” – a existência do que não se vê

Em um primeiro momento, nas entrevistas, foi chamativo que esses idosos em questão (os que fazem uso problemático do álcool), não parecem ser “vistos” pelos MESF, portanto existindo, aparentemente, uma barreira já inicial para se estabelecer o cuidado.

*“... eu não vi nenhum caso de paciente que veio aqui e precisou de ajuda para reabilitação por causa do álcool, porque eles ficam enfiados dentro de casa bebendo ou com os amigos no bar bebendo, raramente eles vem aqui” (Ent. 1 - Odontólogo);*

*“... a gente tem que buscar, às vezes a gente encontra, por exemplo, questionando a pessoa, tipo pessoas que vêm com hipertensão ou alguma outra coisa que a gente vê que foi do abuso de álcool ou do uso contínuo... o que a gente encontra muita dificuldade é da adesão do próprio idoso ou do próprio usuário da rede pública ele não adere... ficam muito tempo na fase de negação... eles fogem da rede básica, de atenção básica... quando eles chegam na saúde de atenção básica é por outros problemas que as vezes são devido ao uso de álcool” (Ent. 2 - Enfermeiro);*

*“a gente quase não atende idoso... eu acho que é difícil ter um idoso assim alcoólatra, idoso alcoólatra não tem”... (Ent. 3 - Enfermeiro);*

*“nós aqui não temos paciente que sejam nessa idade fazendo tratamento especificamente para evitar ou conter o consumo de álcool, ou alguma patologia decorrente do consumo de álcool... o paciente que é alcoólatra dificilmente ele procura uma unidade de saúde” (Ent. 8 - Médico).*

A frase “idoso alcoólatra não tem” (Ent. 3) parece-nos emblemática dessa “invisibilidade”. Sabe-se que várias subpopulações são relativamente “ocultas” ao sistema de saúde (*hidden populations*), parecendo ser o este o caso de nosso objeto de estudo.

Importante entender como é definido esse tipo de população, que existe e não é vista, ou que não é “olhada” pelos serviços de saúde, o que remete à questão da acessibilidade de certas populações aos serviços e cuidados de saúde, ou seja, às *populações especiais* quanto às dificuldades de acesso. A questão da acessibilidade pode ser considerada tanto a partir do *tamanho* desta *população especial* em relação à população geral, quanto a partir do grau de dificuldade inerente à *localização* dos mesmos pelos cuidadores (FERNANDES & CARVALHO, 2000). Tem-se, então, *populações raras* (quando a característica que as define apresenta baixa prevalência na população geral, mesmo que a sua localização seja facilmente

detectada), *populações marginais* (indivíduos com determinadas características que vivem em menor número e marginalizadas dentro de uma população) e, por último, e que vem ao encontro de nossa pesquisa, a *população oculta*:

“verificamos que em causa não está a prevalência do traço ou característica na população geral (que poderá ser elevada), mas as dificuldades que se colocam à sua localização; tal deve-se à natureza ameaçadora do traço específico em questão, habitualmente de cariz ilegal ou socialmente reprovado” (Fernandes & Carvalho, 2000, p. 21).

No que pese ser a prevalência de UPA entre os idosos realmente mais baixa do que na população geral, não se pode considerá-la em absoluto considerá-la como uma população *rara* (v. as considerações epidemiológicas feitas na seção 1.2.4). E também temos esses achados em trabalho publicado recentemente (LARANJEIRA, et al, 2010).

O que estamos discutindo aqui, então, seria a dificuldade de *localização* dos idosos que fazem uso problemático de álcool, o que, em parte, talvez realmente se explique por uma tendência à reprovação social a que estes idosos estão sujeitos (como acentuado por Fernandes & Carvalho, 2000, e detectada por nós quando se falou em estigmatização dos idosos na seção 5.1.3).

Fernandes & Carvalho (2000) ainda apontam para algumas dimensões importantes na definição da *população oculta*. Quanto à dificuldade de localização, ela não ocorre pela prevalência do traço e sim pela ocultação desse traço, que muitas vezes é feita pelos próprios sujeitos, embora não apenas por eles. As populações ocultas ainda são caracterizadas pela falta de “sistemas formais de serviços” (p. 21), ou seja, pela não observância específica desta população pelos serviços. O texto ainda deixa claro que a população oculta é oculta dos sistemas formais, mas essa mesma população pode ser conhecida pelos serviços informais, como no caso dos grupos de auto-ajuda, no caso da presente pesquisa, por exemplo, os Alcoólicos Anônimos (AA).

(Como curiosidade, o Brasil é um dos países com maior número de grupos de AA no mundo, mas os estudos que se ocupam do UPA em idosos, pelas estratégias *terapêuticas* utilizadas pelos membros do AA, ainda são raros, como apontou Campos, 2004).

Como esperar então, que se *represente* (conceitue) o que “não é visto” (percebido, identificado) e, depois, avaliar e prevenir o que “não existe” na visão dos membros das equipes de saúde da família (MESF)? Essas ações ficam certamente prejudicadas, pois não se pode atuar no invisível ou no *não representado*. Um exemplo particularmente chamativo quanto a isso foi a entrevista 6, com uma ACS que, apesar de

estimulada constantemente a falar sobre idosos que fariam uso problemático de álcool, não se referiu ao que pensa sobre esta problemática.

Neste sentido, tivemos dificuldades em pensar em *âncoras* dessas “não representações sociais”. Entretanto, ao se depararem com a idéia lógica de que existem esses pacientes, os entrevistados parecem então *objetivá-los* como pacientes fugidios, que “se enfiam” em suas casas para beber (Ent. 1) ou então bebem em bares (Ent. 11), locais de exercício de sociabilidade inacessível ao setor saúde:

*“Idosos a gente sabe que tem, quanto a gente vai à casa, sabe que está no bar, bebendo, a gente sabe...” (Ent. 11, enfermeiro);*

*“Tem muitos aposentados perdidos no bar o dia inteiro, tomando cerveja de manhã.” (Ent. 15, enfermeira).*

### 5.3.2 Sobre a avaliação e o rastreamento

No item 1.3.5 do capítulo introdutório fizemos uma revisão sobre os instrumentos clínicos para abordagem, detecção e intervenções aos pacientes usuários problemáticos de álcool. Constatamos a partir dos enunciados dos entrevistados uma provável falha na detecção dos idosos que fazem UPA, o que parece se associar à falta de uma semiótica específica para este tipo de avaliação, assim como à falta de instrumentos padronizados de rastreamento do uso de álcool. Ao que tudo indica, os sujeitos de pesquisa não conhecem esses instrumentos, dificultando a identificação dessa população.

*“É complicado para gente porque a gente não sabe nem como abordar o paciente alcoólatra, a gente vai direto com a família dele.” (Ent. 4 – ACS);*

*“A gente pergunta, sabe? O senhor bebe muito? “Ah! eu bebo todo dia”(Ent. 5 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“Na realidade o que feito é uma avaliação, ele não vai passar ao medico pelo simples fato de ele ser usuário de álcool” ... “Quem está no balcão, que seria a recepcionista, que ela já tem uma pré... que é para poder avaliar a situação que também não é o suficiente né...quando é feita essa pré avaliação muitas vezes é encaminhada para a enfermeira coordenadora ai ela fecha e ela vai estar encaminhando para consulta, ele vai passar por um clinico geral aqui com a gente ta? Para que sejam feitos todos os exames que ai a dosagem de álcool, trigliceris, diabetes”(Ent.6 – ACS);*

*“Não tem (instrumentos de avaliação para alcoolistas)”(Ent. 10 – Auxiliar de Enfermagem).*

Em nenhum momento os membros das equipes mencionaram a utilização de instrumentos de rastreio ou algum tipo de avaliação padronizada para os sujeitos que fazem uso problemático de álcool, como os relativamente bem conhecidos AUDIT e CAGE. Parecem ser meios totalmente inexistentes para esses participantes. Mesmo que haja um impulso de busca ativa de casos, ela não seria efetivada por meios sistemáticos; em um dos exemplos abaixo, cita-se corretamente, ao nosso ver, o uso da oportunidade (própria da APS) na tentativa de detecção de casos – detecção, porém, não instrumentalizada:

*“A gente tem que buscar, às vezes a gente encontra, por exemplo, questionando a pessoa, a gente conseguir tipo pessoas que vêm de hipertensão ou de alguma outra coisa que a gente vê que foi do abuso de álcool ou do uso contínuo.” (Ent. 3, enfermeira);*

*“Você não consegue pegar ele para fazer exame, não dá certo de pegar ele aqui.” (Ent. 5, auxiliar de enfermagem).*

As representações sociais acerca de avaliação ou de suspeição diagnóstica parecem, então, valer-se da idéia de ausência de instrumentos técnicos (semiológicos ou instrumentos padronizados) para realizá-las. Como se, diante de um paciente, duas possibilidades existissem: o paciente faz ou não faz uso problemático (muitas vezes referido como *alcoholismo*), não havendo porém um modo de distinguir essas situações. A avaliação, então, parece depender *do que se diz* a respeito desse paciente (do que a ACS diz, do que a família diz, enfim, do que “se diz” no senso comum). A *ancoragem* dessas representações parece ser feita, então, no suposto valor dos “diagnósticos” informais, na semiologia popular acerca dos padrões de uso de álcool, decorrentes de como a cultura local lida com a questão. A avaliação ou suspeição diagnóstica parecem ser *objetivadas*, por sua vez, como uma função do senso comum, não havendo fundamentação técnica e em saberes científicos possível de ser utilizada.

Existem pelo menos dois motivos, já descritos na literatura, que podem explicar essa aparente e comum falta de engajamento dos MESF de saúde nesta avaliação: primeiramente há uma descrença da possibilidade de melhora desse paciente que faz uso problemático de álcool (não sendo interessante, portanto, investir na detecção) e, segundo, a questão das ações de prevenção, discutidas amplamente pelas políticas públicas, que ainda raramente são colocadas em prática com organização e efetividade nos serviços de saúde (FREIRE et al, 2009) e, assim, não se incorporam como práticas habituais nos serviços.

Voltando à questão do uso dos instrumentos. A utilização desse meio requer um conhecimento prévio, por meio de estudos ou capacitações, pois esses instrumentos,

apesar de serem de simples aplicação, exigem uma capacidade interpretativa de quem os aplica. Seus resultados são as bases para que as ações preventivas ou as *intervenções breves* possam ser pensadas e implantadas junto a pacientes específicos, com direcionamento adequado na população em que foram verificados problemas. Os próprios médicos psiquiatras, *a priori* habilitados para esta interpretação, e outros MESF, podem vir a enfrentar algum tipo de dificuldade para identificar o consumo problemático do álcool e de outras substâncias psicoativas, pois também encaram obstáculos no uso de instrumentos de avaliação e nas intervenções terapêuticas (HULSE, 2002).

O desconforto que sofrem alguns profissionais, ao questionar o indivíduo sobre o hábito de consumo de álcool, resume parte das dificuldades apresentadas. Essa dificuldade de abordagem pode apontar para um conflito entre idéias e valores que poderiam estar envolvendo os comportamentos associados ao uso de substâncias, lícitas ou ilícitas (RONZANI et al, 2005).

A sugestão de que a avaliação, incluindo o rastreamento, e o tratamento desses pacientes devem ser uma das prioridades no manejo clínico desse grupo vulnerável da população, frequentemente desprovidos do exercício de direitos, também são importantes para reduzir a incidência e gravidade das complicações físicas e psicossociais associadas a uma redução ou abandono do uso de álcool e outras drogas entre idosos (HULSE, 2002).

Estudos apontam pacientes que apresentam problemas no consumo do álcool, podem responder às intervenções breves (tema abordado também no item 1.3.5 do capítulo de introdução). Assim, a ação dos MESF torna-se extremamente importante, no que diz respeito ao diagnóstico e também às intervenções preventivas nestas populações. Faz-se necessário que esses sujeitos reflitam sobre o ônus que o consumo problemático de bebidas alcoólicas determina sobre o social e que, ao mesmo tempo, exerce um peso muito grande como causa de problemas à saúde dos indivíduos (MELONI & LARANJEIRA, 2004).

Pensando nas afirmações acima, o questionamento a ser feito é: qual o tipo de atenção que tem sido dada ao UPA entre idosos? Qual é a forma como esses profissionais abordam os pacientes e suas famílias? Segundo Fornazier & Siqueira (2006), os profissionais de saúde devem saber identificar o uso de álcool em seus pacientes de forma interessada e respeitosa.

Em estudo semelhante ao nosso, Freire et al (2009) chegaram também a resultados semelhantes: “pelas respostas dos entrevistados parece que não houve uma preocupação em diagnosticar o alcoolismo para propor um tratamento ou um encaminhamento...” (p. 8). Esses autores ainda propõem alguns questionamentos: como o

profissional poderá contornar esse problema, sabendo da falha que a rede de saúde tem? O compromisso do profissional se encerraria após os encaminhamentos e orientações? Quais são os questionamentos sobre a ação multidisciplinar limitada? O trabalho em equipe apresenta dificuldades pelo fluxo de trabalho? Esses questionamentos também são pertinentes em nossa pesquisa, ainda mais que muitos MESF queixam-se da sobrecarga de trabalho:

*“... você acaba atendendo uma população que deveria ser no máximo de quatro mil habitantes, de três mil a quatro mil, você tem uma população de sete mil, seis mil habitantes essa demanda acaba evitando que você possa implementar alguns programas”. (Ent.8 – Médico);*

*“A nossa população aumentou muito, então a gente não tem condições (de fazer nenhum tipo de programa para idosos)”(Ent. 9 – Enfermeiro);*

*“Aqui no PSF a gente tá sem o auxiliar administrativo, sem computador, a papelada é a gente que tem que fazer, é tudo manual, para saber quantos diabéticos eu tenho, preciso perguntar para os agentes”. (Ent. 11 – Enfermeiro).*

Existe a necessidade em se pensar sobre as razões que levam alguns profissionais a realizarem seu trabalho de forma individual e sem a articulação dos saberes que produzem (CAMACHO, 2002). Condições inadequadas de trabalho, incluindo a sobrecarga, pode estar entre elas.

Após algum tempo de entrevista, alguns MESF lembram-se de casos de idosos que fazem uso de álcool:

*“Eu sei por que tem muitas mulheres aqui, que os maridos são alcoólatras e a maioria é de idosos.”( Ent. 2 - Enfermeiro);*

*“tem um senhor de setenta e nove anos que às vezes ele passa para ver pressão alguma coisa que faz um tempo que ele não bebeu e ele fica com tremor” (Ent.5 – Auxiliar de Enfermagem);*

*“nós tem bastante aqui (idosos que fazem uso de álcool)”... “Idosos têm, tinha um que agora ele foi embora, morava no Norte e ele foi embora, ele bebia demais... nossa”... “porque os idosos, que vão lá alcoolizados, são aqueles que ficam mais pra rua, os outros, não chegam alcoolizados” ... “ele quer beber, nós já perdemos lá três pacientes por causa do alcoolismo, um senhor de idade lá que acabou tendo um câncer de estômago, era alcoólatra, totalmente alcoolizado, eu nunca vi ele são... a gente sabe que bebe, mas bebe em casa...eles tem um pouco de vergonha” ... “e foi assim, uma morte de repente, eu nem sabia que ele era alcoólatra” (Ent. 9 - Enfermeiro);*

*Fica perto da outra unidade daqui essa vila de Barro...ali tem muitos idosos, é um lugar que é ponto de droga, eu já ouvi falar ali tem idosos que tem problema com álcool”... “tinha outros que vinham aqui, mas eles freqüentavam aqui” ... “Na rua de cima tem um senhor, agora você falou eu lembrei, ele é diabético, mas é alcoólatra, e assim, ele é um caso assim” (Ent. 10 – Auxiliar de Enfermagem).*

A tabela 2 (seção 1.2.4) no capítulo da introdução, lista estudos sobre a real prevalência do uso problemático em idosos. Sendo assim, esse problema existe e já é comprovado epidemiologicamente por meio de pesquisas. Pesquisa recentemente publicada de Laranjeira et al (2010), em um estudo de base populacional, representativa da população brasileira, com uma amostra de 2.346 indivíduos, apresentou os padrões de consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira. Apesar de não ser um estudo específico para a população idosa, uma das variáveis independentes utilizada foi a faixa etária de indivíduos de 60 anos ou mais. Quanto a frequência de ingestão de bebidas alcoólicas, 15% dos indivíduos com 60 anos ou mais disseram ingerir bebidas alcoólicas com “muita frequência” ou “com frequência”. Foi verificado também que nessa faixa etária há um maior consumo de outras bebidas que não a cerveja, ou seja, de destilados. Dentre os indivíduos de 60 anos ou mais, 13% foram considerados usuários do álcool de forma problemática e 4% usuários abusivos ou com dependência de álcool. Além dos números chamativos, sabe-se que o abuso do álcool na terceira idade pode aumentar os problemas físicos e mentais (BEULLENS & AERGEERTS, 2008).

Mais uma vez, portanto, acentua-se a importância desse problema: apesar de não *localizado e oculto* aos olhos dos entrevistados, ele existe realmente. No entanto, parece chegar “aos olhos” dos entrevistados por vias indiretas, pelos olhos de outras pessoas:

*“eu vejo pelas esposas que vem colher papanicolau, o quanto elas sofrem por ter um marido assim” ... “Eu sei porque tem muitas mulheres aqui, que os maridos são alcoólatras”... “Eles querem sexo, eles querem na hora que eles querem e eles tão fedendo álcool me desculpe o termo, e elas não têm coragem de recusar,” (Ent. 2 – Enfermeiro);*

*“Mais a gente aborda a família, o paciente diretamente, não.” (Ent. 4, ACS);*

*“Principalmente as mulheres, no exame de papanicolau, principalmente as mulheres mais velhas, elas falam que não tem mais vontade de ter relação, e o marido bebe e piora e muitas vezes eles querem sexo” (Ent. 9 – Enfermeira);*

Por vezes, informações sobre parte desta população “oculta” chegam a partir de várias fontes, como se o problema de uso de álcool por um paciente “batesse à porta” da Unidade. Como se vê no exemplo abaixo, apesar disso as medidas de identificação formal do caso podem não ser tomadas:

*“Tem um caso que eu me lembro de mulher que bebe. É uma senhora, ela tinha uns 65 anos, mas, assim, ela procura o posto por outros problemas, mas a gente sabe que ela bebe. [...] Aqui ela nunca veio [embriagada], mas a filha fala que ela bebe e o*

*peçoal que mora no bairro vê ela no bar, mas aqui no posto ela está sempre normal.” (Ent. 11 – Enfermeiro).*

As consequências psicossociais do uso problemático do álcool são muitas, uma delas é a desestruturação de núcleo familiar. Isso ocorre como consequência do desgaste do relacionamento intrafamiliar, como o surgimento, nos casos mais graves, de discussões, agressões físicas e separações.

Essas colocações não significam que a família deixa de exercer um papel importante na abordagem de comportamentos problemáticos relacionados ao consumo de álcool (HIRATA et al, 1997; PRAIS, 2005). A partir dos nossos achados, a família parece ser valorizada como tendo a função de relatar o que “vêem”, são como que “os olhos” dos profissionais de saúde. Nesta mesma lógica, os MESF que mais se aproximam dos núcleos familiares, os ACS, parecem ser igualmente tidos (pelos profissionais das Equipes) como os que podem ter “olhos” para vislumbrar essas questões. Entretanto, como vimos, nem sempre os próprios ACS se percebem com essas potencialidades. Parte das representações sociais parecem ancorar-se, portanto, na idéia de que problemas com uso de álcool são problemas domésticos, e somente os que têm acesso aos domicílios poderiam percebê-los.

### **5.3.3 A associação envelhecimento e uso problemático de álcool**

Na discussão das duas categorias anteriores, abordamos algumas dificuldades dos entrevistados com relação ao cuidar, de um modo geral, tanto dos idosos (não necessariamente com problemas com o álcool) quanto das pessoas que fazem uso problemático de álcool (não necessariamente idosos). Portanto, seria esperado que quando essas duas condições se associam, as dificuldades sejam ainda maiores:

*“O alcoolizado, eu não sei, é restrito trabalhar com eles. O idoso, então, pior ainda.” (Ent. 1 – Odontólogo).*

Observamos, no entanto, certas proposições que interpretamos como reveladoras de uma predisposição afetiva positiva por parte dos entrevistados para se dedicarem ao idoso que faz uso problemático de álcool. Nas falas, observa-se, inclusive no tom de voz utilizado, uma preocupação maior com esses idosos, percebidos como compondo uma população mais vulnerável e frágil:

“no caso de um idoso ele tem que ser tratado como prioridade né?” (Ent. 10);

“É como eu falei, o idoso vai ficando mais sensível, então, por exemplo, ele não vai agüentar beber como uma pessoa mais nova né? Então vai acarretar problema mais grave também né?” (Ent. 14, auxiliar de enfermagem);

Embora o termo *fragilidade* ainda não encontre um consenso entre os estudiosos, havendo diversas definições na literatura (TEIXEIRA, 2008), termos correlatos, ao nosso ver, foram usados nessas frases acima citadas para indicar a condição de pessoas idosas que apresentam *altos riscos* para eventos como quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte: os idosos devem ser “tratados como prioridade”, são “delicados” “sensíveis”. Fatores variados estariam envolvidos:

“Geralmente o idoso ele já é problemático pela condição de saúde dele... [...] Aqui a gente vê um pessoal mais pobre, então a gente vê assim, a pessoa bebe, então ela não se alimenta, os idosos já precisam de alguns cuidados, é mais delicado vamos dizer assim, então acaba agravando um problema que já tem ou criando um, então eu acho assim para o idoso é pior, porque ele não tem com quem contar, eu acho que a pessoa mais jovem se recupera mais rápido, até da própria bebedeira do que um idoso” (Ent. 11, enfermeiro);

“A fragilidade é uma síndrome clínica que se caracteriza por redução da reserva e resistência diminuída aos estressores. A condição resulta do declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, tais como doenças, variações ambientais e acidentes” (FRIED & WALSTON<sup>25</sup>, 1998, *apud* TEIXEIRA, 2008). Como visto no capítulo introdutório, o uso problemático de álcool expõe de fato o idoso a vários riscos, como de quedas, de problemas clínicos e psiquiátricos. Assim, se o idoso é considerado *frágil*, o idoso que faz uso problemático de álcool seria ainda mais *frágil*. Esse uso problemático conferiria mais riscos à essa população ou mesmo potencializaria esses riscos.

Essas ideias parecem subjacentes às representações sociais dos membros das equipes de saúde da família, inferidas a partir de suas colocações. Induzimos ancoragens tanto nessas ideias, em parte já

---

<sup>25</sup> FRIED L. P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD W.; REUBIN, A. (editors) **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 4th ed. New York: McGraw- Hill; 1998. p. 1387- 1402.

teorizadas cientificamente, quanto em textos oficiais sobre a políticas dirigidas aos idosos, quanto na visão de idosos como caminhando para um *final*, tal como discutimos na categoria “representações sociais sobre os idosos”, de modo geral.

Os entrevistados “olham” o idoso como uma população que precisa de prioridade. Essa palavra talvez se deva às políticas públicas que, na redação de seus documentos, utilizam esse termo, como é o caso do Estatuto do Idoso:

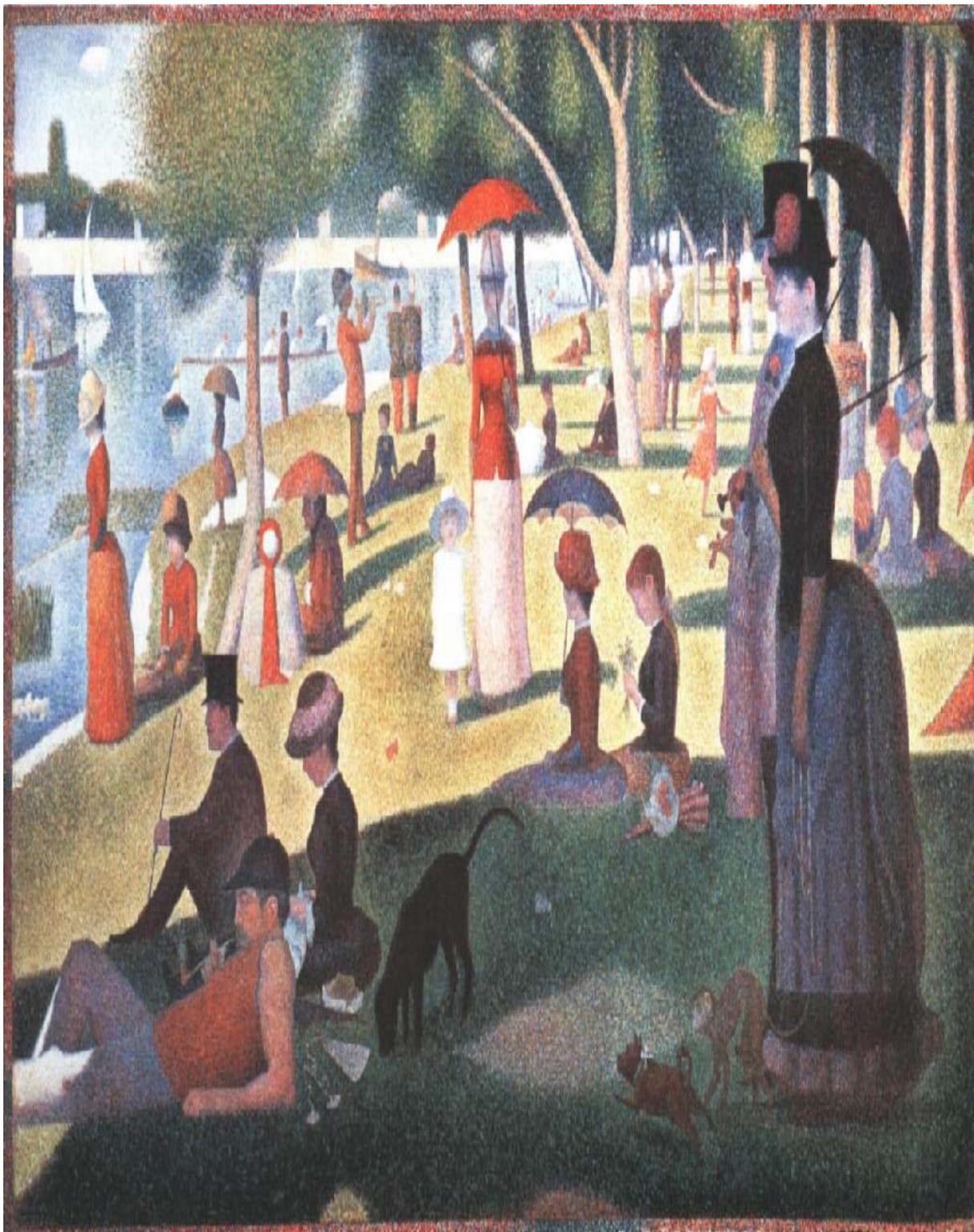
*“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com **absoluta prioridade**, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (Brasil, 2003, p. 8).*

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a saúde do idoso aparece como uma das seis *prioridades* pactuadas entre as três esferas de governo (BRASIL, 2006). Essas definições e conceitos acabam certamente difundidos nos serviços de saúde, fazendo com que os membros das equipes utilizem-nos de forma ampla, e a seu modo. No entanto, embora devam ser atendidos prioritariamente, há a idéia de que baixa adesão dos pacientes aos serviços e baixa concordância com o que se propõe em termos de cuidado:

*“O que a gente encontra muita dificuldade é da adesão do próprio idoso ou do próprio usuário da rede pública, ele não adere.” (Ent. 3, Enfermeira);*

*“Não tem muito o que fazer com ele, ele não aceita nada, ele não aceita fazer tratamento para o alcoolismo, não aceita, a maioria não aceita”. (Ent. 9 – Enfermeira).*

Os MESF olham então o idoso como um ser mais sensível, mais sujeito às doenças físicas, devendo (por isso) ser tratado como prioridade. Isto talvez possa ser utilizado como *o desencadeante* inicial para a capacitação, pois conferir aos idosos essas características pode trazer consequências negativas para ao seu acompanhamento, como um sentimento de pesar em relação à condição do idoso, embargando as ações de diagnóstico e tratamento, tanto dos profissionais como da própria família.



*Figura 13. A Sunday on La Grande Jatte (Seurat, 1886).*

*(Faz pensar em todas as pessoas envolvidas em um estudo, aonde chegamos e ainda onde poderemos chegar).*

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para concluirmos esse trabalho, retomamos alguns pontos que estruturaram a presente investigação.

### **6.1 Sobre os pressupostos**

Os pressupostos com que fomos a campo parecem-nos ratificados pelas representações dos sujeitos que compuseram a amostra estudada.

Nesse item, relembremos que trabalhamos com a idéia de que a assistência prestada pelos membros das Equipes de Saúde da Família (MESF), no que diz respeito aos idosos que fazem uso problemático de álcool (UPA), ocorreria de uma forma pouco correspondente aos conhecimentos científicos atuais sobre essa questão, baseando suas ações em conhecimentos não técnicos. Noutras palavras, os conhecimentos nos quais se ancorariam as representações sociais dos MESF sobre idosos que fazem UPA situar-se-iam sobretudo no chamado senso comum.

Verificamos que sim, os MESF entrevistados de fato parecem atuar – a julgar pelo que expressaram – de forma eminentemente não técnica em relação ao objeto de estudo. Nas entrevistas isso é percebido com bastante clareza: o universo consensual que compartilham, captado pelas entrevistas mostrou-se bastante explícito, no que tange às ações realizadas pelos sujeitos de pesquisa. Concluimos que essa atuação não técnica, desprovida de instrumentos, provavelmente ocorre nos seus cotidianos de trabalho. Esses sujeitos são capacitados de alguma forma pelo sistema formal de ensino na área da saúde, cada MESF tem dentro de suas atribuições. Porém, determinados conhecimentos científicos, que deveriam ser adquiridos em algum momento, estão se perdendo ou não estão sendo adquiridos.

Confirmando nossos pressupostos e com base nos resultados obtidos, colocamos algumas questões a serem respondidas em trabalhos futuros: passando os MESF por capacitações, cada qual na sua especificidade (cursos de graduação e pós-graduação, cursos técnicos ou cursos preparatórios), em que momento esses conhecimentos técnico-científicos estão sendo deixados de lado para que se recorra e persistam apenas de conhecimentos do senso comum? Os próprios processos de capacitação não estariam suprimindo esta área de competência ou as habilidades se perdem ao longo de suas carreiras profissionais? Quais os motivos desses acontecimentos? Quais as maiores dificuldades desses MESF, para realizar uma atividade fundamentada em bases teóricas, otimizando assim a qualidade da assistência prestada? E qual o reflexo dessa prática na qualidade da assistência

atual? A hipótese que formulamos é que há uma disfuncionalidade ampla do processo educativo (tanto inicial, quanto continuado), em que estariam em jogo questões estritamente pedagógicas e questões socioculturais que dificultam a abordagem (e o ensino da abordagem) do idoso que faz UPA.

## **6.2 Sobre a justificativa deste trabalho**

Um segundo ponto a ser abordado nessas considerações finais relaciona-se à justificativa do estudo. Nesse item, relembramos que considerávamos que as respostas às questões formuladas poderiam ajudar na compreensão de como este contato entre profissionais e idosos UPA pode ocorrer, ajudando no planejamento de ações de educação profissional continuada na atenção primária à saúde.

No contato durante as entrevistas com os sujeitos e, depois, em contato com o material colhido, pensamos ter conseguido, sim, compreender melhor como essa relação (MESF e idosos UPA) está construída. Consideramos ter realmente um ponto de partida: o trabalho de pesquisa concluiu que de fato existe uma necessidade importante de educação profissional continuada (e mesmo inicial) sobre esse tema, ou seja, os MESF entrevistados se beneficiariam fortemente de uma capacitação para que essa relação com seus pacientes seja uma relação terapêutica.

Essa percepção não é apenas nossa, e sim dos próprios sujeitos de pesquisa, que em diversos momentos colocam essa necessidade. Muitos colocam que nunca passaram por uma capacitação sobre álcool ou sobre idosos e, muito menos, sobre como assistir os idosos que fazem UPA. Esse aspecto da conclusão é de fundamental importância, pois esse levantamento da necessidade já foi feito em nosso trabalho, para essa população pesquisada. Parece necessária a intervenção de órgãos públicos para implementar algum tipo de capacitação, motivando e instrumentalizando esses profissionais para um atendimento eficiente e efetivo. Dessa forma, os MESF podem sentir-se “olhados” pelos gestores, e de uma certa forma valorizados também. Os pontos que levantamos podem funcionar como mobilizadores em prol dos atendimentos e, como consequência, ocorrer uma otimização da assistência prestada.

### 6.3 Sobre os objetivos

Retomamos nesta conclusão, também, os objetivos que perseguimos que foi, relembramos, conhecer as representações sociais de membros de Equipes de Saúde da Família sobre o uso problemático de álcool por idosos.

Observe-se que neste objetivo geral estão contidos os conceitos de *processo de envelhecimento*, sobre o *uso de álcool* de uma forma geral e sobre o *uso problemático de álcool especificamente por idosos*, cujas representações sociais correspondentes (na forma de ideias, conceitos, percepções e comportamentos relatados) seriam pesquisadas entre os MESF.

Sendo assim, a partir dos dados coletados, concluímos que atingimos o objetivo proposto para essa amostra, pois identificamos e analisamos suas ideias, seus conceitos e suas visões, ao ponto de considerarmos ter ocorrido uma saturação teórica dos dados. Considerando que este *ponto de saturação* é próprio de cada configuração pesquisador(es)-pesquisado(s), avaliamos que no presente caso ele foi atingido. Nada impede, no entanto, que outros pesquisadores, debruçados sobre o mesmo material, viessem a interpretá-lo de outros modos – polissemia característica da abordagem qualitativa em pesquisa.

Relembramos também que achamos pertinente dividir em três grandes categorias os achados. Além de essas categorias corresponderem aos objetivos, essa divisão nos proporcionou a possibilidade de verificar de forma mais detalhada as representações sociais (sobre o processo de envelhecimento, sobre o uso de álcool de uma forma geral e especificamente sobre o uso problemático de álcool pelos idosos). A idéia não foi fragmentar e sim esmiuçar e aprofundar, pois as duas primeiras categorias de representações, embora inespecíficas, também são intrínsecas ao objeto central do estudo.

Quando os MESF foram questionados sobre a temática, eles foram, de algum modo, pressionados a pensar no assunto, o que de certa forma os tirou de uma zona de conforto. O que até aquele momento era relativamente abstrato e amorfo, precisou adquirir forma (como enunciados) e tornou-se mais objetivo. Este é um dos processos formadores da representação social, a materialização (objetivação) do que de certa forma estava apenas no pensamento, e muitas vezes nem no pensamento consciente. O momento da entrevista tornou-se um momento de reflexão, e isso é facilmente percebido quando olhamos para o *corpus* das

entrevistas: no início não há o conhecimento do idoso que faz UPA, mas depois cada um começa a se lembrar e esses idosos começam lentamente a “aparecer”.

Durante as entrevistas foi possível observar também as possíveis ancoragens utilizadas pelos MESF, que é o outro processo formador da representação social. A necessidade de conceituar, nominar e dar sentido para o que não era familiar aos MESF os fizeram ancorar-se em conhecimentos anteriores.

As representações sociais do grupo de sujeitos de uma pesquisa são muito importantes de serem conhecidas, pois elas orientariam suas práticas. A forma como esse grupo “olha” o idoso influencia diretamente e faz com que ele tome suas atitudes perante esta população. O idoso, de modo geral, foi visto como frágil, com mais processos patológicos, o que seria aumentado com o uso de álcool. Supomos que decorreria também disso a ênfase que deram ao modelo biomédico. No entanto, o idosos que fazem UPA ainda são uma população oculta para este grupo, uma população que necessita ser *localizada* em meio aos pacientes adscritos às USF, para serem assistidos de uma forma mais efetiva e eficiente. Não parece haver instrumentação semiológica para subsidiar as ações dos MESF entrevistados, o que de certa forma pode causar insegurança e a não atenção aos usuários.

Por outro lado, foram identificados potenciais positivos, como uma predisposição atitudinal para assistir aos idosos, o que também ajuda a nortear estratégias de educação profissional continuada que envolvam o cuidado do idoso que faz UPA.

#### **6.4 Sobre os referenciais teóricos utilizados: metodológico e interpretativo**

Consideramos que o emprego do referencial teórico-interpretativo das representações sociais foi de fato muito útil para responder à questão de pesquisa formulada. As Equipes de Saúde da Família constituem-se como um grupo de pessoas com diferentes formações e diferentes origens socioculturais. O modo como os conhecimentos circulam nessas equipes parece-nos exemplar do amálgama possível entre conhecimentos advindos do senso comum e daqueles advindos de sistemas reificadores (científico, ideológico e mesmo religioso).

Por outro, o referencial teórico-metodológico da análise de conteúdo de enunciação também nos pareceu bastante útil. Ele permitiu que buscássemos não apenas os conteúdos manifestos na forma de temas, como também que inferíssemos outros elementos

componentes das representações sociais a partir de omissões, da retórica e de palavras aparentemente “soltas” nos enunciados dos entrevistados.

### **6.5 Limitações metodológicas deste trabalho**

Durante as entrevistas, conseguimos perceber a dificuldade inicial da maioria dos participantes em responder os questionamentos que propusemos na entrevista semi-estruturada. Essa dificuldade pode ter ocorrido porque estávamos frente a uma população de diversos membros da equipe de saúde da família (MESF), nenhum deles havia participado de uma pesquisa anteriormente e não sabiam ao certo como responder (ao nosso ver, pensando que houvesse uma *resposta correta*). Constatamos que no decorrer da entrevista é que se pode estabelecer uma relação de maior confiança com o pesquisador, o que favoreceu um aumento gradual da aceitação dos participantes em relação à proposta de pesquisa. Isso nos faz pensar que teria sido benéfico um processo de aculturação mais prolongado com a Estratégia de Saúde da Família e com os próprios MESF entrevistados.

Outra limitação deste trabalho é própria das pesquisas qualitativas, de um modo geral. Por termos trabalhado com uma amostra intencional, os resultados não são generalizáveis de modo imediato para outros contextos. Nossos resultados servem, antes, como indicativos de uma problemática que pode estar sendo vivida por outras Equipes de Saúde da Família. Porém, essa extrapolação só pode realmente ser feita pelos leitores desta dissertação, à medida que confrontem nossos resultados com os contextos que estejam observando diretamente.



*Figura 13. O Bibliotecário (Giuseppe Arcimboldo, 1566)*

*(Faz pensar na vida com a profusão de materiais bibliográficos disponíveis).*

## **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, O. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 12-18, 1999.

ALMEIDA, O.; DRACU L.; LARANJEIRA, R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso de álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000300005&script=sci_arttext)> Acesso em: 23/08/2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM – IV). Porto Alegre: Artmed, 1994.

ARARAS, Prefeitura Municipal de Araras. **História da cidade** Disponível em: <http://www.araras.sp.gov.br/historia/> Acesso em: 20/01/2010.

BABOR, T.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. AUDIT: **Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso na atenção primária**. Tradução de Clarissa Mendonça Corradi. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003. 125 p.

BABOR, Thomas, et al. **Alcohol: No Ordinary Commodity—Research and Public, 1989**, New York, WHO, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 287 p.

BARROS, J. A. C. Pensando no processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BARROS, M. B. A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 502-509, 2007.

BARROS, M. M. L. Trajetória dos Estudos de velhice no Brasil. **Sociologia, problemas e práticas**, Lisboa, n. 52, p. 109-132, 2006.

BERTELI, J. N. **Estudo do perfil sócio-cultural dos agentes comunitários de saúde do município de Araras – SP**. Ribeirão Preto, 2002. Trabalho de conclusão de curso. Especialização em Programa de Saúde da família – Universidade de Ribeirão Preto.

BERTONI, L. M. **Reflexões sobre a história do alcoolismo**. Disponível em: <[http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/lucimarabertoni\\_refelxoessobreahistoriadoalcoolismo.pdf](http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/lucimarabertoni_refelxoessobreahistoriadoalcoolismo.pdf)> Acesso em 02/03/2010.

BEULLENS, J.; AERTGEERTS, B. Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. **Aging & Mental Health**, Flórida, v. 8, n.1, p. 76-82, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Brasília, 1996.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**, Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_3/Leis/](http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/Leis/)>. Acesso em 12 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Lei nº 8742 de 07 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**, Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm)> Acesso em 22 de jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção Integral a Usuários do álcool e outras drogas**. Secretaria Executiva, Secretária de Atenção à Saúde, CN-DST/AIDS, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. LARANJEIRA, Ronaldo, et al (elaboração, redação e organização). DUARTE, Paulina do Carmo Arruda (revisão técnica científica), Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política nacional do idoso, cria o conselho do idoso e dá outras providências**, Brasília. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1994/8842.htm>>. Acesso em 20/01/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, D.F. 2007, 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 09 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências, Brasília. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf) Acesso em 12/04/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

BRASIL. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Saúde da Família**. Brasília, 2004.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-81, mai./jun. 2003.

CAMACHO, A. C. L. F. Gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n. 2, Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 26/11/2009.

CAMPOS, E. A. A representação sobre o alcoolismo em uma associação de ex- bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1379-1387, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/33.pdf>>. Acesso em 01/09/2010.

CAPISTRANO FILHO, D. **O Programa de Saúde da Família em São Paulo, Estudos Avançados**. São Paulo, v. 13, n. 35, p. 89-100, 1999.

CARDIM, M. S. et al. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2; n. 2; 191-211, 1986.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 499-506, abr./jun. 2000.

CARLINI, E. L. A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001**. São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. L. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico: saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.19, n. 3, p. 725-33, mai./jun. 2003.

CARVALHO, J.; WONG, L. R. A Transição da estrutura etária da população brasileira na 1ª metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008.

CASTILLO, B. A. A. et al. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16 (especial), p. 280-292, mai./jun. 2008.

CASTRO, L. A.; LARANJEIRA, R. **Abuso de Drogas no Idoso** – UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas). Departamento de Psiquiatria – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, jan. 2006.

CÉSAR, J. et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1835-1845, ago. 2008.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2 p. 184-200, abr. 1997.

CHIZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Portugal, v.16, n. 2, p. 221-236, 2003.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (Supl. I), p. 7-27, 2008.

CORDEIRO, Q. et al. Triagem para a identificação de uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 187-201, 2006.

COSTA NETO, M. M.. **Caderno de Atenção Básica à saúde**, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.

COSTA NETO, M. M.; SILVESTRE, J. A. **Atenção à Saúde do Idoso Instabilidade Postural e Queda**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 284-91, 2004.

COSTA, N. R. **Políticas Públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: Hucitec, 1998. 148 p.

COUTINHO, E. S. F. Prevalence of Alcoholism and Related Problems. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.22-29, jan./mar.1992.

DEMO, P. **Pesquisa e Informação qualitativa: aportes metodológicos**. Campinas, SP: Papyrus, 2001. 135 p.

DIOGO, M. J. D. Formação de recursos humanos na área de saúde do idoso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n. 2, p. 280-82, mar./abr. 2004.

DUARTE, Y. A. O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001.

EDWARDS G.; GROSS, M. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, Reino Unido, v. 1, p.1058-1061, 1976.

EDWARDS, G. et al. O tratamento do alcoolismo: uma guia para profissionais de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Causas dos problemas relacionados ao consumo de álcool**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. Cap.2, p. 29-30.

ENGEL G. L. The need for a new medical model:a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, p. 129-136, 1977.

FARR, R. Representações Sociais: a teoria e a sua história. In: Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (org). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 56-88.

FARRAGHER, B.; WRIGLEY, M.; VELURI, R. Alcohol Related Problems in Elderly People - A Prospective Study. **Irish Medical Journal**, Dublin, v. 87, n. 6, p. 172-173, 1994.

FAVA, G. A.; SONINO, N. The Biopsychosocial Model Thirty Years Later. **Psychotherapy and psychosomatics**, Suíça, v. 77, p. 1-2, 2008.

FERNANDES, L.; CARVALHO, M. C. Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método snowball. **Toxicodependência**, Lisboa, v. 6, n. 3, p. 17-28, 2000.

FONSECA, R. P. et al. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1275-1284, 2008.

FONTANELLA, B. J. B. **Procura de Tratamento por dependentes de substâncias psicoativas – um estudo clínico qualitativo**. 2000. 359 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FORNAZIER, M. L.; SIQUEIRA, M. M. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 280-287, 2006.

FORTES, J. R. A. Histórico do Alcoolismo. In: FORTES, J. R. A.; CARDO, W. N. **Alcoolismo, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 1-10.

FRANCH, M. Um brinde a vida: reflexões sobre a violência, juventude e redução de danos no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para os países em transição**, Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. p. 49-71

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 121, jan./abr. 2004.

FREIRE, S. A.; CASTRO, N. F. C.; SILVA, M. B. Alcoolismo na velhice na perspectiva do profissional de saúde. In: VIII ENCONTRO INTERNO – XII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2008. Disponível em: < <http://www.ic-ufu.org/anaisufu2008/PDF/IC2008-0147.PDF>> Acesso em 23/09/2009.

FREIRE, S. A.; CASTRO, N. F. C.; SILVA, M. B. Alcoolismo na velhice na perspectiva do profissional de saúde. **VIII Encontro Interno e XII Seminário de Iniciação Científica**. Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: <<http://www.ic-ufu.org/anaisufu2008/PDF/IC2008-0147.PDF>>. Acesso em 20/08/2010.

GALDUROZ, J. C.; CAETANO, R. Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26 (Supl. 1), p.3-6, 2004.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, Marco Antonio. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26 (Sup.1), p. 11-13, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em 28/01/2010.

GIL, A. C. A amostragem na Pesquisa Social In: \_\_\_\_\_ **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2006, 189 p.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. Editora: LTC, 1975.

GRACIA, N.; RECARTE, I. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La Búsqueda de significados**. 1998. Disponível em: <<http://www.tc.umn.edu/~cana0021/2.IGACI%D3N.pdf>> Acesso em: 13/04/2010

GUALDA, D. M. R.; MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, S. M. J. Abordagens qualitativas: sua contribuição para enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 29, n.3, p. 297-309, 1995.

GUARESCHI, P. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: \_\_\_\_\_; JOVCHELOVICH, S. (org). **Textos em Representações Sociais**, 4ª ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1998, cap. 6, p. 191-225.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 (Suplemento), p. 57-70, 2005.

HIRATA, E. S. et al. Alcoholism in a geriatric outpatient clinic of São Paulo-Brazil. **International Psychogeriatr**, Cambridge, v. 9, n, 1, p. 95-103, 1997.

HOCHGRAF, P. B. Problemática do alcoolismo e outras fârmacos-dependência nas mulheres. In: ANDRADE, A.; NICASTRI, S.; TONGUE E. **Drogas: atualização em prevenção e tratamento**. São Paulo: Loyola, 1993. p. 69-78.

HULSE, G. K. Álcool, drogas e muito mais entre idosos. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 24, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30/03/2010.

INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades. Araras. Contagem da população 2007. Área de unidade territorial**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 02/04/2010.

JUNQUEIRA, T. S. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 122-133, 2009.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: família e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-66, mai./jun. 2003.

KERR-CORRÊA, F. et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 235-242, 2008.

LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. 24 ed. Editora: ZAHAR. Rio de Janeiro, 2009.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 231-241, set. 2010.

LARANJEIRA, R. O álcool na Clínica Médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 44, n. 4, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n4/1890.pdf>>. Acesso em 03/07/2010.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo**. São Paulo: Contexto, 2005. 61 p.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEOPARDI, M.T.; et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria (RS): Pallotti; 2001. 178 p.

LIMA, A. M. M. Envelhecimento bem sucedido: trajetórias de um novo constructo e novas fronteiras. **Interface – comunicação, saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 795-807, out./dez. 2008.

LIMA, A. M. M. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, mai./jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 3, p. 735-743, mai./jun. 2003.

LINO, T. A. L. **Alcoolismo – da causa à doença**. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0054.pdf>> Acesso em: 02/06/2009.

MAGNABOSCO M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, p. 637-647, 2008.

MAIA, F. O. M. et al. F. Risk factors for mortality among elderly people. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/13.pdf>>. Acesso em 12/08/2009.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de Pesquisa Qualitativa. In Lobiondo-Wood, G.; Haber, J. **Pesquisa em Enfermagem. Métodos Avaliação Crítica e utilização**. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 4ª ed. 2001, p. 67-90.

MARQUES, A. C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, São Paulo, n.3, p. 73-86, 2001.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26 (Supl I), p. 28-32, 2004.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do ente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MARTINS, M. S.; MASSAROLO, M. C. K. Mudanças na Assistência ao idoso após a promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 1, p. 26-33, 2008.

MATOS, E. G. **Características biopsicossociais de pacientes alcoólatras internados**. 1983. 181 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1983.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26 (supl.1), p. 07-10, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>?> Acesso em 13/01/2010.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. S. O conceito das representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, J. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 89-111.

\_\_\_\_\_ ; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: \_\_\_\_\_ (org). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 11-35.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004, 269 p.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais**. Porto Alegre: CRE-Sesc 2000. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/docs/txt/pop2001-6.doc.links:Envelhecimento>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2010.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (org). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIDA). Alcohol and Aging, n. 40. Estados Unidos, 1998. Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa40.htm> Acesso em 10/02/2010.

NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1991, 155 p.

\_\_\_\_\_. **Qualidade de vida e Idade Madura**. Campinas: Papirus, 1993. 285 p.

NÓBREGA, M. P. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 816-823, 2005.

NOGUEIRA R. P. O trabalho do agente comunitário de Saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 91-94, 2002.

OLIVEIRA, M. S. et al. Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos dultos Dependentes do Álcool. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 265-270, 2003.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI; TCC; Monografias; dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 1999. p. 114-117.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições Crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Brasília: OMS, 2003. 105 p.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 912 p.

PEREIRA, S. R. M. et al. **Queda em Idosos**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. 2001. Disponível em: <[http://www.sosvida.com.br/upload/Art\\_05.pdf](http://www.sosvida.com.br/upload/Art_05.pdf)> Acesso em 02/08/2009.

PICCINI, R. X. et al. Necessidade de saúde comum aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

PINTO, R. B. R.; BASTOS, L. C.. Abordagem das pesquisas em epidemiologia aplicada à gerontologia no Brasil: revisão da literatura em periódicos, entre 1995 e 2005. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 361-69, abr./mai. 2007.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na área de saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

PORTO, C. C. **Exame Clínico: bases para a prática médica**. Guanabara Koogan – Rio de Janeiro, 6. ed, 2008. 288 p.

PRAIS, H. et al. A population-based study on binge drinking among elderly Brazilian men: evidence from the Belo Horizonte and Bambuí health surveys. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 2, p. 118-123, 2008.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai./jun, 2003.

RAMOS, L. R.; VERAS, Renato Peixoto; KALACHE, Alexandre. Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-24, oct. 1987.

REBOUÇAS, M. et al. Que informações são necessárias para o conhecimento da situação de saúde do idoso? **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1305-1312, set. 2008.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde**. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/arquivos/educacao.rtf>. Acesso em: 02 mai. 2005.

RIBEIRO, P. L.; ANDRADE, A. G. Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artmed. 2007. p. 195-234.

ROACH, S. Efeitos da Medicação no idoso. In:\_\_\_\_\_. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001b. p. 114-118

\_\_\_\_\_. Teorias do Envelhecimento. In: \_\_\_\_\_ **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001a. p. 20-22.

RONZANI, T. M. et al. Implantação de Rotinas de Rastreamento do Uso de Risco de Álcool e de Uma Intervenção Breve na atenção primária a saúde: dificuldades a serem superadas. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.3, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/19.pdf>>. Acesso em: 23/06/10.

SAALFELD, V.; SILVA, M. R. A. Prevalência do alcoolismo em cuidado primário à saúde. **Pesquisas Médicas**. Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 5-9, 1993.

SANCOVSCHI, B. Sobre a noção de representação em S. Moscovici e F. Varela. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 7-14, 2007.

SCALI, D. F.; RONZANI, T. M. Estudo das Expectativas e crenças pessoais acerca do uso do álcool. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 1-14, 2007. Disponível em: < <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp> Acesso em 02/11/2009 > Acesso em 18/11/2009.

SELLTIZ, J.; DEUSCH, C. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: EPU, 1974. 167 p.

SILVA, I. R.; GÜNTER, I. A. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 31-40, jan./abr. 2000.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 15, n. 1, p.155-168, jan./mar. 2008.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300016&script=sci\\_arttext&tlng=ptpt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300016&script=sci_arttext&tlng=ptpt)>. Acesso em: 05/08/2010.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, France Maria Gontijo. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 899-906, jul./ago. 2002.

SPINK, M. J. P. The Concept of Social Representations in Social Psychology. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./sep. 1993.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre a necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, I. N. D. O. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1181-1188, 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3p. 849-853, 2003.

VARGAS, D.; LABATE, R. C. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.1, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a09v59n1.pdf>>. Acesso em: 20/07/2009.

\_\_\_\_\_; OLIVEIRA, M. A. F.; ARAÚJO, E. C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, 2009.

VERAS, R. P. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 476-88, sep. 1991.

\_\_\_\_\_. Em busca de uma assistência adequada a saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-15, mai./jun. 2003.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009.

\_\_\_\_\_. **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Unati, 1995. 125 p.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001. 256 p.

WATTERLING, T. et al. Late onset alcoholism. **European Psychiatry**, Amsterdã, v. 18, p. 112-118, 2003.

WONG, L. R.; MOREIRA, M. M. **Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050)**. Porto Alegre: CRE-Sesc 2000. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/docs/txt/pop2001-4.doc.links:Envelhecimento>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 1978). **Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata**, USSR: World Health Organization, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2001). **The World Health Report 2001 – Mental Health : New Understanding, New Hope**. Geneva: World Health Organization Disponível em: <http://www.who.int/whr2001> Acesso em: 22/12/2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2002a) **Active ageing – a policy framework**, Madri: World Health Organization. Disponível em: < <http://www.who.int/hrp/ageing>. Acesso em [02/02/2010](http://www.who.int/hrp/ageing)>. Acesso em 02/10/2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2002b). **Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. Geneva: World Health Organization. Disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/pubs\\_alcohol.htm](http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm). Acesso em [02/01/2010](http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm) Acesso em 12/08/2009

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2004). **Global Status Report on Alcohol 2004**, Geneva: World Health Organization. 94 p.

ZALESKI, M. et al. Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da Síndrome de Abstinência do Alcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26 (Supl 1), p. 40-42, 2004.

**APÊNDICE A**  
**TEMÁRIO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS**

a) O que você pensa sobre o processo de envelhecimento e sua relação com a saúde das pessoas?

b) O que você pensa sobre a relação entre os diferentes padrões de consumo de álcool e a saúde das pessoas?

a) Tendo os pacientes idosos usuários de álcool chegado a uma Unidade de Saúde da Família para atendimento, como isto é feito na sua visão? Como deveria ser feito?

b) Como pensa que devem ser feitos os encaminhamentos para serviços especializados?

c) Que intervenções você costuma fazer durante os atendimentos desses pacientes?

d) Que dificuldades pessoais e institucionais você identifica nesse campo de sua atuação?

## **APÊNDICE B**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(TCLE)

Nº de registro no CEP: **627/2009**

#### **Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEMBROS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL POR IDOSOS**

Prezado Sr.(a),

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

#### **1) Introdução**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que estudará a percepção dos profissionais de saúde sobre os idosos dependentes do álcool. Você foi selecionado porque, é profissional de saúde e trabalha em uma Unidade do Programa de Saúde da Família, sua participação não é obrigatória. O objetivo do projeto é conhecer, analisar, interpretar e compreender as percepções, reações e comportamentos auto-relatados de profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de Araras, frente a idosos dependentes do álcool, e a justificativa é que com o aumento do uso abusivo de álcool, faz-se necessário que os profissionais da saúde de uma forma geral, tenham uma formação sólida no que diz respeito a essa temática, para que a partir dessa concepção consigam elaborar ações efetivas e organizadas para um objetivo comum.

#### **Procedimentos do Estudo**

Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em responder uma entrevista que será gravada sobre sua percepção em relação à dependência do álcool em idosos.

#### **2) Riscos e desconfortos**

O desconforto é mínimo, pois você terá que responder algumas perguntas. O procedimento não implica em nenhum risco.

### **3) Benefícios**

Espera-se obter resultados que de certa forma auxiliem profissionais de saúde que prestam assistência a idosos dependentes do álcool. Através dos resultados espera-se que profissionais e instituições possam otimizar sua assistência a essa população, realizando suas ações e intervenções de forma organizada e planejada, para que os resultados sejam favoráveis para o tratamento e reabilitação dos pacientes.

### **4) Acompanhamento e Responsabilidade**

Efeitos indesejáveis são possíveis de ocorrer em qualquer estudo de pesquisa, apesar de todos os cuidados possíveis, e podem acontecer sem que a culpa seja sua ou dos pesquisadores. Se você sofrer efeitos indesejáveis como resultado direto da sua participação neste estudo, a necessária assistência profissional será providenciada.

### **5) Garantia de Esclarecimento**

Os pesquisadores se comprometem a esclarecer e acompanhar o sujeito durante toda a pesquisa, no que diz respeito a dúvidas de qualquer natureza.

### **8) Grupo Placebo ou Controle**

Não se aplica

### **9) Participação**

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição. Você também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: (a) você não use ou siga adequadamente as orientações/tratamento em estudo; (b) você sofra efeitos indesejáveis não esperados; (c) o estudo termine. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar o profissional e /ou pesquisador que esteja atendendo-o.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Mérito Científico do Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS, coordenado pelo Prof. Dr. Frederico Tadeu Deloroso, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone 19-3543-1439 ou e-mail: [comiteetica@uniararas.br](mailto:comiteetica@uniararas.br).

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando contato com o seguinte endereço e/ou telefone, e-mail:

**Nome do Pesquisador:** Maria Giovana Borges Saidel

**Endereço do Pesquisador:** Rua José Garcia Simões, 298 – Jardim Luiza Maria

**Telefone do Pesquisador:** (19) 3551 - 1950

**E-mail do Pesquisador:** mariagiovana\_enf@uniararas.br

### **10) Caráter Confidencial dos Registros**

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

A pesquisa não utilizará nomes ou características que possam identificar os sujeitos participantes, para isso serão utilizados números nas descrições das entrevistas. Somente os pesquisadores terão acesso ao conteúdo das entrevistas, sendo que estes responsabilizam-se pelo sigilo absoluto do sujeito.

### **11) Custos e Reembolso**

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

### **12) Declaração de Consentimento**

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linhagem técnica utilizada na descrição de estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

## QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Nome):.....

RG:.....Data de nascimento:..... / ..... / ..... Sexo: M ( ) F ( )

Endereço: ..... n° ..... Apto: .....

Bairro:.....Cidade:.....Cep:.....Tel:.....

---

Assinatura do Declarante

Representante legal: .....

Natureza da Representação:

RG: ..... Data de nascimento:...../...../..... Sexo: M ( ) F ( )

Endereço:.....n°.....Apto:.....

Bairro:.....Cidade:.....CEP:.....Tel:.....

---

Assinatura do Declarante

### DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima elencadas e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Araras, de , de 2009.

---

Assinatura do Pesquisador

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa