

*IDOSOS E FAMILIARES DEPENDENTES  
QUÍMICOS: O DESAFIO DA CONVIVÊNCIA*

Adriana da Silva Lessa<sup>1</sup>  
Eunice Neves de Assis<sup>2</sup>

resumo

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

palavras-chave

Idoso. Família. Dependência Química.

---

1 Graduada em Psicologia. Mestre em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia. Email: [adriana.lessa@acad.pucls.br](mailto:adriana.lessa@acad.pucls.br).

2 Graduada em Psicologia. Mestranda em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia. Email: [eunicedeassis@yahoo.com.br](mailto:eunicedeassis@yahoo.com.br).

## 1 Envelhecimento populacional: avanços e vulnerabilidades

O envelhecimento populacional é progressivo: em 2030 é provável que o Brasil tenha 40 milhões de idosos. A melhoria das condições sanitárias, o maior acesso à saúde e os avanços nos tratamentos das doenças crônicas e degenerativas tem aumentado a expectativa de vida dos brasileiros tornando a população acima dos 60 anos a faixa etária que mais cresce nas estatísticas. Em apenas trinta anos o processo de envelhecimento do país o transformará de uma república majoritariamente jovem para se tornar um país de idosos (IBGE, 2013).

Merece destaque o fato de que os países em desenvolvimento também estão acompanhando o aumento do índice de envelhecimento populacional dos países desenvolvidos. Esse fenômeno vem acompanhado de mudanças na estrutura econômica e familiar da população. O tempo de trabalho, as migrações dos jovens, famílias cada vez menores e o aumento da força de trabalho da mulher no mercado indicam que há menos pessoas com disponibilidade para exercerem o papel de cuidadores de idosos. Isso significa uma nova forma de envelhecer, sendo estimulado o “envelhecimento ativo” da população, que deve possuir autonomia e possivelmente trabalhar por um período de tempo mais longo (WHO, 2005). Segundo a Organização Mundial da Saúde “a palavra ‘ativo’ refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho” (WHO, 2005, p. 13).

No entanto, a maior expectativa de vida não necessariamente se traduz em maior qualidade de vida. Apesar de cada vez mais encontrarmos idosos ativos, saudáveis e que gozem de atividades que promovam a melhor qualidade de vida, para a maioria as doenças crônicas — fruto, em parte, de uma vida sem acesso à prevenção e tratamentos de saúde adequados, bem como hábitos de higiene e alimentação saudáveis — tolhem a capacidade destes de desenvolver atividades básicas do cotidiano, comprometendo o bem-estar em diferentes áreas de suas vidas. Assim, temos o retrato de uma velhice de contrastes. O indivíduo idoso pode ser visto ora como portador de sabedoria e experiência ora como ultrapassado, alguém que já não pode oferecer nada a sociedade e, portanto, um peso para a mesma. Se houve avanço com a aprovação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004), por outro lado percebemos que tais avanços não atingem a todos, especialmente os segmentos mais pauperizados da sociedade, ainda privados de direitos básicos.

## 1.1 Novas configurações familiares: novos modelos, novos desafios

Ao longo do século passado a família tradicional sofreu transformações radicais em sua estrutura. Passamos de um modelo familiar patriarcal onde cabia ao pai a responsabilidade de prover o sustento e chefiar os demais membros. Às mulheres cabia o papel de cuidadoras das crianças e idosos e de ordenadora das tarefas domésticas; sua inserção no mercado de trabalho não era estimulada e quando ela acontecia geralmente assumiam profissões relacionadas ao cuidado e com remunerações mais baixas. Aos filhos restava a obediência até que constituíssem sua própria família. No Brasil, assim como em outros países latino-americanos, há uma presença marcante das famílias extensas especialmente em áreas afastadas dos grandes centros urbanos e entre os segmentos mais pobres da população. Este tipo de família acolhia como integrantes além dos indivíduos ligados por consanguinidade, os laços de compadrio e os agregados, ligados por afinidade (SARTI, 2011). Porém se mantinha a chefia patriarcal e o casamento indissolúvel como marco de início da família.

Com a necessidade de inserção da mão de obra feminina no mercado de trabalho no pós guerra, o desenvolvimento das tecnologias de controle de natalidade e os avanços na área da saúde e do direito, abriu-se a possibilidade de redesenho da família a partir de relações mais igualitárias entre homens e mulheres, do aumento da longevidade, da diminuição da natalidade e da possibilidade do divórcio e do recasamento. Assim, adentramos no novo século com uma família brasileira com mais membros idosos, menos crianças e adolescentes e com chefes de família que acumulam os cuidados familiares com a responsabilidade de serem provedores econômicos, não sendo incomum que esta chefia seja exercida por apenas um dos pais, o que pode acarretar uma sobrecarga de funções. Desta forma, não é de espantar o aumento da procura por creches e escolas em período integral, e de avôs e avós que, mesmo em uma fase da vida em que supostamente suas responsabilidades devem se abrandar devido às fragilidades físicas típicas da mesma assumem o papel de cuidadores de membros mais jovens da família, a fim de auxiliar os filhos.

Estudos de 2000 apontavam que cerca de 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos seus domicílios e na época os dados apontavam para uma tendência de crescimento (IBGE, 2002). A situação é ainda mais grave para a grande maioria dos idosos brasileiros que são assistidos pelo sistema previdenciário e contam com o valor do salário mínimo como benefício, valor com o qual devem custear as despesas de moradia, alimentação (que requer cuidados especiais

nessa faixa etária), gastos com saúde e prover o sustento dos demais membros da família. Estatísticas apontam que a renda dos benefícios previdenciários é crucial para a sobrevivência das famílias e para a manutenção da economia, especialmente em cidades de pequeno porte (DELGADO; CARDOSO JÚNIOR, 1999). Estudos mostram que a forma de habitação predominante dos lares brasileiros é a co-habitação, onde familiares dividem o mesmo espaço físico — a mesma casa ou o mesmo terreno — com demais membros da família, sendo os idosos provedores e chefes de suas famílias. Existem relações entre configuração familiar e as condições de saúde física e psicológica, onde as mulheres apresentaram maior sobrecarga nas áreas financeira e de saúde (física e psicológica) em comparação aos homens, explicitando o fenômeno da feminização e do adoecimento da velhice das mulheres brasileiras (RABELO; NERI, 2015; COSENTINO *et al.*, 2017).

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

## 1.2 Dependência química: um problema em crescimento

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

Esta realidade traz em seu bojo diversos problemas relacionados e a sociedade tem se voltado para a discussão visando a construção de estratégias de combate a este avanço, algumas delas bastantes polêmicas, como os casos de internação compulsória e as intervenções do poder público nas chamadas “cracolândias” das grandes cidades. Mas a despeito das diversas ações implementadas o número de dependentes químicos tem crescido em um ritmo maior que a oferta de tratamento fato que adubado o surgimento de instituições que

nem sempre ofertam um cuidado adequado onde a precariedade dos espaços físicos e das equipes profissionais sugerem descaso com os aspectos bioquímicos e sociais dos dependentes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). No âmbito das políticas públicas temos alguns aparatos legais que poderiam respaldar e proteger esses indivíduos: Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Lei 11. 343, de 23 de agosto de 2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas; a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas; a Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012 que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III); a Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009 que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas; e, finalmente, a Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Mas o que acontece com os dependentes que não conseguem acessar quaisquer formas de tratamento? Na maioria dos casos o sofrimento resultante das consequências da adição envolve mais que o indivíduo dependente, envolve sua família. Muito se tem falado no papel desta como agente influenciador no consumo de drogas e de seu papel primordial no tratamento de membros dependente em detrimento de uma análise mais aprofundada acerca das reais possibilidades de ajuda que essas famílias podem oferecer. Ainda são pontuais as iniciativas de apoio às famílias que convivem dia após dia com os sintomas de um dependente químico e suas consequências numa rotina familiar perpassada por diversos desafios impostos pela atualidade. Como agravante, ainda persistem na sociedade crenças que creditam a dependência química a falhas de caráter ou a enxergam como sinal de degeneração moral o que leva a tentativas das famílias de encobrir a situação, dificultando assim a busca de ajuda especializada.

A despeito dos debates acalorados e das acusações aos diversos atores envolvidos, as propostas de estratégias efetivas de enfrentamento ao crescimento da dependência química ainda são escassas diante do avanço da problemática. O que pode sugerir que estejamos nos refugiando em explicações simplistas que são incapazes de dar conta da complexidade real de um fenômeno que afeta todo o núcleo familiar do dependente químico e expõe seus membros que mais necessitam de cuidado, como os idosos, a um risco potencialmente maior de exposição a situações de estresse e violência. Estudos (GRILO; LOMBARDI

JÚNIOR, 2015; GROSSI; FLORÊNCIO, 2014) comprovam que a violência contra os idosos é cometida majoritariamente pelos próprios filhos e companheiros das vítimas, seguida pelos outros membros da organização familiar ou da instituição de longa permanência, quando é o caso do idoso institucionalizado. Estima-se que grande parte dos casos não chegam a ser denunciados formalmente por temor ao agressor ou com intuito de preservar a imagem social da família, negando e invisibilizando essa violência.

## 2 Objetivos

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

## 3 Método

Este trabalho é um recorte do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Intervenção Familiar Sistêmica, ofertado pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN), intitulado “Terceira idade e os desafios na convivência com familiares dependentes químicos”. Realizou-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, onde foram ouvidos os relatos de 9 idosos cadastrados no Centro de Referência do Idoso (CRI), equipamento da proteção social básica ofertado pelo município de Juazeiro do Norte – CE, que conviviam diretamente com familiares dependentes químicos e foram convidados pessoalmente a participar da pesquisa. A coleta dos dados se deu através da realização, no período de quatro semanas, de 6 encontros em grupo que seguiram um planejamento baseado no trabalho de Costa (1998) com reuniões multifamiliares (grupo focal). Os encontros ocorreram nas dependências do CRI e as discussões foram gravadas em áudio e feitas anotações em diário de campo. Para preservar a identidade dos participantes seus nomes foram substituídos por letras do alfabeto escolhidas de forma aleatória. Ao final, o material foi transcrito e analisado procurando identificar os desafios referidos

pelos idosos na convivência com o dependente químico, bem como os recursos psicossociais dos quais se utilizam para superar aqueles.

### 3.1 Aspectos éticos

Em 2013, época da realização da pesquisa o UNIRN não dispunha de Comitê de Ética próprio, no entanto o projeto foi avaliado pelos professores responsáveis pelo curso no que concerne aos cuidados referentes aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Foi então exigida a autorização da direção da instituição onde foram realizadas as reuniões e todos os idosos participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde foram informados de forma clara e com linguagem acessível, sobre os métodos e objetivos da pesquisa. Vale ressaltar que foi explicitado aos participantes o seu direito de desistência de sua participação na pesquisa a qualquer tempo sem que houvesse qualquer consequência para os mesmos. Além desses cuidados, devido ao fato de os participantes apresentarem de forma geral diversas doenças crônicas e do conteúdo sensível das reuniões poder desencadear sintomas agudos tanto físicos como emocionais, uma técnica de enfermagem permaneceu de plantão durante as reuniões para o manejo adequado de qualquer intercorrência e foi disponibilizado a todos os participantes o acesso a acompanhamento psicológico individual para aqueles que o desejassem.

## 4 Análise dos resultados

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

Mostrou-se bastante acertada a decisão de juntar no mesmo grupo idosos que conviviam com a adição a drogas diferentes. É inegável que as drogas apresentam diferentes tipos de ação no organismo do indivíduo que as consome e desta forma estes apresentam alterações comportamentais também distintas.

Entretanto, os idosos não só apresentaram a visão de que, independentemente da legalidade do consumo, todas as substâncias referidas eram drogas com grande potencial de dano para quem as consumia, mas também de que o sofrimento para os familiares era o mesmo.

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

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

I: É uma droga das grandes.

B: Das fortes.

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

S: Comprar escondido.

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

#### 4.1 Desafios

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

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

B: Se você pode arrumar um... um... um internamento pra mim...

A: A minha não quer.

B: Não precisa querer não, eu boto sem querer mesmo.

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

B: Vai ser quase isso mesmo.



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

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

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

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

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

Para além da frustração, este foco na ação pode resultar em ações que chamaremos a partir de então de Comportamentos Protetivos de Risco (CPR). Os CPR têm o objetivo de proteger o familiar dependente químico, mas acaba por colocar o cuidador em situações de risco à sua saúde física e mental. Um exemplo de CPR é a ação, comum entre os participantes, de retirar o familiar do meio em que a droga está disponível, essas intervenções podem levar a

situações de perigo para os idosos, seja por que se inserem em ambientes de consumo e tráfico de drogas, seja porque a reação do usuário a esta intervenção pode ocasionar uma reação violenta. A participante E, durante sua apresentação para o grupo, relatou bastante emocionada como agia com sua filha usuária de álcool e tabaco:

E: Eu pego um pau, boto em baixo da cama, eu disse assim: “se tu vier eu te derrubo, morro de dó, mas eu te mato”. Aí ela fica... me esculhamba: “me dá, sua peste, eu quero ir pra rua”. [...] “Se eu for bater nela, tiver o bar cheio de gente eu venço tudinho, “não venha, fique aí na sua, do seu lado, não venha”. Eu vou armada de pau, seja do que for, “não venha não, que eu mato tudinho, não venha não. Deixa eu dar chute, deixa eu arrastar”. Dentro do carro o cabra bota pra carregar, eu digo: “leva não”. Fico na porta do carro. “Levo”. Eu digo: “leva não, vamos ver se você leva” [...] “Quem é que você é?” Eu digo: “você quer saber o que é que eu sou? Quer saber?” “Quem é você?” “Eu sou a mãe dela”.

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

Agora: Me diga uma coisa. O que é que faz a senhora não conseguir dormir?  
A: Preocupação. [...] Sim, porque não tenho coragem... tenho vontade de internar ela, melhorou... um ano e dois meses, ela quando saiu passou um ano sem usar, começou a usar de novo e agora não quer mais nada e tá ficando dessa grossura [mostra o dedo mindinho] e eu sei que ela n vai escapar. [...]  
C: Eu só descanso meu coração quando ele bate na porta e entra...

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

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

#### 4.2 Recursos

Apesar de verificarmos que o apoio familiar, comunitário e institucional ainda deixa muito a desejar, devemos aqui também admitir que os participantes relataram conseguir através de pelo menos um destes meios, o que, bem ou mal, os coloca como recursos utilizados no enfrentamento da situação de dependência química. Além disso, embora muitas vezes o apoio institucional exija trâmites que dificultem seu acesso, os idosos assumem uma postura ativa de tentar acessar esta esfera através das habilidades sociais que já desenvolveram, como a habilidade de estabelecer laços de amizade, como explicitado na fala de B, por exemplo: “A polícia é toda minha amiga. Eu digo: ‘ei, é a detetive’...”.

O apoio da comunidade também parece estar ligado a essas habilidades, pois os participantes que relataram obter este apoio também demonstraram

em suas falas que tinham um bom relacionamento com os amigos e vizinhos para além das situações em que solicitaram sua ajuda.

Um recurso que esteve presente quase que unanimemente nos discursos, e nos quais figurou em posição de destaque frente a outros, foi a fé religiosa. Esta era citada como fonte de todos os demais recursos e mais: o único plenamente acessível e confiável. Foram relatados dentro deste universo, novenas e orações em prol da recuperação dos familiares depois das quais, segundo os idosos, sempre havia uma melhora. Alguns recorreram aos tradicionais rezadores, embora com resultados, segundo eles, não tão satisfatórios. Mas, para além da recuperação em si, as orações, programas religiosos e missas foram relatadas como uma rica fonte para o desenvolvimento das habilidades pessoais necessárias aos desafios encontrados. Um bom exemplo é o depoimento de C, a seguir, onde se pode perceber uma importante reflexão sobre sua vida e necessidade de integridade do self desencadeada a partir de um programa de rádio religioso. A prática religiosa, ao se constituir para os idosos como uma ação efetiva, acaba por lhes oferecer um senso de controle diante da situação, mitigando assim as preocupações geradas pelo dependente. Ou seja, se lhes é impossível impedir que o familiar saia para consumir a droga e assim ficar exposto a toda sorte de perigos, é possível rezar pedindo proteção para o mesmo e, crendo na efetividade desta proteção, tranquilizar-se. Era possível observar antes, depois e algumas vezes durante os encontros trocas de informação entre os participantes a respeito de santos padroeiros para cada tipo de situação, novenas consideradas mais efetivas e orações.

Autora: [...] você tava dizendo: "o medo destrói a gente". [...] o que é que pode ajudar vocês a não sentir tanto medo?

A: Só rezar, né? A gente reza e Deus ajuda mais, a gente se acalma. [...] Eu tenho fé em Deus. Peço a Deus pra me dar coragem aí vou levando.

C: Eu peço que Deus me guie.

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

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

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

Por fim, percebemos que a participação em grupos de convivência e atividades específicas para idosos também se mostrou um recurso importante utilizado pelos idosos. Mesmo que os serviços oferecidos não sejam voltados especificamente para a problemática em questão estes acabam por propiciar um espaço de interação entre iguais onde podem estabelecer relacionamentos saudáveis, saindo da rotina perturbadora que encontram em seus lares. A partir desses espaços também podem aproximar-se de profissionais que possam tirar dúvidas, passar informações e orientá-los a respeito de procedimentos e decisões, e por vezes acompanhá-los. Verificou-se que esta participação propicia um sentimento de segurança diante das situações de risco vivenciadas, os idosos sentem que se lhes acontecer algo mais grave terão a quem pedir ajuda ou sentirão sua falta no grupo e procurarão saber o que está acontecendo. Essa expectativa de ajuda, no contexto específico do CRI, não é totalmente infundada, pois os idosos em questão são extremamente assíduos, participam de diversas atividades e costumam justificar suas faltas, além disso, em algum momento já haviam informado a ocorrência de algumas situações de violência para a equipe e, portanto, no caso de uma falta prolongada seria difícil para a equipe não perceber e procurar investigar. Verificamos que, se os recursos de apoio são instáveis e escassos, os idosos, por sua vez, adotam comportamentos que visam extrair o máximo de benefícios deles. Portanto, apesar de se constituírem como um grupo com várias vulnerabilidades, este apresenta-se também como capaz de analisar suas possibilidades de ajuda e agir pró-ativamente no sentido de aproveitá-las ao máximo.

## 5 Conclusão

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

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

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

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

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

Quanto às limitações encontradas podemos perceber que o número de estudos e, conseqüentemente, o aprofundamento na temática é escasso. A academia necessita de materiais que enfoquem a temática para pensarmos nas soluções cabíveis para a proteção tanto dos idosos, quanto do sofrimento familiar como um todo. Uma das fragilidades encontradas na construção deste escrito, inclusive, foi justamente encontrar material que aborde o atravessamento das questões, onde encontramos pesquisas que trabalham um tema ou outro, por isso o interesse em escrever o presente trabalho e a relevância de sua divulgação científica. Questionamos, ainda, o fato de na atualidade a dependência química ser ainda mais danosa fisicamente ao idoso, pois o familiar dependente químico pode vir a expô-lo ao coronavírus em decorrência da necessidade de saciar seu vício. Todas essas variáveis nos instigam a seguir com o debate em novas pesquisas futuramente.

*ELDERLY AND DRUG ADDICTED RELATIVES:  
THE CHALLENGE OF LIVING TOGETHER*

abstract

The aging of the population and the increase of drug addiction among the young population in Brazil makes the situation of an elder and a drug addicted relative living together more often. This study investigates the coexistence between these two groups through the elder perspective, especially the challenges and the psychosocial resources used. Six discussion meetings planned using a systemic theoretical perspective were done with elderly people who lived with drug addicted relatives. Great fragility in family and community support, lack of preparation of public agencies and vulnerability to violence and psychological suffering were reported by the elderly. The support resources cited to deal with the problem are religiosity, participation in services for the elderly and behaviors that facilitate access to networks that develop programs on the subject. More studies and research are still needed to delve into this subject, giving indications of other actions.

keywords

Elderly. Family. Drug Addiction.

## referências

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

BRASIL. *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Estatuto do Idoso. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a\\_Edixo\\_relatorio\\_inspecao\\_VERSxO\\_FINAL.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf). Acesso em: 1 set. 2013.

COSENTINO, Suzane Flores; VIANNA, Lucia Amaral Carneiro; SOUZA, Maria Helena do Nascimento; PERDONSSINI, Georcelei de Brizola. Características de cuidadores familiares e de usuários de drogas. *Rev. Enferm. UFPE Online*, Recife, v. 11, n. 6, p. 2400-2407, jun. 2017.

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

DELGADO, Guilherme C.; CARDOSO JÚNIOR, José Celso. *O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente da universalização*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0688.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0688.pdf). Acesso em: 20 jul. 2013.

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

GRILO, Patrícia Medeiros Silva; LOMBARDI JÚNIOR, Império. Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas e atuação dos profissionais. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 611-624, 2015.

GROSSI, Patrícia Krieger Grossi; FLORÊNCIO, Márcia Virgínia Di Lorenzo. Instrumentos quantitativos validados para identificação/rastreamento de violência contra a pessoa idosa. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 687-704, 2014.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv929.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). *Projeção da população brasileira: população por sexo e grupos de idade*. Brasília, DF: IBGE, 2013. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm). Acesso em: 2 maio 2015.

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

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Recife, v. 18, n. 3, p. 507-519, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14120>. Acesso em: 9 fev. 2018.



RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLETE, José Manoel. *Alcoolismo hoje*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

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

WHO. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: World Health Organization, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 13 jun. 2015.

Data da submissão: 11/12/2017

Aceito: 15/05/2021

