

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**Isabel Vargas Witczak**

**ROMPENDO MODELOS: VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA  
IDOSOS E A POSSIBILIDADE DE RESSIGNIFICAÇÃO A PARTIR DE  
GRUPOS TERAPÊUTICOS**

**Santa Maria, RS  
2016**



**Isabel Vargas Witczak**

**ROMPENDO MODELOS: VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS E A  
POSSIBILIDADE DE RESSIGNIFICAÇÃO A PARTIR DE GRUPOS  
TERAPÊUTICOS**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marinês Tambará Leite

**Santa Maria, RS  
2016**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Witczak, Isabel Vargas

Rompendo modelos: violência intrafamiliar contra idosos e a possibilidade de ressignificação a partir de grupos terapêuticos / Isabel Vargas Witczak.- 2016.  
131 p.; 30 cm

Orientadora: Marinês Tambará Leite  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2016

1. Idoso 2. Violência 3. Violência intrafamiliar 4. Grupo terapêutico I. Leite, Marinês Tambará II. Título.

---

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Isabel Vargas Witczak. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

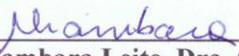
E-mail: isawitczak@ig.com.br

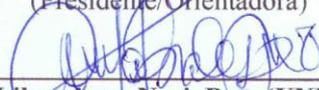
## ISABEL VARGAS WITCZAK

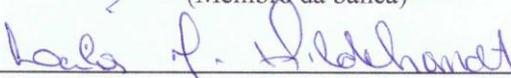
### ROMPENDO MODELOS: VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS E A POSSIBILIDADE DE RESSIGNIFICAÇÃO A PARTIR DE GRUPOS TERAPÊUTICOS

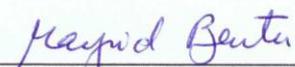
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovado em 25 de agosto de 2016

  
\_\_\_\_\_  
**Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
**Anita Liberalesso Neri, Dra. (UNICAMP)**  
(Membro da banca)

  
\_\_\_\_\_  
**Leila Mariza Hildebrandt, Dra. (UFSM/CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES)**  
(Membro da banca)

  
\_\_\_\_\_  
**Margrid Beuter, Dra. (UFSM)**  
(Suplente)

Santa Maria, RS  
2016



## DEDICATÓRIA

À minha família, pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade.  
Sem eles nada disso seria possível.



## AGRADECIMENTOS

*A concretização deste trabalho ocorreu, principalmente, pela força em Deus, pelo auxílio, compreensão e dedicação de várias pessoas. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste estudo e, de uma maneira especial, agradeço:*

*- a minha orientadora Marinês Tambara Leite pela oportunidade, confiança em mim depositada, e pela pessoa humana, incentivadora e dedicada, grata pela orientação;*

*- ao meu esposo Marcus, pela dedicação, o carinho, a paciência, a compreensão e pela força diária que necessitei em todos os momentos nessa caminhada;*

*- aos meus pais, Agenor (in memorian) e Manoelinha, pela vida e pela seguinte fala: “filha não posso realizar todos os teus sonhos, mas sei que tu és capaz de conquistá-los!”;*

*- aos meus filhos, Paola e Fernando, meus orgulhos, razão do meu viver, meus amores infinitos;*

*- aos meus amigos, que souberam entender minha ausência e que sempre me deram incentivo;*

*- à Universidade pública, gratuita e de qualidade, pela oportunidade de desenvolver e concretizar este estudo;*

*- aos professores e funcionários do Curso de Pós-Graduação em Gerontologia por contribuírem de uma forma ou de outra pela conquista desse título;*

*- à CAPES, pela bolsa concedida;*

*- ao Serviço CAPS AD III de Santa Cruz do Sul pela acolhida para a realização da pesquisa;*

*- aos idosos(as) que se dispuseram compartilhar comigo as suas histórias de vida, sem os quais essa Dissertação não poderia ter sido constituída, da maneira como foi.*

*Enfim a todos àqueles que fazem parte da minha vida e que são essenciais para eu ser, a cada dia nessa longa jornada, um ser humano melhor.*



Velhice

Virá o dia em que eu hei de ser um velho experiente.

Olhando as coisas através de uma filosofia sensata.

E lendo os clássicos com a afeição que a minha mocidade não permite.

Nesse dia Deus talvez tenha entrado definitivamente em meu espírito.

Ou talvez tenha saído definitivamente dele.

*(Vinícius de Moraes)*



## RESUMO

### **ROMPENDO MODELOS: VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS E A POSSIBILIDADE DE RESSIGNIFICAÇÃO A PARTIR DE GRUPOS TERAPÊUTICOS**

AUTOR: Isabel Vargas Witczak  
ORIENTADORA: Marinês Tambara Leite

Este trabalho investigou as relações que se estabelecem entre pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de álcool e outras drogas e a possibilidade de ressignificação a partir de grupos terapêuticos. Nele há correlação e articulação de conceitos e perspectivas de idosos, violência, uso de drogas e os processos terapêuticos grupais, constituindo-se na temática pesquisada. Teve como objetivo geral: Compreender o papel dos grupos terapêuticos para pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de álcool e outras drogas. E como objetivos específicos: Identificar como o idoso percebe a violência praticada por seu familiar; entender os processos terapêuticos grupais para idosos que sofrem violência praticada por seu familiar e que frequentam grupos terapêuticos. Pesquisa com abordagem qualitativa, fundamentada no Construcionismo Social. Para a produção dos dados foi estruturado um grupo terapêutico constituído exclusivamente por idosos, que passaram a constituir os sete participantes do estudo. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão no grupo: ter idade igual ou superior a 60 anos, ser vítima de violência praticada por um familiar dependente químico, ter acessado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Santa Cruz do Sul, para solicitar auxílio, aceitar frequentar/participar no grupo terapêutico. Deste modo, participaram sete idosos que vivenciaram situação de violência praticada por familiar usuário de álcool e outras drogas. Inicialmente, foi realizada entrevista com cada idoso. Na sequência, eles frequentaram o grupo terapêutico semanalmente por um período de seis meses. Os diálogos ocorridos nos encontros grupais foram registrados em diário de campo e objeto de análise. Ao término do período de desenvolvimento dos encontros grupais, os idosos foram novamente entrevistados. Todas as entrevistas foram transcritas, analisadas e interpretadas, construindo-se mapas de associação de ideias. Dentre os resultados, pode-se identificar que os entrevistados, a partir da singularidade de suas histórias de vida, significam de forma diferenciada sua participação em diferentes processos grupais. Para alguns, o grupo terapêutico se torna espaço de fala, escuta, alívio e orientação. Para outros, as falas e escutas tornam-se fonte de sofrimento, talvez pela repetição de conteúdos que refiram ao próprio sofrer ou pela impossibilidade de reelaboração. Relativo às questões da violência contra a pessoa idosa, as diferentes formas foram apontadas, tais como: abuso físico, psicológico, abandono, negligência, violação financeira e autonegligência. Destaca-se a ressignificação da violência, do entendimento do cuidado de si e de novas práticas discursivas com a participação em atividades grupais. Concluindo-se, que estes atravessamentos repercutem diretamente no cuidado ao familiar agressor e nas vivências da violência. Assim, o rompimento de modelos naturalizados, a responsabilização pelas perdas daí decorrentes, a reflexão necessária para a condução do processo, são as bases para a proposição de novas formas de cuidado. O grupo terapêutico coloca-se, então, como uma possibilidade de novos aprendizados e de rompimento com significantes de uma vida plena e a possibilidade de ressignificar a violência intrafamiliar.

**Palavras-chave:** Idoso. Violência. Violência intrafamiliar. Grupo terapêutico.



## ABSTRACT

### **BREAKING MODELS: INTRAFAMILY VIOLENCE AGAINST ELDERLY AND THE POSSIBILITY OF RESIGNIFICATION FROM THERAPEUTIC GROUPS**

Author: Isabel Vargas Witczak  
Advisor: Marinês Tambara Leite

This work has investigated the relations that settles between elder people who suffer violence practiced by an alcohol or other drugs family user and the possibility of resignification from therapeutic groups. In it there's correlation and articulation of concepts and perspectives of elderly, violence, drugs use and the therapeutic groups process, constituting the searched topic. Had as general objective: Understanding the therapeutic groups roles to elderly that suffer violence practiced by an alcohol or other drugs family user. And as peculiar objectives: to identify how the elders realizes the violence practiced by their familiar; To know the efectivity of the therapeutic group process to elderly who suffer violence practiced by their familiar and that attend to therapeutic groups. Research with qualitative approach, based on Social Constructivism. For the data output it was structured a therapeutic group constituted exclusively by elderly, they composed the seven participants of the study. The following inclusion criteria in the group were used: have equal or superior age to 60 years old, be a victim of violence practiced by a chemical dependent familiar, have accessed the Center of Psychosocial Attention to Alcohol and Drugs from the city of Santa Cruz do Sul, to request assistance, accept to attend/participate the therapeutic group. In this way, seven elders that experienced a violence situation practiced by an alcohol or drugs family user participated. Initially, it was made an interview with each elder. In sequence, they attended the therapeutic group weekly for a six month period. The dialogues that occurred in group meetings were recorded in field journal and analysis objects. At the end of the development period of group meetings, the elders were interviewed again. Every interview has been transcript, analyzed and interpreted, building an association maps ideas. Among the results, you can identify that candidates, from the singularity of their own life stories, means in different ways their participation in different group processes. To some, the therapeutic group become a talking, listening, relaxing and orientation space. To others, the talking and listening become source of suffering, perhaps because of the repetition of content that reaffirm their own suffering or the impossibility of reelaboration. On the issues of violence against elder person, the different ways were pointed, such as: fysical and psychological abuse, abandon, neglect, financial violation and self-neglect. Stands out the resignification of violence, understanding of self care and new discursive practices through participation in group activities. Concluding that those crossings reverberate directly in the care of family agressor and in the violence experiences. Thereby, breaching naturalized models, the accountability for resulting losts, the necessary reflaction to conduct the process, are bases to proposition of new ways of care. The therapeutic group puts itself, then, as a possibility from new learning and the significant disruption to a full life and the possibility of reframing the intrafamily violence.

**Key words:** Elders. Violence. Intrafamiliar Violence. Therapeutic Group.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fases do desenvolvimento da família .....	30
Quadro 2 – Representação esquemática da construção dos mapas de associação .....	56
Quadro 3 – Motivos apontados pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para procurar o CAPS AD III .....	61
Quadro 4 – Motivos mencionados pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para a vinda ao grupo terapêutico.....	62
Quadro 5 – O significado do grupo terapêutico para os idosos vítimas de violência intrafamiliar.....	63
Quadro 6 – Vantagens e desvantagens apontadas pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, na sua participação no grupo terapêutico no CAPS AD III.....	65
Quadro 7 – Soluções encaminhadas pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, antes de procurar o CAPS AD III .....	66
Quadro 8 – Serviços acessados pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para solucionar as questões conflituosas antes de começar a frequentar o CAPS AD III .....	67
Quadro 9 – Apoio familiar apontado pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para superar as questões conflituosas .....	68
Quadro 10 – Violência no entendimento de idosos vítimas de violência intrafamiliar .	70
Quadro 11 – Situações de violência intrafamiliar vivenciadas pelos idosos por familiar usuário de drogas .....	71
Quadro 12 – Explicação de idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para o uso de álcool e outras drogas como fonte de violência.....	73
Quadro 13 – Correlação entre os contextos de abstinência e as fases do processo grupal de idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para o uso de álcool e outras drogas como fonte de violência.....	75
Quadro 14 – Motivos apontados pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para a continuidade ao grupo terapêutico .....	92
Quadro 15 – Significado do grupo terapêutico para os idosos vítimas de violência intrafamiliar.....	94
Quadro 16 – Vantagens e desvantagens apontadas pelos idosos para participar do grupo terapêutico .....	95
Quadro 17 – Entendimento de violência na voz de idosos que participaram do grupo terapêutico .....	97
Quadro 18 – Situações de violência vivenciada pelos idosos.....	98
Quadro 19 – O uso de álcool e outras drogas podem ser fonte de violência na voz dos idosos .....	100



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas 24 horas
CEP/UFSM	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria
GM	Grupo Multifamiliar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JUBESA	Modelo juventude, beleza e saúde conforme definido por Lovisolo (2006).
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SENAD	Secretaria Nacional Anti-Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	21
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	27
2.1	NA BUSCA PELA COMPREENSÃO DO ENVELHECIMENTO HUMANO E SUA INTERFACE COM A FAMÍLIA	27
2.2	VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS: A (IN)VISIBILIDADE DO PROBLEMA	32
2.3	POSSIBILIDADES E DIFICULDADES NO ATENDIMENTO AO IDOSO, VÍTIMA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR	39
2.4	GRUPOS TERAPÊUTICOS: UMA FERRAMENTA DE APOIO A IDOSOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	45
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	49
3.1	A PESQUISA QUALITATIVA	50
3.2	O CONSTRUCIONISMO SOCIAL	52
3.3	OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
3.4	INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	55
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	59
4.1	RESULTADOS A PARTIR DA PRIMEIRA ENTREVISTA	59
4.1.1	<b>Centro de Atenção Psicossocial como espaço de cuidado</b>	60
4.1.2	<b>Compreensão de violência na voz dos idosos</b>	69
4.2	DESCREVENDO O PROCESSO GRUPAL A PARTIR DO DIÁRIO DE CAMPO	73
4.2.1	<b>Idosos vítimas de violência intrafamiliar participando de grupo terapêutico: o compartilhamento de vivências</b>	74
4.2.2	<b>Primeiro momento grupal: a tentativa de solução</b>	77
4.2.3	<b>Segundo momento: experiência grupal de ressignificação</b>	80
4.2.4	<b>Terceiro momento: experiência da recaída</b>	88
4.3	GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESPAÇO DE RESSIGNIFICAÇÃO PARA IDOSOS, VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR	91
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	105
	<b>REFERÊNCIAS</b>	111
	<b>APÊNDICES</b>	121
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	121
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DA PRIMEIRA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>	124
	<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DA SEGUNDA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>	126
	<b>ANEXOS</b>	127
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (CEP/UFSM)</b>	127
	<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL</b>	131



## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de Mestrado, intitulada “Rompendo modelos: violência intrafamiliar contra idosos e a possibilidade de ressignificação a partir de grupos terapêuticos”, foi produzida no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria, sob a orientação da Professora Doutora Marinês Tambara Leite.

A vivência da violência deixa marcas profundas nas pessoas que a ela são submetidas. A violência doméstica traz consigo, comumente, a característica de ser realizada por alguém que se ama. As relações estabelecidas por meio dessa perspectiva descaracterizam os sujeitos e os submetem a uma lógica perversa: como amar alguém que violenta? Assim, este projeto de pesquisa buscou investigar as relações que se estabelecem entre pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de álcool e drogas e o papel dos grupos terapêuticos na ressignificação desta situação.

Inicialmente, vale destacar que a preocupação e o interesse em aprofundar estudos com foco na violência contra idosos vêm de algum tempo. Isto porque a partir da sistematização de minha experiência clínica e da convivência em grupos de idosos, no ano de 2010, produzi um capítulo de livro intitulado: “Caminhos e descaminhos: uma reflexão sobre a violência contra o idoso praticada por familiares usuários de drogas”. Tal produção foi construída, com base em dois eixos articuladores: o envelhecimento populacional e a questão social no Brasil. Neles foram abordados aspectos da violência como produção midiática, sua relação com o uso e abuso de substâncias ilícitas e as dinâmicas familiares nas quais idosos sofrem violências. Concluiu-se que há duas formas de enfrentar este problema. Uma delas centra-se na pessoa idosa que vivencia a violência doméstica e busca uma saída individual para os seus problemas, o que é reflexo do modo de vida capitalista: cada um é responsável por seu sucesso ou fracasso. Um segundo modo de solucionar é partir de políticas públicas, que possibilitam garantias e segurança a essa parcela da população (WITCZAK; WITCZAK, 2010).

Considera-se que se deve estar continuamente atento a este contexto, pois a população formada por idosos está crescendo progressivamente e há poucos estudos relativos à violência, que possam subsidiar as ações e intervenções junto a este estrato populacional. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística, em 2010, a população idosa no Brasil chegou a 23,5 milhões de pessoas, ou seja, aproximadamente 12% do total de indivíduos brasileiros. Em vinte anos houve um crescimento de mais de 100%, uma vez que, em 1991, havia em torno de 10,7 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2010). O Rio Grande do Sul, no ano de 2010, tinha 13,61% de seus habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, perfazendo um total de 1.459.597 idosos (IBGE, 2010). Já, o município no qual foram coletados os dados desta pesquisa, Santa Cruz do Sul, que se situa na região central do Estado do Rio Grande do Sul, possui uma população de 117.214 habitantes, dos quais 15.859 são pessoas idosas, o que corresponde a 13,1% da população (IBGE, 2010).

O aumento do número de idosos brasileiros é resultante, entre outros fatores, da ampliação da expectativa de vida das pessoas. Tal fenômeno resulta dos progressos que ocorreram no campo da saúde, como a redução da mortalidade infantil, campanhas de imunizações, acesso aos serviços de saúde e melhoria na educação, infraestrutura e saneamento básico. Tais avanços possibilitaram também, redução nas taxas de mortalidade das pessoas idosas, isto é, elas estão vivendo mais (BRASIL, 2014).

Vale salientar que o grupo populacional formado por idosos possui características próprias, em que diversos fatores contribuem para que elas ocorram. Dentre elas, pode-se destacar a feminização do envelhecimento e o número de pessoas idosas vivendo sozinhas (mais de 6,7 milhões), em que desse conjunto, 40% são mulheres; a contribuição da renda das pessoas idosas para compor o aporte financeiro total da família, em pelo menos 53% dos domicílios; mais idosos residindo na área urbana dos municípios; redução da parcela da população idosa vivendo em pobreza extrema, sendo que as menores proporções de idosos pobres se encontram na região sul do país; aumento de famílias intergeracionais compartilhando a mesma moradia, esse fenômeno é decorrente do incremento da esperança de vida, mas também de novas configurações do mundo produtivo contemporâneo; aumento do número de pessoas idosas que recebem benefícios, tanto no campo como na cidade; maioria dessa população é ativa; elevado percentual de idosos é analfabeto, sobretudo no campo (BRASIL, 2014).

Ao olhar para este cenário, pode-se discutir, ainda, sobre o papel do idoso como provedor familiar no contexto social. Areosa e Bulla (2010) apontam que, em virtude das atuais configurações familiares e do envelhecimento da população, os

relacionamentos se modificaram, uma vez que diferentes gerações passaram a residir no mesmo ambiente. Nele os indivíduos compartilham despesas e, também, necessidades, sonhos e alegrias. Neste espaço são mantidos ou construídos vínculos familiares:

a figura do neto surge com força e o novo papel de avô aparece, inclusive no de cuidador e como um agregador. [...] É importante manter os vínculos e eles se sentem valorizados no âmbito familiar, mesmo para aqueles em que sua contribuição para com os familiares é somente econômica [...] reforça a característica de autonomia e independência dos idosos, que continuam decidindo sobre suas vidas, mantendo uma vida social ativa, com vínculos de amizade e participação em suas comunidades (AREOSA; BULLA, 2010, p. 125).

No entanto, o crescimento da população idosa traz consigo, também, um acréscimo nos casos de violência e abandono (CAETANO, 2012). Embora o Estatuto do Idoso, Lei Nº 10471, de 01 de outubro de 2003, tenha definido medidas de proteção às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, os índices de violência ainda permanecem elevados (BRASIL, 2003). A Lei Nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que reformulou o artigo 19 do Estatuto do Idoso, destaca a obrigatoriedade da notificação compulsória, pelos serviços de saúde públicos e privados, dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra idosos (BRASIL, 2011). O Estatuto do Idoso estabelece, em seu cap. 19, § 1, que a violência contra idoso é qualquer ação ou omissão, praticadas em local público ou privado, que cause morte, dano, sofrimento físico ou psicológico (BRASIL, 2003).

A Organização Mundial de Saúde define violência contra a pessoa idosa como sendo um ato violento único ou repetido, ou a não realização de uma ação adequada, que possa acarretar ou acarrete risco, com prejuízo da integridade física e emocional. Tal ato pode ocorrer no espaço de qualquer relacionamento, em especial, dos filhos, cônjuges, outros parentes, cuidadores, comunidade, em que haja expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha (OMS, 2002).

Em atenção, também, a esta problemática o governo brasileiro mantém a Secretaria de Direitos Humanos e nela o Departamento de Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos que, entre outros serviços, registra as denúncias de maus tratos contra idosos. Por meio deste serviço, identifica-se que há um progressivo aumento de violência contra a pessoa idosa, uma vez que os dados do Disque 100 mostram que, de janeiro a maio de 2012, foram registrados 7.253 denúncias de maus tratos a idosos. Em 2011, no mesmo período, foram 2.342 denúncias (BRASIL, 2012). Já em

2014, houve 27.272 denúncias de violência contra idosos, enquanto que no ano de 2015 este número atingiu 32.238, o que corresponde a um aumento de 18% entre um ano e outro (BRASIL, 2016).

Em estudo realizado por Meira, Gonçalves e Xavier (2007), com relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados, os autores encontraram como fatores de risco de violência contra pessoa idosa às séries repetitivas de violência intrafamiliar; presença de transtornos mentais e dependência química em integrantes da família; dependência da pessoa idosa de outrem para realização de cuidados da vida diário; dificuldades socioeconômicas; estresse ou cansaço do familiar cuidador; isolamento social e idade avançada do idoso; inexistência de rede de suporte à família. Tais situações expõem os idosos à maior vulnerabilidade e, favorecem a ocorrência de violência intrafamiliar.

Em relação às condições e a caracterização do agressor, tem-se que comumente ele vive com a vítima no mesmo espaço doméstico; os filhos são dependentes economicamente de seus pais idosos; as pessoas idosas dependem de familiares para manter-se e sobreviver; o uso de substâncias psicoativas por parte de um ou mais integrantes da casa; fragilidade nos vínculos afetivos; isolamento social dos familiares e da pessoa em idade avançada; agressividade por parte da pessoa idosa nas relações com seus familiares; histórico de violência intrafamiliar; cuidadores terem suportado violência doméstica, sofrerem de depressão ou algum outro tipo de sofrimento mental (BRASIL, 2014).

Micheletti et al. (2011), afirmam que embora haja reduzido número de estudos sobre esta temática, a vítima comumente é mulher, com baixo poder aquisitivo, com mais de 75 anos de idade, dependente de cuidador para realizar as tarefas da vida diária e em situação de fragilidade e vulnerabilidade física e emocional. Por sua vez, o agressor usualmente é um filho ou cônjuge, que faz uso de substância psicoativa e possui relação conflituosa com a pessoa idosa.

Quanto a forma de violência, o estudo de Micheletti et al. (2011) aponta que em primeiro lugar encontravam-se os maus-tratos físicos e em segundo lugar a violência psicológica. Esta última, mesmo comum, é de difícil identificação e se processa de modo silencioso e contínuo. A violência psicológica ocasiona a desvalorização da pessoa idosa e causa resultados negativos em sua saúde mental, podendo ser evidenciados mediante o surgimento de transtornos psíquicos como depressão, síndrome do pânico, distúrbios alimentares e do sono, entre outros.

Neste contexto, os grupos se constituem em estratégias de atenção a esse extrato populacional, buscando desenvolver a dignidade e promover a saúde em sua conceituação ampla, por meio de um redirecionamento de suas possibilidades para atividades compatíveis com suas necessidades e limitações. Os grupos terapêuticos possuem uma variabilidade de técnicas e táticas operativas que podem ser consideradas como abertura de novo espaço de encontro, canal de comunicação e fator de socialização (levando-se em consideração o desamparo real da pessoa idosa) (ZIMERMAN, 2000).

Ana Guimarães et al. (2008) ressaltam que um dos recursos utilizados, como forma de tratamento, nos serviços ambulatoriais em saúde mental, é a grupoterapia. Nesta, os recursos do psicoterapeuta, do paciente e do grupo como um todo, modificam-se por meio da dinâmica processual, decompondo também as percepções dos usuários. A mesma pode envolver diferentes metodologias, que incluem modalidades grupais em distintos enquadramentos. Os serviços públicos de saúde ainda precisam avançar muito nas práticas terapêuticas grupais, como forma primordial de incluir as pessoas nas Políticas Públicas de Saúde. Exemplificando, existem hoje, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), grupos de acompanhamento aos familiares de usuários de álcool e outras drogas, em que muitos são idosos. No entanto, não localizou-se na bibliografia grupos específicos para esta faixa etária e/ou vítimas de violência intrafamiliar. Considera-se que, como se trata de um contingente populacional que possui particularidades, é importante que estes serviços proporcionem e ofertem modalidades de atenção específicas para os usuários que são idosos.

Em estudo realizado em um CAPS de uma cidade do interior do Mato Grosso do Sul, Bellenzani et al. (2009) verificaram a aplicabilidade dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento aos usuários desse serviço, e concluíram que em grupo os idosos têm a oportunidade de reconhecer papéis e identidades, podem questionar, ressignificar e reconstruir tais situações, caso sejam opressivas, excludentes, estereotipadas ou restritivas à cidadania. A relevância do grupo está em permitir a discursividade, o diálogo, a reconstrução de si, das identidades, das interações sociais e da realidade experienciada. Nos CAPS, estas condições devem ser disponibilizadas a serviço do projeto terapêutico de cada indivíduo e da coletividade, contemplando usuários, familiares, profissionais e a comunidade em geral.

Aprofundando e problematizando a temática de pesquisa, emerge um questionamento importante: o grupo terapêutico é/pode ser potencializador ou não de mudanças para os sujeitos participantes? Em caso de uma resposta positiva, tal grupo teria por função primordial “o ato de acolher, receber com cortesia, tomando em consideração e escutando atentamente a pessoa humana que procura o serviço, para prestar cuidados relativos à demanda referente à sua problemática sócio existencial e de saúde mental” (VEIGA FILHO; NÓBREGA, 2004, p. 376).

E, em caso de uma resposta negativa, a individualização pelo fracasso ou a culpabilização associada ao sofrimento faz com que “a realidade mascarada em um processo ideológico consistente, leva as pessoas a uma compreensão errônea de sua própria condição ou inserção no mundo, tornando-se ilusória, quando faz promessas que não consegue cumprir” (WITCZAK, 2009, p. 30). Assim, são reforçadas e sustentadas as relações de dominação. E tais mecanismos, os positivos e os negativos, presentes nos grupos terapêuticos, podem mascarar ou desmistificar realidades de sofrimento e exclusão, como os associados à violência doméstica, ao uso de álcool e outras drogas e ao envelhecimento.

Diante do exposto até aqui, constitui-se como temática deste estudo a violência intrafamiliar vivenciada por idosos. Como problema de pesquisa formulou-se a seguinte questão: qual o papel dos grupos terapêuticos para pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de álcool e outras drogas? E, centrado neste questionamento, têm-se o objetivo geral: compreender o papel dos grupos terapêuticos para pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de álcool e outras drogas. E como objetivos específicos: identificar como o idoso percebe a violência praticada por seu familiar e entender os processos terapêuticos grupais para idosos que sofrem violência e que frequentam grupos terapêuticos.

Considera-se que os resultados deste estudo possam possibilitar a identificação das práticas discursivas e os diferentes sentidos atribuídos às vivências grupais e os entendimentos individuais relativos à violência intrafamiliar. Além disso, entende-se que os modelos constituídos e as possibilidades advindas do processo grupal instiga a reflexão sobre as estereotípias produtoras de práticas discursivas que compõem os sujeitos e significam as vivências de violência. Neste cenário, reflete as possibilidades do grupo terapêutico a idosos vítimas de violência intrafamiliar praticada por familiar usuário de álcool e outras drogas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo aborda os principais referenciais teóricos que fundamentam esta investigação. Busca-se a compreensão de envelhecimento humano, suas configurações e arranjos familiares. Discute-se estes conceitos junto às vivências de violência sofrida pelos idosos em decorrência do uso de álcool e outras drogas por familiares. Apresenta-se a possibilidade dos grupos terapêuticos como um espaço de ressignificação para essa população.

### 2.1 NA BUSCA PELA COMPREENSÃO DO ENVELHECIMENTO HUMANO E SUA INTERFACE COM A FAMÍLIA

Diferentes autores (LEME, 1996; PERRACINI, 2005; PRADO; SAYD, 2006) trazem o histórico da preocupação, em várias épocas e com diferentes pensadores, sobre aspectos relativos ao fenômeno do envelhecimento humano. Eles apontam que, no mundo a partir do século XVIII, com o avanço da ciência positiva, da industrialização e do crescimento urbano, as questões referentes ao envelhecer mudaram. O aumento populacional e o número crescente de pessoas cada vez mais velhas originaram novas doenças e demandas: assim, a velhice torna-se um problema social. Avançando na linha do tempo e focando em nosso país, as discussões iniciaram com os médicos sanitaristas no início dos anos de 1900 e se consolidaram nos anos de 1960, com a fundação da Sociedade Brasileira de Geriatria. Esta tem seu foco nas questões médicas associadas às doenças específicas do envelhecimento e enfatiza as perdas biológicas inerentes a idade.

Desse modo, a partir dos anos 1960, surgiu a Gerontologia no Brasil – especialidade que busca dar conta de uma multiplicidade de conteúdos nas mais diversas áreas de produção de conhecimento no campo do envelhecimento humano. O fenômeno mundial do envelhecimento populacional determina maior número de pessoas nessa faixa etária e vivendo por mais tempo. Neste mesmo sentido amplia-se o olhar e busca-se entender não só o processo de envelhecer em seus múltiplos aspectos, e também, lança-se investimentos no sentido de possibilitar que essas pessoas possam viver plenamente suas vidas (LEME, 1996; PERRACINI, 2005; PRADO; SAYD, 2006).

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. Em função do crescimento populacional identifica-se, também, a necessidade de construção e apropriação das várias teorias para compreender o envelhecimento. Por isso, a importância de estudos amplos relativos a essa temática em que a gerontologia busca dar conta em suas múltiplas dimensões: biológicas, psicológicas, espirituais e sociais.

Para Prado e Sayd (2006), diversos setores da sociedade vêm demonstrando interesse e preocupação com os aspectos relacionados à velhice. Afirmam que a caracterização de um determinado grupo etário, como um problema social, chama a atenção da sociedade e deve ser entendido como o resultado de uma construção social.

Autores como Jeckel-Neto (2001), Berquó (2004), Debert (2004), Mercadante (2005), Schwanke et al. (2009) afirmam que o processo de envelhecimento é multifatorial, genético, social e psicológico. Focar em um único fator como dieta ou constituição genética, não explica completamente o que é ser humano. Também, a comparação entre jovens e idosos, tomando grupos de jovens como grupo controle para o entendimento do envelhecimento, é falho. Diferentes culturas demonstram que os sentidos do envelhecer são produzidos socialmente e vão além do termo linguístico utilizado para definir essa etapa da vida: de velho como descarte (na língua portuguesa), a soma significando acrescentar (em chinês). Ou seja, as diferentes dimensões que constroem o conceito de envelhecimento são, antes de tudo, definidoras do que essas pessoas podem ser e de que lugar ocupam em determinada sociedade.

No entanto, a sociedade capitalista define também o que se deve ser em função da “utilidade social” ou das possibilidades de consumo. Quando não produz mais, o indivíduo é aposentado. Quando não tem condições econômicas de consumir, é velho. O termo terceira idade, ainda, representa possibilidades de uma ampliação do tempo de vida, liberado do trabalho e com capacidade financeira de se manter consumindo (PEIXOTO, 1998). Nesta perspectiva, Lovisolo (2006) constitui o modelo JUBESA: juventude, beleza e saúde como padrões sociais a serem buscados por todos.

Contraopondo-se ao sentido da produtividade da beleza, o papel do idoso na família também sofreu modificações consideráveis, embora o compartilhamento

entre as gerações seja ainda considerado fundamental. Nesse sentido, Maragoni e Oliveira (2010) apontam que

a maior longevidade da população tem impactos específicos sobre as trocas intergeracionais na família. Com a introdução do direito universal à aposentadoria, independentemente da contribuição, idosos começam a configurar um grupo etário e geracional ativo e participativo, que oferece suporte não apenas afetivo como financeiro para as gerações mais jovens, [...] isso ocorre também nos casos em que os avós assumem, além dos cuidados eventuais ou diários relativos aos netos, parte das despesas domésticas (p. 39).

Outro componente importante – “a transmissão cultural entre gerações, o contexto sociocultural, a memória social, o passado histórico e o futuro são elementos essenciais para a compreensão das relações tecidas no contexto familiar” (MARAGONI; OLIVEIRA, 2010, p. 41).

Desse modo, Silveira (2000) entende que a família, independentemente dos diferentes arranjos contemporâneos, “é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência do desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros” (p. 58). É ela que propicia os aportes afetivos e materiais, desempenha papel decisivo na educação formal e informal e garante o bem-estar dos seus componentes. Ressalte-se ainda, a transmissão de valores éticos, humanitários e os laços de solidariedade (SILVEIRA, 2000).

Cervený e Berthoud (2009) definem que “a instituição familiar é a forma de organização básica de nossa vida social: está menor, organizada por mais de um tipo de laço (consanguíneo, afetivo e afinidade). Há mudanças, mas continua forte como sempre foi” (p. 30).

É preciso compreender a família como uma estrutura que se modifica segundo contextos sociais, culturais e históricos. É importante considerar o papel da família nuclear, baseada em poucos indivíduos e adscrita à convivência nos limites do espaço doméstico compartilhado, que vem a substituir as famílias extensas [...]. A família contemporânea fundamenta-se na privacidade – espaço restrito de relações pessoais afetivas, onde o número de integrantes e seus laços foram restringidos. Hoje, existem várias formas de organização familiar – as famílias monoparentais, as reconstruídas, as uniões estáveis, os casais do mesmo sexo, as famílias tradicionais (BRASIL, 2002a, p. 13-14).

Cervený e Berthoud (2009) sustentam, ainda, que dentre as principais mudanças na estrutura e funcionamento familiar parte delas está centrada na figura feminina, uma vez que elas passaram a inserir-se no mercado de trabalho, assumiram a chefia de famílias, permanecem sendo as principais responsáveis pela

guarda dos filhos em casos de separação e, mesmo, mais tardiamente do que no passado, a maior parte torna-se mãe.

Carter e McGoldrick (1995) afirmam que “antigamente a criação dos filhos ocupava os adultos por todo o seu período de vida ativa, o que agora ocupa menos da metade da fase adulta que antecede a terceira idade” (p. 13). Com isso, muda o significado do conceito família, porque esta agora precisa se organizar em torno de outras e diferentes atividades, centrando-se mais na vida do casal. No entanto, ainda utilizam-se critérios bastante convencionais para a definição do ciclo vital familiar. Para Cerveny e Berthoud (2009), ciclo vital familiar contempla diversas fases estabelecidas por alguns critérios, pelos quais as famílias passam, desde sua formação até a morte dos indivíduos que a iniciaram. Desse modo, há diferentes formas de olhar e compreender a instituição família, e o ciclo vital possibilita ter, concomitantemente, uma visão panorâmica e focal. Assim, família não possui um conceito rígido, pelo contrário, permite sobreposições e reconstituições.

A família, para Cerveny e Berthoud (2009), passa por quatro fases em seu desenvolvimento: aquisição, adolescente, madura e última. O quadro 1 abaixo apresenta uma síntese destas etapas:

Quadro 1 – Fases do desenvolvimento da família

Fase	Descrição
Aquisição	Da união do casal até a entrada dos filhos na adolescência. O eixo propulsor dessa fase são as definições de um modelo próprio de família, a aquisição da parentalidade e dos objetivos comuns.
Adolescente	Há uma tendência de todos adoecerem. A hierarquia da família fica dissolvida entre pais e filhos, e as regras da primeira fase já não dão conta do funcionamento familiar. Confirmam-se os principais valores e tarefas da família, e há maior abertura ao diálogo entre pais e filhos, flexibilização de valores e normas de conduta.
Madura	É a mais longa, compreende a saída dos filhos, a entrada de agregados e netos, com o início de perdas e de cuidados com a geração anterior. Inclui-se o preparo para a aposentadoria e as questões do envelhecimento. No modelo brasileiro, devido aos padrões culturais e dificuldades econômicas, a síndrome do ninho cheio.
Última	Inicia-se quando o casal começa a ficar novamente sozinho, seguido da viuvez. Seguirá os padrões de vida definidos ao longo de todo período anterior.

Fonte: Cerveny e Berthoud, p. 26 (2009).

Mattos (2009), ao escrever sobre as famílias com idosos, ressalta a necessidade de um olhar sistêmico sobre as possibilidades interacionais de seus membros. Destaca a importância de que todos possam entender o que significa o envelhecimento (inclusive o idoso) em termos de autorreferências, das dissonâncias cognitivas e dos novos padrões de relacionamentos que precisam ser

restabelecidos. Assim, as narrativas deverão ser compatíveis com as relações construídas entre seus membros. Se os idosos apegam-se ao que é conhecido, as mudanças oferecidas pela convivência com os mais jovens podem provocar, por um lado, sentimentos de vitalidade e, por outro, sentimentos de desqualificação. É preciso que as famílias compreendam as reais necessidades de cada membro e que os idosos não sejam cobrados por “demonstrações performáticas, eleitas pela ditadura da beleza e da eterna juventude” (p. 315).

Mesmo com as mudanças sofridas no conceito tradicional de família, como apontado anteriormente, as mulheres, hoje idosas, tendem a perceber o ciclo vital familiar ainda de acordo com os padrões anteriormente estabelecidos (ou de quando receberam a sua educação). Nesse sentido, elas eram responsáveis pelo cuidado dos filhos, dos maridos e de seus lares. Muitas abandonaram a vida profissional quando casaram e adotaram comportamentos naturalizados de submissão e subordinação, cabendo aos homens o papel de provedores da família (SOCORRO; DIAS, 2010).

Wichmann et al. (2012) em um estudo comparativo entre percepções de envelhecimento no Brasil e na Espanha, verificam a satisfação de idosos quanto a sua realidade familiar. Os autores afirmam que entre os pesquisados, de ambos os países, a família ainda é percebida como o *locus* preferencial para assistência, ajuda e bem estar. Também a convivência com os familiares pode tanto oferecer benefícios, no sentido de apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência – reduzindo isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que podem diminuir a autoestima e deteriorar o estado emocional dos idosos. Estes autores produzem sete categorias por meio das quais os idosos representam a sua realidade: 1) Suporte/apoio familiar – sentimento de pertencimento, amor e segurança advindos do suporte familiar e os benefícios que o idoso obtém por meio do contato e das trocas mantidas com seus familiares; 2) Convívio com os netos – relação calorosa, satisfatória e verdadeira com os netos, com a preocupação de bem estar destes e com empatia, afeição, intimidade e entendimento de dar e receber; 3) Bem estar e financeiro dos familiares – relaciona-se com a saúde, o trabalho e a educação; 4) Angústia/mal-estar – vivência do idoso em situações desagradáveis, agitação de netos e bisnetos, doenças e problemas financeiros dos filhos; 5) Afeto/conforto emocional – sentimento de afeto, união mantida por laços de parentesco; 6) Convívio familiar e social intergeracionais – companheirismo, as

trocas entre as gerações de amor, carinho, atenção e a participação social na vida dos familiares; 7) Amparo material – o amparo material, financeiro e a segurança são essenciais para o conforto do idoso e o exercício dos papéis na família.

Outro estudo sobre o contexto social e as relações familiares, com enfoque no idoso provedor, foi realizado por Areosa e Bulla (2010). As autoras concluem que as novas configurações familiares transformaram o convívio intergeracional, pois ao mesmo tempo em que dividem as suas despesas e as suas necessidades, compartilham sonhos e alegrias. A manutenção da condição de provedor reforça a autonomia e a independência, a continuidade de uma vida social ativa, com vínculos de amizade e participação em suas comunidades.

Porto (2008), a partir de um estudo realizado com idosos participantes de um grupo de convivência, verificou as relações no sistema familiar e identificou como principais fontes de conflito: o não entendimento do idoso como pessoa capaz e necessária; o desconhecimento das pessoas idosas dos seus direitos e a falta de cuidado de si; a ausência de informações sobre os processos psicossociais envolvidos no envelhecer.

Para Cerveny e Berthoud (2009), na realidade brasileira, a família é percebida ao mesmo tempo como *lócus* de proteção social e promoção da saúde, agressão e destruição. Isto porque, cabe à família exercer as funções fundamentais na construção do indivíduo e do cidadão, provendo, cuidando, protegendo, transmitindo valores e normas. Porém, ao mesmo tempo, muitas famílias não conseguem cumprir, nem minimamente, estas funções. E, ainda, podem seguir em caminhos contrários, como pode ser exemplificado pela violência familiar. Tomo a produção desta violência como introdutória da discussão a seguir.

## 2.2 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS: A (IN)VISIBILIDADE DO PROBLEMA

As diferentes expressões da violência estão tão presentes no cotidiano de tal forma que seus efeitos passam a ser banalizados e suas causas naturalizadas. Muito mais do que o exercício de poder sobre outrem, justificam-se no imaginário social e revestem-se dos mais diferentes usos, costumes e produções simbólicas. Nesta perspectiva, a produção da subjetividade fica impregnada dessas significações, constituindo relações permeadas por tais expressões. Assim, a

constituição do sujeito estará vinculada às tradições morais e aos princípios éticos que, ao mesmo tempo censuram, canalizam e reproduzem a significação da violência. E ainda, que perpassam, atravessam e padronizam os processos mediadores de subjetivação e individuação.

Na perspectiva individualizada, pensando num sistema maior e falho, o qual, algumas vezes, produz a violência de forma abrupta e, outras vezes, apresenta-a sutilmente, lança bases para a produção de subjetividade por meio de uma lógica alienante e perversa,

essa é a cultura da violência. A pretexto de retratar e exorcizar a violência que impregna a sociedade, exacerba e leva ao paroxismo todas as formas e gradações de violência, já que essa produção é lucrativa, além de despolitizar multidões, influenciando mentes e corações. [...] em esquemas publicitários em que cada vez mais capitais vultosos são empregados (IANNI, 2004, p. 178).

A agressividade é algo inerente ao ser humano, porém “ao contrário da violência, inscreve-se dentro do próprio processo de construção da subjetividade, uma vez que seu movimento ajuda a organizar o labirinto identificatório de cada sujeito” (VILHENA; MAIA, 2002, p. 35). Ampliando a possibilidade de compreensão deste termo, Bock (2002) afirma que “a agressividade está relacionada com as atividades de pensamento, imaginação ou de ação verbal e não verbal” (p. 330). São os mecanismos da lei e da tradição, repassados culturalmente por meio do processo de educação, que buscam a subordinação e o controle desta agressividade. Já a violência é o uso desejado da agressividade, com fins destrutivos.

O substantivo masculino abuso, como definido pelo Dicionário Michaelis (2015), refere-se ao uso errado, excessivo ou injusto e, ainda, como uma prática contrária às leis e aos bons usos e costumes. Os abusos físicos constituem a forma de violência mais visível e costumam acontecer por meio de agressões e o lugar de prevalência é a própria casa do idoso ou a casa da sua família. Já o abuso psicológico corresponde a todas as formas de menosprezo, desprezo, preconceito e discriminação que trazem como consequência tristeza, isolamento, solidão, sofrimento mental e, frequentemente, depressão (BRASIL, 2014).

De forma complementar a estas ideias, Ianni (2004) ressalta que a fúria da violência (resultantes tanto do ato agressivo ou do abuso) tem algo a ver com a “destruição do ‘outro’, do ‘diferente’ e do ‘estranho’, com o que se busca a purificação da sociedade, o exorcismo de dilemas difíceis, a sublimação do absurdo

embutido nas diferentes formas de sociabilidade e nos jogos de forças sociais” (p. 168).

Os maus-tratos a idosos constituem um fenômeno presente em todas as sociedades e se apresenta de distintas formas. Minayo e Souza (2005) assim descrevem os diferentes tipos de violência: a) Violência física – a qual consiste no uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, feri-los, provocar dor, incapacidade ou morte; b) Violência psicológica – que corresponde a agressões verbais ou gestuais, com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar o convívio social; c) Violência sexual – são os abusos que visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas, por meio de aliciamento, violência física ou ameaças de pessoas idosas; c) Abandono – é a ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares ao idoso necessitado de proteção e assistência; d) Negligência - refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais; e) Violência financeira - consiste na exploração imprópria ou ilegal ou ao uso não consentido pela pessoa idosa de seus recursos financeiros e patrimoniais; f) Autonegligência - diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma; g) Violência medicamentosa - é administração por familiares, cuidadores e profissionais de medicamentos prescritos, de forma indevida, aumentando, diminuindo ou excluindo os mesmos; h) Violência emocional e social - agressão verbal crônica, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima. Caracteriza-se pela falta de respeito à intimidade, falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades sociais e de saúde (p. 29).

Como descrito até aqui, os termos violências, abusos e maus-tratos não necessariamente possuem o mesmo significado. Há diferentes discussões teóricas a respeito e cada uma delas tem carga ideológica e histórica específica. Contudo, neste estudo estes termos serão utilizados como sinônimos. Porque, para além de conceitos, o que existe

são práticas que são tomadas como violentas em um dado contexto histórico e social. [...] A violência direta, que se refere a atos físicos resultantes em prejuízo deliberado, ou seja, quando alguém sofre algum tipo de dano físico a partir de um contato temporal; a violência indireta, que envolve todos os tipos de ação coercitiva ou agressiva, resultando em

prejuízo psicológico ou emocional, quando, por exemplo, o sujeito é destituído de possibilidades de reação; e, por fim, a violência simbólica, referente às relações de poder que se estabelecem por meio de instituições, cerceando a livre ação, pensamento e consciência destes indivíduos (GUARESCHI et al., 2004, p. 178-179).

Desse modo, é nesta lógica produtora de desigualdades e alienações, vigente em nossa sociedade, que se encontra a raiz da problemática relativa à violência, enquanto fenômeno cultural e familiar, contra a pessoa idosa.

A obra “Violência Intrafamiliar” (BRASIL, 2002a), aponta que a família é o núcleo primário de socialização, portanto é a responsável pela transmissão dos “valores, usos e costumes que irão formar as personalidades e a bagagem emocional das pessoas [...] motivadas pela conquista de espaços que garantam o amor, o reconhecimento e a proteção, necessidades básicas da condição humana” (p. 13). No entanto, “famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a se tornar violentas” (p. 14).

Assim, as relações de poder exercidas nos grupos familiares, em certa medida, produzem e são produzidas pelas formas de vivenciar e experienciar o cotidiano. Também, reproduzem e são reproduzidas a partir de sistemas maiores que, muitas vezes, passam despercebidos aos próprios sujeitos.

As bases da violência intrafamiliar encontram-se em crenças instituídas no sistema interrelacional e transgeracional familiar. [...] Parece evidente que as questões sociais de poder e gênero estão imbricadas na perpetração da violência, constituindo-se em importantes categorias para a análise e a compreensão dos processos que organizam as relações interpessoais, em especial no seio da família (KOLLER; NARVAZ, 2004, p. 160).

Ainda, Koller e Narvaz (2004), ao discutirem as questões relativas à violência de gênero e a invisibilidade desta produção, afirmam que as crianças que vivenciam ou são vítimas de violência tendem a naturalizar estas práticas. De maneira análoga, pode-se inferir as bases de transmissão das questões relativas à violência intrafamiliar e, também, contra a pessoa idosa.

Entendemos que a violência doméstica não pode ser analisada fora do contexto da violência social a que todos estamos submetidos diariamente, marcada pelas desigualdades sociais, falta de acesso a recursos e pela impossibilidade de exercermos nossa cidadania plena (GROSSI et al., 2004, p. 212).

A violência intrafamiliar tem sua produção vinculada a este contexto, sendo também associada, segundo Silva (2006), a “um padrão repetitivo, cíclico, de

controle e de dominação, do que um ato único de agressão física. Ao contrário, esse padrão ou ciclo pode durar muitos anos e aumentar a intensidade com o passar dos anos” (p. 56). O autor ressalta que este tipo de violência costuma se apresentar em três fases distintas: um tensionamento nas relações interpessoais, seguido pela agressão em si e uma possível reconciliação. Esta dinâmica da violência intrafamiliar geralmente se torna cíclica, visto que a reconciliação entre agredido e agressor pode gerar no segundo a impressão que a violência é algo aceitável, portanto, pode ser repetida. E no primeiro pode levar à perda da confiança, o que torna impossível perdoar verdadeiramente, restando sempre um germen para o início de um novo tensionamento (WITCZAK; WITCZAK, 2010). Corroborando, Costa (2007) pontua que “violência é tudo o que nos faz perder a confiança no outro, e, por conseguinte, nos impede de exercer o poder de prometer e perdoar” (p. 100).

A violência intrafamiliar contra o idoso pode ser tanto física quanto moral, geralmente envolvendo ambas as formas, mas que tem um fator relevante: praticada por alguém que se ama. E esse é o dilema envolvendo as pessoas que se encontram em relações como esta, invadidos por diferentes sentimentos contraditórios que aumentam ainda mais o seu sofrer: quando agredida, soma-se o medo da solidão e do isolamento; quando dependente financeiramente, aumento da submissão e silêncio incondicional; estando presentes a agressão e a dependência financeira, medo do abandono total. “É necessário ressaltar também a ambivalência dos sentimentos presentes nesta relação, pois o agressor é sempre uma pessoa ‘amada’. Restando sempre a esperança de que um dia ‘ele possa mudar’ ou ‘voltar a ser o que era’” (WITCZAK; WITCZAK, 2010, p. 34).

Vale destacar que o crescimento da população idosa traz consigo, também, um acréscimo nos casos de violência e abandono (CAETANO, 2012). Por sua vez, Minayo (2005), afirma que a violência contra idosos se manifesta em três categorias:

- a) estrutural, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; (b) interpessoal nas formas de comunicação e de interação cotidiana e (c) institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação (MINAYO, 2005, p. 12).

No caderno sobre “*Envelhecimento ativo: uma política de saúde*”, no específico acerca da “Violência e maus-tratos contra o idoso” a OMS (2005) afirma que:

o abuso ao idoso é uma violação dos direitos humanos [...] Em geral, em todas as culturas é pouco denunciado. [...] demandam uma abordagem multisetorial, multidisciplinar [...] são necessários esforços sustentados para aumentar a consciência pública sobre estes problemas e para mudar valores que perpetuem desigualdades entre gêneros e atitudes preconceituosas (OMS, 2005, p. 29).

No capítulo sobre a “Proteção social”, a OMS (2005) afirma que se fazem necessárias reformas políticas que favoreçam o apoio estatal e privado na segurança para a velhice. Ainda, quando trata sobre os desafios de uma população em processo de envelhecimento, recomenda que a abordagem deve reconhecer a relevância das relações familiares de diferentes gerações, fortalecer a solidariedade entre as gerações, em que o educar os jovens sobre o envelhecimento e cuidar da manutenção dos idosos favorecerá para reduzir e eliminar a discriminação e o abuso (OMS, 2005).

O uso e abuso de álcool e outras drogas pode promover a violência intrafamiliar contra idosos. Define-se droga como aquela substância, de origem natural ou sinteticamente produzida que, modifica as funções orgânicas. Há uma amplitude de termos utilizados para definir o que sejam drogas. O “*Guia de Saúde Mental – Atendimento e Intervenção com usuários de álcool e outras drogas*” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) afirma que há uma amplitude de termos utilizados para se definir o que seja droga, então

nos referimos aqui a substâncias químicas cuja propriedade, quando em contato com nosso organismo, faz alterar nossa consciência sobre o mundo e, por conseguinte, também nossa maneira de nos comportar. É exatamente por sua capacidade de modificar a consciência das pessoas que essas drogas são chamadas de “psicotrópicas” (que quer dizer “atração pelo psiquismo”) ou “psicoativas” (que atuam modificando as funções psíquicas) (BRASIL, 2013, p. 31).

Em complementaridade, a Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD, 2002), define o termo droga psicotrópica ou psicoativa como toda e qualquer substância capaz de modificar o funcionamento da atividade cerebral. Sua classificação se dá a partir de diferentes critérios, sendo mais utilizados aqueles que dizem respeito à origem, ao mecanismo de ação e à legalidade. “Uma droga é lícita quando não é crime produzir, usar, nem comercializar e ilícita quando a produção, a

comercialização e o consumo são considerados crimes, sendo proibidas por leis específicas” (ORTH, 2005, p. 13).

Lins e Scarparo (2010) afirmam que os estudos acerca das relações entre família e drogadição apresentam conotações diversas: se constituem problema individual, questão social, fenômeno transgeracional, ferramenta de prevenção e/ou coadjuvante no uso e no tratamento. As diferentes relações estabelecidas na dinâmica entre família e o uso de drogas é um fenômeno mundial crescente, mas dificilmente se procuram os determinantes macrossociais destas questões, jogando-se ao indivíduo usuário a responsabilização pela situação. Os autores ainda pontuam que “a dependência química pode ser vista como responsabilidade do indivíduo, o que fragmenta a compreensão do fenômeno [...] as contradições são produzidas socialmente, mas seus enfrentamentos individualizados” (p. 263).

No entanto, outras ainda podem ser estabelecidas. Por um lado, que papéis a droga pode assumir frente à construção de uma identidade individual coerente? Este é o questionamento de Angel e Angel (2005). Em resposta propõem: “uma espécie de afiliação substituta, a toxicomania assinala a impossibilidade da herança familiar; o recentramento de toda a existência do toxicômano em torno da sua relação com o produto assume o lugar de matriz de identificação” (p. 96). De outro lado, Torossian e Papini (2013) afirmam que a posição do usuário de drogas como criminoso contribui para o rompimento de seus laços sociais e familiares, o que comumente resulta no agravamento dos seus possíveis problemas com drogas. A predominância da imagem da doença deslocou os dispositivos com que o Estado e a sociedade tratam e olham para estas pessoas: os que outrora eram unicamente punidos agora têm também a possibilidade de buscar ajuda para pensar seus problemas, mesmo que, às vezes, de modo coercitivo.

Nesta dinâmica, constrói-se um ambiente sociocultural desafiador. De um lado, tem-se o familiar usuário (filho, neto...) que, adoecido, busca na substância uma saída para seu problema, que acaba se tornando sua própria exclusão. Por outro, apesar de ser um agressor, é alguém que necessita de cuidados, mas termina por se tornar uma ameaça para seus próprios familiares, principalmente aos idosos. E é, nessa linha tênue, que idosos estão se tornando alvos dessa violência, pois, muitas vezes, pela sua vulnerabilidade, por necessidades afetivas, por vergonha ou pela própria invisibilidade, estes se submetem a esta lógica perversa. Afinal de contas, têm a seu lado a esperança de que um dia seu familiar volte a ser uma

pessoa “boa” e, então, acaba por esperar soluções mágicas ou tenta defender-se de forma também individual. De certa forma, os princípios defendidos no modelo JUBESA – juventude, beleza e saúde – (LOVISOLO, 2006), podem ser redimensionados para esta realidade do uso de drogas: de consumo imediato, de promessas hedônicas de felicidade e de responsabilização individual.

Na sociedade, como um todo, usualmente, a violência sobrepõe-se à vida das pessoas, aos sentimentos das próprias relações familiares. E este fator é tomado como algo natural. Pois, ao mesmo tempo em que o sujeito é visto pelo idoso agredido como ente querido, as representações que ele tem das pessoas que usam álcool e outras drogas são de marginalização. Ou seja, o familiar é a pessoa que ele ama, mas é também um transgressor das leis e que o violenta. O exercício da violência atinge profundamente as famílias que convivem com este tipo de situação, produzindo sofrimentos que se tornam experiências devastadoras, justamente por serem perpetradas por alguém que se ama. Mais especificamente aqui, sobre as dificuldades e dilemas vivenciados por idosos que sofrem violência intrafamiliar por familiares usuários de álcool e outras drogas (WITCZAK; WITCZAK, 2010).

### 2.3 POSSIBILIDADES E DIFICULDADES NO ATENDIMENTO AO IDOSO, VÍTIMA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

Tanto a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) como a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006) preconizam a utilização de dispositivos grupais nos serviços de saúde mental, incluindo-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Isto porque consideram o seu potencial de cuidado na perspectiva da promoção da autonomia das pessoas acompanhadas. Os CAPS são unidades de atendimento em saúde mental que oferecem a seus usuários um programa de cuidados, elaborado por uma equipe multidisciplinar. Inicialmente concebidos como alternativas terapêuticas ao modelo de atendimento centrado no hospital psiquiátrico, os CAPS passaram a ter, de acordo com a portaria Nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, a função estratégica de articular as forças de atenção em saúde e as da comunidade, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia de seus usuários (BRASIL, 2002b).

Por sua vez, a PNH preconiza a clínica ampliada como uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do

adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2006). A saúde, entendida nesse processo, pressupõe que se coloquem em jogo os diferentes atores sociais, pondo-se em xeque soluções previamente determinadas e que anula sujeitos por meio das práticas. O processo reflexivo, inserido nos grupos terapêuticos dos CAPS, possibilita alternativas de reflexão como forma de se entender o fenômeno da drogadição e da violência familiar.

Em um estudo realizado em um CAPS de uma cidade do interior do Mato Grosso do Sul, Bellenzani et al. (2009) apontam que o grupo é reconhecido como um espaço adequado para a exploração da subjetividade ao possibilitar que os membros reproduzam neste ambiente os papéis que ocupam no dia a dia de suas relações. Verificaram ainda a aplicabilidade dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento aos usuários desse serviço e concluem que:

do ponto de vista terapêutico e psico-educativo, em grupo as pessoas podem reconhecer papéis e identidades - em sua dimensão coletiva e histórica - questioná-las, (re) significá-las e, portanto, reconstruí-las na medida em que sejam opressivas, excludentes, estereotipadas ou restritivas à cidadania. [...] Seu potencial está em promover discursividade, diálogo, (re)construção de si, das identidades, das interações sociais e da realidade vivenciada. Nos CAPS, esse potencial deve ser colocado a serviço do projeto sócio-terapêutico de cada usuário e da coletividade envolvendo usuários, familiares, trabalhadores e comunidade (BELLENZANI et al., 2009, p. 2).

Os idosos inseridos nestes grupos poderiam, então, ao pensar sobre a sua realidade particular, visualizar outras formas de enfrentamento. Criam-se espaços de enfrentamento que se amparam nas políticas públicas, utilizando-se dos serviços específicos como ferramentas de apoio e de não culpabilização individual daquele que sofre a violência. Colocam-se, nessa perspectiva, as prerrogativas e diretrizes do que se entende por envelhecimento ativo a favor dos sujeitos vitimados, dando-lhes a possibilidade de reconstrução de suas vidas, de forma mais plena e com mais qualidade. E é para dar conta desse desamparo que as políticas públicas em instituições de assistência, entre estas o CAPS, surgem como uma possibilidade de enfrentamento desta situação por meio dos grupos terapêuticos.

Diferentes estudos nacionais demonstram que o atendimento individual às vítimas deste tipo de violência ainda é a principal forma de cuidado (CORREIA et al.,

2012; LOURENÇO et al., 2012; MASCARENHAS et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012; WANDERBROOKE; MORÉ, 2012; GADONI-COSTA et al., 2011; NOGUEIRA et al., 2011; APRATTO JÚNIOR, 2010).

Wanderbroockel e Moré (2012) analisaram os significados da violência familiar na perspectiva de nove idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, identificados por profissionais da saúde, como vítimas desse tipo de violência. Para estes autores, a violência familiar contra o idoso está associada a comportamentos de familiares que geram privação de autonomia, desrespeito por parte dos netos, abandono ou negligência.

Lourenço et al. (2012) focalizaram a violência doméstica contra idosos sob a perspectiva das crenças dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, Brasil. Realizaram-se análises de correlação entre as crenças dos profissionais de saúde e os tipos de violência doméstica e o grau de parentesco dos agressores, bem como da relação entre violência doméstica e consumo de álcool e drogas. Os resultados apontaram que a atuação dos profissionais de saúde está restrita a prática de encaminhamentos e que parte de suas crenças foram confirmadas pelos dados da literatura.

Gadoni-Costa et al. (2011) apresentam um levantamento dos casos atendidos no setor de Psicologia de uma Delegacia para a Mulher, em município da região metropolitana de Porto Alegre, no período de 2006 a 2008. A amostra empírica compreende 351 mulheres, com idades entre 12 e 78 anos, com relato de violência física, psicológica e sexual contra elas ou seus filhos. Os dados levantados confirmam estudos que apontam que a maioria dos casos de agressão contra a mulher ocorre em seus próprios lares. E que o uso de álcool e drogas e a presença de violência anterior nas famílias podem ser apontados como fatores de risco para a perpetuação do fenômeno.

Nogueira et al. (2011) realizaram um estudo que teve por objetivo conhecer os casos de violência e maus-tratos contra idosos no município de Fortaleza, Ceará. Para tanto, fizeram uma pesquisa documental de 291 denúncias em processo de averiguação, registradas em Fortaleza em 2007 em comparação aos dados de denúncias arquivadas pelo Alô Idoso, no período de 2003 a 2007. Os resultados apresentaram predomínio da violência intrafamiliar, com o seguinte perfil de vítimas: mulheres (70,2%); entre 71 e 80 anos (38,2%); residiam com o agressor (70,4%). E o perfil dos agressores: homens (54,7%); filhos (57,7%); referência ao uso de álcool

e/ou drogas por parte do agressor (27,6%). “E apesar de não ter sido possível determinar se o uso de álcool e drogas influenciou na violência, diversos estudos apontam essa variável como um fator de risco para os maus-tratos, na medida em que inibem a censura” (NOGUEIRA et al., 2010, p. 551).

A pesquisa de Mascarenhas et al. (2012) corrobora os dados obtidos no estudo anteriormente apresentado. Ao descreverem 3.593 notificações de violência contra os idosos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no setor saúde, de todo Brasil, em 2010, concluem que: as idosas eram vítimas preferenciais em seus domicílios, violência psicológica foi mais frequente entre idosas no domicílio, infligida pelos filhos, com suspeita de uso de bebida alcoólica e de maneira crônica. A violência física é mais frequente nos idosos, fora de suas casas e praticada por agressores não familiares, com suspeita de ingestão de bebida alcoólica. As mulheres também foram vítimas preferenciais de negligência (no domicílio e realizada por seus filhos) e de violência sexual (por agressores que não eram filhos, mas que consumiram bebida alcoólica).

Oliveira et al. (2012) descrevem o perfil de idosos vítimas de violência doméstica, a partir de um estudo que utilizou uma série histórica de 4.896 registros do Sistema Millennium da Polícia Civil do Distrito Federal, no período 2003 a 2007. A análise contemplou sexo, estado civil, agressor e tipo de agressão. E concluiu que a relação entre agredido e agressor tem por principais características: residir no mesmo domicílio; dupla dependência (financeira dos filhos e cuidados para os pais); abuso de álcool e drogas; isolamento social; histórico de violência intrafamiliar. “Quanto aos agressores, 62,81% não têm parentesco com a vítima e 13,56% das agressões foram cometidas por filho” (p. 555).

Correia et al. (2012) chegam a conclusões semelhantes em um estudo epidemiológico, realizado no serviço de emergência adulto do Hospital da Restauração em Recife-PE, no ano de 2007. Do total de 72.232 prontuários analisados, foram registrados 79 casos de violência contra o idoso. A maior parte das vítimas eram homens, sendo a violência física a mais frequente, ocorrendo mais no final de semana. Todos os agressores eram do sexo masculino, sendo notificada a relação com a vítima em um único caso (filho). “Devido aos vínculos de afeto e dependência, aumenta-se a dificuldade em revelar os abusos sofridos, em função do medo de retaliação ou vergonha do ocorrido, fazendo com que grande parte dos maus-tratos permaneça silenciada” (p. 532).

Apratto Júnior (2010) obtém um resultado próximo investigando as características da violência contra idosos no domicílio por pessoas de confiança no bairro da Ilha da Conceição, em Niterói (RJ), adscritos ao Programa Saúde da Família.

O estudo de Liana Costa (2011) apresenta o grupo terapêutico como possibilidade de atendimento à vítima de violência familiar, porém sem especificar faixas etárias e suas peculiaridades. Observaram a “participação de famílias em um Grupo Multifamiliar (GM) com adolescentes ofensores sexuais. A eficácia do GM é reconhecida, pois diminui os índices de reincarceramento e de recidiva de atos infratores” (p. 185). A partir desta análise, observou-se a ocorrência de mudanças nas relações familiares, apesar da dificuldade e do sofrimento em discutirem esta temática. Por fim, foi verificado que a intervenção em grupo contempla a dimensão do sofrimento de todos. Além disso, favorece a aproximação afetiva, ameniza o contexto de punição ao adolescente, a vergonha e o isolamento da família e do adolescente em relação à comunidade e à família extensa.

Em um trabalho específico com mulheres que sofreram violência intrafamiliar, Ramos e Oltramari (2010), afirmam que a atividade reflexiva proporcionou ao grupo novas formas de agir e pensar. E, para além do grupo em si, também foi possível formar agentes multiplicadores de conscientização para a diminuição da violência. Na possibilidade reflexiva colocam-se em jogo os papéis desiguais estabelecidos socialmente e que se vinculam ao pensar sobre a violência intrafamiliar e “os direitos humanos, fomentando estratégias de políticas públicas que almejem o enfrentamento deste tipo de violência” (p. 426).

No ano de 2010, com dados coletados nos municípios de Curitiba, Rio de Janeiro, Brasília, Recife e Manaus três diferentes estudos foram publicados. Em um deles, Souza e Valadares (2010) investigaram aspectos da atenção à saúde mental ofertada à pessoa idosa vítima de violência utilizando a abordagem de triangulação de métodos a partir da análise de dados secundários, informações de questionários e entrevistas individuais e em grupo. Definiram entre o público-alvo profissionais e gestores da atenção à saúde mental a consonância das práticas desenvolvidas nos serviços em relação às políticas que regem a atenção à saúde mental e as dirigidas às pessoas idosas vítimas de violência. Destaca-se: “a disparidade dos registros de atendimento; a ausência de informações sobre o atendimento de idosos vítimas de violência; e a incipiente percepção dos profissionais quanto à violência como objeto

de intervenção da saúde” (p. 2763). Concluiu-se pela necessidade de maiores investimentos públicos: na melhoria da qualidade da informação; na adequação da estrutura física dos serviços; na capacitação/habilitação dos profissionais para atenderem às especificidades de saúde do idoso. No aspecto da violência, observou-se a necessidade da adoção de ações de prevenção e atenção dos transtornos mais frequentes em idosos.

Em outro, Souza e Correia (2010) ressaltam os serviços CAPS AD II que realizam “atividades de atendimento grupal, [...] ações de estímulo à participação das pessoas idosas em grupos, [...] atividades de identificação e reconhecimento da rede de suporte social para a pessoa idosa; e que informam sobre direitos dos idosos” (p. 2760).

Ainda, uma terceira investigação, conduzida por Ribeiro e Barter (2010), que descreveu a estrutura e caracterizou o atendimento prestado por serviços de reabilitação, que atendem idosos vítimas de acidentes e violência, baseando-se nas principais políticas públicas de saúde dirigidas à população idosa no país. “Foram entrevistados gestores e profissionais sobre fluxo, caracterização e especificidades do atendimento ao idoso, redes de proteção, avaliação dos serviços e sugestões” (p. 2729). Concluiu-se que o atendimento de reabilitação apresenta grandes fragilidades na implantação das políticas públicas e na inserção do tema da violência. “A equipe precisa ter sensibilidade para perceber tais questões, demonstrar apoio e disponibilidade para atender esses idosos e incentivá-los à troca de experiências em grupo” (p. 2736).

Freitas et al. (2010) avaliaram o Projeto Disque Idoso em Sobral (Ceará), utilizando o Método de Avaliação Construtivista de Furtado, em uma abordagem integradora (inter, multi e transdisciplinar) e intersetorial. Realizaram grupos focais com representantes dos setores da saúde, assistência social, justiça e idosos, tanto beneficiados pelo projeto como outros que contribuem para seu desenvolvimento. Com diferentes percepções, o grupo de profissionais considerou que “a eficácia de suas ações é limitada; para os profissionais da rede social de apoio, o projeto deve buscar atuação intersetorial se pretende atingir assistência integral e, para os idosos, este é visto como válido e precisa se consolidar no município” (p. 2825).

Já Wanderbroocke e Moré (2013), descrevem a abordagem profissional da violência intrafamiliar contra idosos em uma Unidade Básica de Saúde em uma capital da Região Sul do Brasil. Os dados levantados apontam para duas situações:

a primeira, “as dificuldades dos profissionais de identificar situações de violência e crenças relacionadas à impossibilidade de enfrentá-la” (p. 2513); a segunda, que institucionalmente, existem “fatores que desfavorecem a detecção e acompanhamento dos casos como a menor ênfase no trabalho interdisciplinar e rotinas voltadas para a saúde física” (p. 2513).

Os estudos trazidos ressaltam o uso e o abuso de drogas ilícitas e álcool como fatores determinantes para a violência contra o idosos praticada por familiar usuário. Isso demonstra e ressalta a importância dos grupos terapêuticos, como estratégia de enfrentamento à violência e será discutido seguir.

#### 2.4 GRUPOS TERAPÊUTICOS: UMA FERRAMENTA DE APOIO A IDOSOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

A discussão do processo grupal se faz importante para que se possa desenvolver o objetivo principal deste estudo, qual seja: entender a importância dos grupos terapêuticos para pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de álcool e outras drogas. Os demais elementos constituintes desta formulação já foram anteriormente apresentados e a relação entre todos se dará ao final deste capítulo.

Por grupo entende-se “um conjunto de pessoas em uma ação interativa que possuem objetivos a serem compartilhados” (OSORIO, 2000, p. 11). Associam-se ao grupo algumas características que o definem como fenômeno social: a reunião de duas ou mais pessoas com um objetivo comum de ação; o estabelecimento de um padrão de comunicação e interação; a interdependência e o reconhecimento de si como membro participante; a criação de laços duradouros e processos de identificação; e a coesão ao espírito de grupo.

E, como resultado, tem-se um espaço no qual “as pessoas pensam, elaboram, trabalham as suas relações e conseguem estabelecer uma experiência única, refletida e que faz os seus participantes se sentirem sujeitos” (CARLOS, 1998). O poder terapêutico reside no próprio grupo: “o fato de pessoas estranhas encontrarem-se para compartilhar suas angústias, conflitos e problemas já é por si só um significativo agente de cura a ser cultivado e desenvolvido pela postura e pela habilidade do grupoterapeuta” (OSORIO, 2007, p. 110).

Rossi et al. (2009) afirmam que atividades grupais se constituem em ferramentas da clínica ao produzir novas formas de cuidado e de vida para seus integrantes. Isto pode acontecer por meio do conhecimento técnico e, também, da vida dos usuários e da comunidade, relativos à história, território, cultura e as instituições envolvidas.

Ao discutir sobre a questão da grupalidade, já vinculada a possibilidade terapêutica dos grupos, Osorio (2007) acrescenta outras características que devem ser consideradas neste processo. Estas consistem em: motivação para trabalho em grupo; menor resistência à abordagem grupal do que à individual dos conflitos subjacentes à busca da terapia; disposição para estabelecer vínculos e processos de identificação cruzada com eventuais parceiros na vida social e ou profissional; percepção adequada dos limites entre o eu e o outro; maior espontaneidade e menor constrangimento em situações grupais do que em relações duais.

Para este autor, ainda, há outros fatores imprescindíveis para a grupoterapia: motivação para a tarefa; mobilidade nos papéis a serem desempenhados; e mudanças que se evidenciem necessárias. E, destacam-se como objetivos a serem alcançados na psicoterapia grupal: a) os temas que amedrontam têm menor resistência quando abordados em grupo; b) maior possibilidade de insight devido as identificações projetivas cruzadas; c) as angústias persecutórias passam a ser compartilhadas; d) o confronto e o intercâmbio e confronto de experiências é favorecido (OSORIO, 2000).

Em complementaridade ao clima propício ao intercâmbio de experiências, Osorio (2013) delimita a intervenção do grupoterapeuta como sendo proporcionada pela inter-relação estabelecida entre este e os componentes do grupo e desses entre si. Isto porque, “o vínculo transpessoal permanece como agente terapêutico essencial na psicoterapia. Sem ele, ou quando ele está bloqueado, as intervenções, serão terapeuticamente ineficientes” (p. 141).

Yalom (2006) localiza a terapia grupal como o núcleo da experiência emocional corretiva. Define como fatores terapêuticos a instilação de esperança, o altruísmo, a universalidade, o compartilhamento de informações, a recapitulação corretiva do grupo familiar primário, o desenvolvimento da técnica de socialização, o comportamento imitativo, a aprendizagem interpessoal, a coesão grupal, a catarse e os fatores existenciais.

Além disso, considera-se, em relação a grupos terapêuticos, que:

o importante não é o processo de ventilação, não é apenas a descoberta de que os outros têm problemas semelhantes é a negação subsequente da singularidade desafortunada do indivíduo. O que parece ter importância fundamental é compartilhamento afetivo do mundo interior do indivíduo e a aceitação dos outros. O fato de ser aceito pelos outros desafia a crença do paciente de que ele é basicamente repugnante, inaceitável e detestável. A necessidade de fazer parte é inata em todos nós. A afiliação no grupo e o apego no cenário individual tratam desta questão. Os grupos de terapia produzem um circuito de autorreforço positivo: confiança – autorrevelação – empatia – aceitação – confiança (YALOM, 2006, p. 63).

E tais mecanismos, os positivos e os negativos, presentes nos grupos terapêuticos, podem mascarar ou desmistificar realidades de sofrimento e exclusão, como os associados à violência intrafamiliar, ao uso de álcool e outras drogas e ao envelhecimento. Desse modo, o grupo possibilita aos idosos um rompimento dos processos estereotipados, buscando fortalecê-los para que possam dar conta de suas questões. Este espaço permite, ainda, a identificação com outros casos, despotencializando os do próprio sujeito. Ou seja, comporta que em momentos de trocas e ressignificações coletivas os sujeitos, mediante mudança e redimensionamento do foco do conflito, têm maior probabilidade de reelaboração simbólica e reestruturação de processos reflexivos, frente a sua própria conflitiva.



### 3 METODOLOGIA

A Gerontologia abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico, constituindo-se como um campo multiprofissional e multidisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento humano e de todos os determinantes envolvidos: genéticos, biológicos, psicológicos e socioculturais. Já a Gerontologia Social “se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo” (SCHWANKE et al., 2009, p. 40).

A interdisciplinaridade é fundamental para a Gerontologia, devido a impossibilidade de uma única área do conhecimento compreender todos os aspectos da saúde do Idoso. Da mesma forma, o cuidado ao idoso deveria ser realizado por equipes interdisciplinares, que o olhassem e o acolhessem em sua multiplicidade. No entanto, “é notável a diferença nas formas de linguagem, metodologias e maneiras de trabalhar com os idosos entre essas diferentes áreas, já que não há um embasamento único de ensino e pesquisa focado no envelhecimento” (FLESCH, 2013, p. 19).

Compondo esta interdisciplinaridade, Guareschi et al. (2003) afirmam que uma das marcas básicas da Psicologia Social é a importância da contextualização, da ação social, das especificidades e particularidades históricas, que produzam pesquisas e teorias engajadas nas práticas e lutas sociais. Assim, o enfoque das pesquisas em Psicologia Social coloca-se nas “intersecções entre as estruturas sociais, os grupos sociais, a cultura, a história e as relações” (p. 32).

Para Witczak (2009), a opção por este campo do conhecimento é o seu interesse na transformação social, entendendo o caráter histórico dos fenômenos psicossociais. Concebendo a realidade como uma construção coletiva dialética, preocupa-se com a perspectiva das majorias, das minorias e das resistências. Busca romper com os princípios positivistas e funcionalistas de ciência e critica a separação entre sujeito e objeto de pesquisa.

Guareschi et al. (2003) afirmam que emergiram na área da pesquisa em Psicologia Social enfoques teóricos metodológicos que vieram redimensionar a discussão: a teoria das Representações Sociais e a abordagem do Construcionismo Social. Para estes autores, o Construcionismo Social concebe tanto o sujeito quanto o objeto como construções histórico-sociais.

Estabelece uma crítica à ideia representacionista do conhecimento e da objetividade, problematizando aspectos sobre a realidade e o sujeito. Através de questões de linguagem, o Construcionismo Social incorpora, em parte, a perspectiva linguística do estruturalismo e a discussão das práticas discursivas e de discurso do pós-estruturalismo nas análises sobre a produção de sentidos no cotidiano dentro da sua abordagem teórico-metodológica (p. 30-32).

E, tal perspectiva construcionista é resultante de três movimentos:

na Filosofia, como uma reação ao representacionismo; na Sociologia do Conhecimento, como uma desconstrução da retórica da verdade, e na Política, como busca de empowerment de grupos socialmente marginalizados. [...] para o construcionismo, a própria noção de indivíduo é uma construção social (SPINK; FREZZA, 2013, p. 6-7).

Para Spink e Frezza (2013), a linguagem é uma prática social que se baseia nas trocas linguísticas (a linguagem em uso: sua formatação, seu sentido e sua intencionalidade), na racionalidade do senso comum (normas de uso), na análise da conversação e nas interações. Essa variedade de produções sociais constituem as práticas discursivas. O foco central dessa análise está na abordagem construcionista: ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos. A produção de sentido no cotidiano pode ser compreendida através de tais possibilidades.

Para Spink e Medrado (2013), “o sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, interativo socialmente determinado, que determina como as pessoas compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (p. 22). Sua produção é uma prática social, dialógica e discursiva, que leva em consideração três dimensões: a linguagem, a história e a pessoa. E deve levar em consideração o tempo da vida vivida e dos processos de socialização, em que os conteúdos são continuamente reconstruídos e representam domínios de saber, também geradores de sentido. E, finalmente, a compreensão de tais práticas discursivas deve levar em consideração as permanências e as rupturas, a universalidade e a particularidade, o consenso e a diversidade.

### 3.1 A PESQUISA QUALITATIVA

Esta pesquisa possui abordagem de natureza qualitativa, uma vez que não busca enumerar ou medir eventos e não emprega instrumental estatístico para análise dos dados. Seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva

diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos. Dela faz parte a obtenção de dados mediante contato direto do pesquisador com a situação (NEVES, 1996).

Esse tipo de pesquisa responde a questões particulares e preocupa-se com uma realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, os quais não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010, p. 21).

Ao considerar o objetivo deste estudo que foi compreender o papel dos grupos terapêuticos para pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de álcool e outras drogas, privilegiando, portanto, a experiência subjetiva dos sujeitos, entendeu-se que a pesquisa de abordagem qualitativa foi a mais adequada. Isto porque esta modalidade de investigação visa a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. “Trabalha, ainda, com a vivência, experiência e cotidianidade, bem como com o entendimento das estruturas e instituições, como resultado da ação objetivada” (MINAYO, 2010, p. 24).

Desse modo, os estudos de natureza qualitativa buscam compreender as relações sociais, as quais contêm crenças, valores, atitudes e hábitos. Neste contexto, faz a interlocução das vivências e experiências, e o envolvimento entre pesquisador e sujeitos da pesquisa assume uma condição de aprofundamento da relação intersubjetiva, em que se busca, nas falas dos atores sociais, compreender uma realidade exposta por eles.

Em complementaridade, Campos (2004) define o tratamento de dados qualitativo como uma análise pessoal e subjetiva realizada pelos pesquisadores sobre as informações extraídas dos pesquisados. Assim, é coerente com a concepção de pesquisa de campo conceituada por Peter Spink (2003), “para o qual campo não é o lugar onde o tema pode ser visto, mas são as redes de causalidade intersubjetiva que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes, que não são necessariamente conhecidos uns dos outros” (p. 26).

### 3.2 O CONSTRUCIONISMO SOCIAL

O Construcionismo Social fundamenta metodologicamente a análise e a discussão deste estudo. Neste, “a noção de indivíduo é entendida como uma construção social” (SPINK; FREZZA, 2013, p. 5), escapando de uma perspectiva individualista. A opção por este método se constitui em dirigir o olhar não somente para o que se repete, mas também para o que diverge, o que varia, o que é irregular, sem cair em uma posição ingênua, a qual acredita na existência de uma “essência” da realidade que precisa ser captada. A noção de práticas discursivas orienta para uma dinâmica que vai além do que é institucionalizado, daquilo que está no cotidiano, na linguagem em uso e onde a produção de sentidos acontece.

Spink e Medrado (2013) colocam que esta abordagem, busca “identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias” (p. 60). Centra-se nas práticas discursivas que são os meios pelos quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações que estabelecem no cotidiano. Os seus elementos constitutivos são a dinâmica (os enunciados e as vozes que os orientam), as formas e os conteúdos (repertórios interpretativos).

Assim, a linguagem é ação e produz consequências, em que por meio desta, a pessoa e seus interlocutores realizam um jogo de posicionamentos, seja ou não intencional. Constroem-se práticas discursivas com “o conjunto de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem, [...] tendo por parâmetro o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 28).

A entrevista, o diário de campo e os grupos enquadram-se na definição anterior e foram utilizados nesta dissertação como possibilidades dialógicas e produtoras de práticas discursivas. Abaixo, apresenta-se uma pequena síntese de cada um destes três contextos utilizados para tal finalidade. Optou-se por manter, de forma literal, os recortes que se tomou por definidores de cada conceito, com a identificação da página original e do autor ao final do trecho. São eles:

- 1) Entrevista: é uma produção discursiva coconstruída por entrevistador/a e entrevistado/a, onde no processo dialógico são negociados pontos de vista e que posicionam os participantes. Deve considerar as relações de poder/saber construídas socialmente e que podem, até mesmo, produzir discursos

antagônicos. Para sua compreensão são importantes “dialogia, reflexividade, relações de poder, interanimação dialógica, posicionamento, tempo curto” (ARAGAKI, 2014, p. 59);

- 2) Grupos: enquanto ferramenta de pesquisa privilegiam a dialogia e representam produções discursivas marcadas pela multiplicidade. Devem ser analisados focando-se “nas interações, nas relações de poder, nos repertórios linguísticos e nas práticas discursivas construídas nesse contexto [...] é possível assumir posições, compartilhar experiências, fazer negociações e coproduzir sentidos” (BRIGAGÃO et al., 2014, p. 73-74).
- 3) Diário de Campo: a linguagem escrita em ação, produzindo práticas discursivas. “Ao invés de atores contrapostos, temos fluxos em agenciamentos coletivos [...] fundindo as palavras e as coisas (p. 278). [...] É provisório, precário e parcial, têm sempre uma potência criativa: sendo revisitados, relidos, reposicionados, reescritos” (MEDRADO; SPINK; MELLO, 2014, p. 292).

### 3.3 OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com o previsto para a pesquisa, foi estruturado um grupo terapêutico constituído exclusivamente por idosos, em que os participantes foram informados de que este teria início e fim previamente determinados. Utilizou-se como critério de inclusão no grupo: ter idade igual ou superior a 60 anos, ser vítima de violência praticada por um familiar dependente químico, ter acessado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) do município de Santa Cruz do Sul, para solicitar auxílio, aceitar frequentar/participar no grupo terapêutico.

Seguindo os critérios estabelecidos e com base nas informações contidas neste Serviço, identificaram-se dez idosos que vivenciaram a condição de vítima de violência intrafamiliar. Desse modo, entrou-se em contato com os dez possíveis participantes da pesquisa. Destes, sete aceitaram participar da primeira entrevista e posteriormente do primeiro encontro grupal. Porém, a partir do segundo encontro, permaneceram cinco idosos no grupo terapêutico, durante o período de seis meses e quatro sujeitos participaram da última entrevista. Durante esse período, três outros idosos foram encaminhados pelos profissionais do CAPS AD III, mas os mesmos compareceram a um único encontro e não foram entrevistados. Os encontros

grupais aconteceram em uma sala destinada para esta atividade, na estrutura física do CAPS AD III.

Os idosos participantes da pesquisa frequentaram o grupo terapêutico semanalmente por um período de seis meses (agosto de 2015 a janeiro de 2016). A duração do encontro grupal era de, aproximadamente, uma hora. A idade variou de 61 a 76 anos, sendo três homens e quatro mulheres. Somente um destes tem escolaridade em nível superior completo, os demais com nível fundamental incompleto. Todos os entrevistados se casaram – um é viúvo e outro divorciado – e afirmam que mantêm sozinhos o sustento do lar. A renda familiar mensal variou de um a cinco salários mínimos, com média de dois salários mínimos mensais. Cada família mantém entre três e quatro pessoas com tal renda.

O processo de coleta de dados aconteceu em três momentos distintos:

- 1º- Realizou-se uma entrevista inicial com cada uma das pessoas que frequentou o grupo de familiares, antes do início deste. Esta foi gravada e conduzida com o auxílio de um formulário com questões abertas e fechadas (modelo semiestruturado) (APÊNDICE B). Sua finalidade era obter informações básicas relativas aos motivos que os levaram ao grupo terapêutico e se foram vítimas de algum tipo de violência. Tal procedimento foi realizado nas dependências do CAPS em formato de diálogo com os entrevistados. E aconteceu após a leitura do TCLE e obtenção de assinatura do entrevistado neste;
- 2º- Na sequência, ocorreram os encontros semanais do grupo terapêutico, realizados por um período de seis meses, de agosto de 2015 a janeiro de 2016, totalizando vinte e dois encontros, também nas dependências do CAPS. As atividades grupais foram coordenadas pela pesquisadora e tinham duração média de uma hora. Para o desenvolvimento dos encontros, adotaram-se medidas de conforto, quando os idosos sentavam-se em poltronas e em círculo. A condução do grupo se dava da seguinte forma: apresentação dos componentes, quando se retomava o objetivo do grupo, ressaltava-se a importância de dar espaço para que todos pudessem falar e a questão do sigilo. Todas as atividades e produções realizadas junto ao grupo foram anotadas em um diário de campo, que ofereceu o material para análise.
- 3º- Ao término do período de desenvolvimento das atividades grupais, realizou-se uma segunda entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) com os idosos participantes do grupo terapêutico, com o objetivo de dar voz a eles acerca do

processo vivenciado no grupo terapêutico e a relação com a sua problemática individual. Esta entrevista também foi gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra.

Informou-se a todos os participantes os cuidados éticos que envolveram a pesquisa como anonimato, autonomia, o respeito ao uso e armazenamento do material produzido nos encontros grupais e nas entrevistas. Além disso, para a realização deste estudo foram preservados todos os direitos dos participantes, observando-se os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de Nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

O projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) da UFSM/Campus Palmeira das Missões e, concomitantemente, apresentado ao responsável pelo CAPS AD, do qual se obteve a autorização institucional. Também foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) CAAE Nº 43173515.6.0000.5346 e com aprovação por meio do Parecer Nº 1.023.935, de 14 de abril de 2015 (ANEXO A).

Antes do início da entrevista, forneceu-se a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), no qual constam os objetivos, riscos e benefícios do estudo, assim como o contato das pesquisadoras responsáveis. Concordando com o conteúdo do termo, cada participante assinou em duas vias: uma permaneceu com o entrevistado e a outra ficou de posse da pesquisadora. Não houve qualquer forma de pagamento e/ou recebimento de quaisquer formas de gratificações em virtude da participação. Foi garantido o anonimato e o sigilo aos idosos que participaram da pesquisa. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados forem divulgados.

### 3.4 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Finalizadas as primeiras entrevistas, estas foram transcritas de forma literal. Após o término da transcrição nomeou-se os sujeitos com as siglas S1 a S7 e, a partir de então, trabalhou-se somente com tais siglas. Separou-se as questões e construíram-se mapas de associação de ideias conforme prescrito por Mary Jane

Spink (2003). Segundo essa autora, tais mapas permitem “entender a sequência das falas e os processos dialógicos a partir da esquematização visual. [...] Os objetos de associação definidos vinculadas ao entrevistador e a suas sínteses” (p. 280-281). O quadro abaixo demonstra de forma esquemática a metodologia utilizada para a construção dos mapas de associação:

Quadro 2 – Representação esquemática da construção dos mapas de associação

<b>Grupo CAPS – questão 2</b>				
Coluna 1	2	3	4	5
Objetos	Sujeito	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
Motivos que o levaram a procurar o CAPS?	S1	Internar meu filho	Tempo de internação e a não resolução da situação	Folga pra família

A primeira coluna reproduz a pergunta feita durante a entrevista e a coluna seguinte traz a designação do entrevistado. Na terceira coluna foram transcritas de forma literal a primeira associação de conteúdo a pergunta da coluna 1.

A coluna 4 contém as explicações dadas pelo entrevistado relativas a sua resposta e vinculada a sua primeira associação. Aqui, há interferência direta da pesquisadora ao realizar recortes considerados significativos. A última coluna recebeu termos propostos por esta pesquisadora para qualificar o sentido atribuído às falas. Após esta organização dos dados, procedeu-se a novas leituras do material obtido, agora a partir das tabelas produzidas. Determinaram-se as relações e realizou-se a escrita.

Para a segunda entrevista, seguiu-se o mesmo modelo/processo já descrito. Porém, nem todos os sujeitos que contribuíram na primeira entrevista responderam a esta. Isto porque, alguns desistiram de participar do grupo terapêutico constituído e/ou não quiseram responder a esta outra entrevista.

A análise do diário de campo se deu forma mais fluida, dada a sua maneira de produção mesma. Foram feitas anotações de diferentes ordens para cada encontro: vivências, sentimentos, descrições. Leu-se e releu-se muitas vezes este conteúdo, com a possibilidade de ampliação e ressignificação do seu conteúdo. Assim, o contínuo processo de entendimento e análise das informações ali contidas produziu um texto que procura dar conta desta multiplicidade de vozes: da autora, interessada em entendê-los; dos idosos participantes do grupo terapêutico e dos

seus familiares, presentificados em suas falas; do social, com suas normas e valores; do acadêmico, com seus conceitos e autores.

Tal multiplicidade de vozes se expressa também quando da inter-relação entre as diferentes formas de produção, coleta e interpretação dos dados, na junção das duas entrevistas e do material do diário e do grupo terapêutico. Tal exercício de escrita buscou privilegiar a produção de sentidos a partir das práticas discursivas sobre as vivências de violência, do uso e os significados atribuídos por idosos vítimas participantes do grupo terapêutico no CAPS AD III.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da organização, leitura e releitura das informações obtidas no campo empírico da pesquisa, realizou-se a análise e seus resultados estão apresentados de acordo com as etapas em que as informações foram coletadas. Isto é, inicialmente estão apresentados os resultados e discussões da entrevista inicial com os participantes da pesquisa. Na sequência, o produto das discussões e anotações em diário de campo, advindos dos encontros grupais. E, por fim, apresentam-se os resultados da entrevista com os participantes, após a realização das atividades grupais. Nesta última etapa, faz-se articulação e discussão com as informações contidas nas duas etapas anteriores.

É importante salientar que os idosos entrevistados eram todos provedores de suas famílias. Conforme Areosa e Bulla (2010) a manutenção da condição de provedor reforça a autonomia e a independência, a continuidade de uma vida social ativa, com vínculos de amizade e participação em suas comunidades.

No entanto, quando se trata da violência contra uma pessoa idosa, os estudos mostram que comumente o agressor vive em coresidência com a mesma, existe dependência entre eles, possui vínculos afetivos frágeis, faz uso de álcool ou outras drogas, sofreu ou sofre agressões por parte do idoso, pode ter depressão ou algum distúrbio psiquiátrico, é socialmente isolado e, talvez por isso, isola também o idoso. Além disso, outros fatores contribuem para a existência de violência intrafamiliar, entre eles o uso e abuso de substâncias psicoativas por parte do agressor, e os idosos em maior risco de sofrer violência são os dependentes de cuidados, física ou mentalmente (PINTO et al., 2013; QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010; SOUZA; VALADARES, 2010; MINAYO, 2005).

### 4.1 RESULTADOS A PARTIR DA PRIMEIRA ENTREVISTA

A primeira entrevista tinha quatro objetivos: compreender como os sujeitos chegaram ao CAPS AD, quais suas percepções sobre o serviço; e, se eram vítimas de violência intrafamiliar e como a entendiam.

#### 4.1.1 Centro de Atenção Psicossocial como espaço de cuidado

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de atendimento em saúde mental que oferecem a seus usuários um programa de cuidados, elaborado por uma equipe multidisciplinar. Inicialmente, concebidos como alternativas terapêuticas ao modelo de atendimento centrado no hospital psiquiátrico, os CAPS passaram a ter, desde 2002, a função estratégica de articular as forças de atenção em saúde e as da comunidade, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia de seus usuários, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002b).

Já a Portaria GM/MS Nº 130, de 26 de janeiro de 2012, redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III). Este se constitui em um serviço aberto, de base comunitária que funciona segundo a lógica do território e proporciona atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Este pode atender adultos, adolescentes ou crianças, conjunta ou separadamente. O artigo 5º desta Portaria delimita as suas características de funcionamento, dentre as quais se destacam os Incisos:

- II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte);
- III - ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso;
- V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;
- VII - promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;
- XI - ofertar cuidados à família de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD III;
- XII - promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas, especialmente dos fundamentos legais da Política Pública de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, e da defesa de seus direitos;
- XIII - orientar-se pelos princípios da Redução de Danos (BRASIL, 2012a).

Todos os idosos participantes desta pesquisa frequentavam o CAPS AD III, pois acompanhavam seus filhos em tratamento e, nesse contexto, podiam já ter participado ou não de algumas atividades em diferentes grupos. Nesta perspectiva, foram questionados sobre os motivos que os levaram a procurar este serviço.

Em resposta, os idosos fizeram diferentes associações: internar meu filho; saúde da filha; filho dependente químico; encaminhamento por profissional; entender um pouco; sem saber o que fazer; filha dependente química. Estas associações estão vinculadas à procura de ajuda para resolver esta situação e, até mesmo, questionando a não resolutividade da internação compulsória. Tal internação apresenta-se muito mais como uma “*folga para a família*”, do que a possibilidade de recuperação.

Quadro 3 – Motivos apontados pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para procurar o CAPS AD III

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	Internar meu filho	Tempo de internação e a não resolução da situação	Folga para família
S2	Saúde da filha		Saúde
S3	Filho dependente químico	Dependência química	Saúde
S4	Encaminhamento por profissional	Ajuda na situação	Falta informação
S5	Entender um pouco	Ajuda na situação	Falta informação
S6	Sem saber o que fazer	Ajuda na situação	Falta informação
S7	Filha dependente química		Saúde

Estas informações possibilitam identificar a preocupação que os idosos possuem para com os seus familiares. Porém, não há a demonstração da necessidade de cuidados a si próprios, cuidados estes que estão previstos nos incisos II, III e XII do art. 5º, Portaria GM/MS Nº 130/2012 (BRASIL, 2012a).

Outro ponto relevante a se considerar é a busca pela informação tão necessária ao entendimento das questões relativas à dependência química e demais questões envolvidas nesse processo, previsto no inciso XII do art. 5º. da Portaria GM/MS Nº 130/2012 (BRASIL, 2012a). A falta de informação, ou aquelas existentes e referentes ao senso comum, que impossibilitam aos entrevistados uma compreensão mais próxima da realidade do adoecimento produzido para ambos (eu mesmo e meu familiar). Muitas vezes, o sofrimento vivenciado é tamanho que, mesmo com o acesso à informação correta, este impede assimilação e internalização destas.

Os entrevistados, a partir da singularidade de suas histórias de vida, significam de forma diferenciada a sua participação em diferentes processos grupais anteriores. Para aqueles que iniciaram o acompanhamento nesse grupo terapêutico tem-se a possibilidade de fala e escuta, alívio e orientação. Ao mesmo tempo, para eles, tais falas e escutas tornam-se fonte de sofrimento, talvez pela repetição de

conteúdos que refiram ao próprio sofrer ou pela impossibilidade de reelaboração. A não percepção do espaço proporcionado pelo CAPS AD III como sendo de acolhimento, leva-os a identificá-lo como algo negativo,

*Porque sai mais deprimido quando sai do que quando entra. Gostaria de outro tipo de escuta. Valorização, autoestima (S5).*

O idoso demonstra frustração por esse tipo de “acolhimento”, baseado em modelos onde as queixas coletivas são a tônica do processo. Assim, a busca pela valorização individual, a reconstrução da autoestima e a produção de esperança deveriam ser o foco do processo grupal segundo estes.

*Procurar uma ideia que pudesse me ajudar. – Não desistir dos filhos, porque ela não desistiu do dela. Tive esperança. Porque a gente não desiste de seus filhos. Ajudou a mim mesmo (S7).*

A esperança é o sentimento que os impulsiona a participar do grupo terapêutico, conforme relatado no quadro 4, abaixo.

Quadro 4 – Motivos mencionados pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para a vinda ao grupo terapêutico

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	Pra ver se conseguia internar né?	Ele vai num dia e volta no outro. Ele fica quando é pela Justiça. Lá eles agarram [...] lá eles se entregam. Ele ficou com medo e dopado dos remédios com o que fazem.	Ambiguidades quanto a institucionalização.
S2	É importante!		Importância do grupo.
S3	Porque a gente chega e fala e escuta.	Possibilidade de fala e escuta grupal	Troca de experiência
S4	Sem resposta		
S5	Não concordo muito com aqueles encontros.	Porque sai mais deprimido quando sai do que quando entra. Gostaria de outro tipo de escuta. Valorização, autoestima.	Troca de experiência
S6	A gente quer ouvir as outras pessoas.	Como foi? Como aconteceu? Formas de agir frente o dependente. Orientação	Troca de experiência
S7	Procurar uma ideia que pudesse me ajudar.	Não desistir dos filhos, porque ela não desistiu do dela. Tive esperança. Porque a gente não desiste de seus filhos. Ajudou a mim mesmo.	Troca de experiência

Apesar de opiniões divergentes, todos ressaltam a importância do grupo como fonte de orientação e troca de experiências. Os termos ajuda, esperança e conforto aparecem como qualificadores aos sujeitos quando questionados sobre o significado do grupo terapêutico para eles próprios.

Autores que enfatizam o conceito holístico e humanista da pessoa partiram para questões amplas que abordavam o ser humano a partir de sua existência e seus potenciais. Questões relativas à consciência, à vontade, à decisão e à responsabilidade individual tornaram-se o foco de atuação de grupos terapêuticos. Assim, os membros são encorajados a dar voz a suas preocupações mais profundas e reexaminar os valores básicos de suas vidas (YALOM, 2006). Dessa forma, quando os idosos puderam confrontar suas histórias de vida sob outro prisma, isso os empoderou e permitiu novas formas de ver e abordar os mesmos problemas. O quadro 5 demonstra os significados atribuídos ao grupo terapêutico.

Quadro 5 – O significado do grupo terapêutico para os idosos vítimas de violência intrafamiliar

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	Ajuda que o cara tem, né?	Sem explicação	Ajuda
S2	Bastante esperança	Sem explicação	Esperança
S3	Acho que conforto	Sem explicação	Conforto
S4	Sem resposta	Sem explicação	Sem Resposta
S5	Não tem significado	Sem explicação	Não tem significado
S6	Sem resposta	Sem explicação	Sem Resposta
S7	A gente revê	Um ajuda os outros contando as coisas.	Ajuda

De uma forma geral, as principais vantagens identificadas estão vinculadas ao fortalecimento, a possibilidade de diálogo, ao consolo ou relativização do problema, a orientação e a possibilidade de “sair feliz” (S2). A única desvantagem apontada é o sofrimento gerado no reconhecimento de seu próprio sofrer em narrativas de outras pessoas, como já foi discutido anteriormente. No entanto, frequenta-se o CAPS AD III para

*Ter um pouco de sossego. – Não acredito que essa utilização de drogas é doença! Porque não inventaram remédio ainda? (S1).*

É importante salientar que esta pessoa (S1) também é dependente química, talvez por isso não respondeu a questão seguinte sobre as desvantagens. Já S2 e S7 apontaram não haver desvantagens, porque acreditam que as suas necessidades pessoais serão contempladas. Demonstrando contradição nas suas próprias falas, S5 e S6 apontam como vantagem a possibilidade de ser escutado, mas como desvantagem ter de escutar os demais. O que parece um antagonismo

pode ser explicado a partir da dualidade desabafo/reconhecimento: a necessidade de aliviar-se do que sente, sem o reconhecer-se na fala do outro.

*De poder dar uma palavrinha – Continuar, melhorar – Não desistir de nos ajudar e ajudar o dependente – Depoimentos que nos deixa muito pra baixo (S5).*

A busca de informações é fundamental para se romper com estereótipos (veja a fala anterior de S1) ou para as estratégias pessoais de enfrentamento, como no recorte abaixo:

*Não me sinto bem ouvindo! Mais orientação de como agir. A gente fica sem saber o que fazer (S5).*

Para Yalom (2006), a maior parte das evidências de pesquisas indica que a força do grupo interacional emana dos recursos individuais de cada um dos seus membros. A interação, a exploração, a catarse, a autocompreensão e a coesão grupal são as condições dadas para uma terapia de grupo efetiva. Os grupos devem direcionar seus esforços para o desenvolvimento máximo desses recursos terapêuticos. O quadro abaixo demonstra como os idosos percebem, dentro dessa perspectiva, as vantagens e as desvantagens de sua participação no grupo terapêutico.

Quadro 6 – Vantagens e desvantagens apontadas pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, na sua participação no grupo terapêutico no CAPS AD III

	Primeiras associações <b>VANTAGENS</b>	Explicações das associações	Primeiras associações <b>DESVANTAGENS</b>	Explicações das associações
S1	Para ter um pouco de sossego	Não acredito que essa utilização de droga é doença! Porque não inventaram remédio ainda?	Sem resposta	Sem resposta
S2	Sair feliz	Muito, os funcionários, tudo!	Não tem desvantagens	Sem explicação
S3	A gente mesmo fortalece a gente mesmo	A gente se sente mais forte	Não vejo nada	Sem explicação
S4	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta	Sem explicação
S5	De poder dar uma palavrinha	Continuar, melhorar Não desistir de nos ajudar e ajudar o dependente	Depoimentos que nos deixa muito pra baixo	Sem explicação
S6	Como o filho tá agindo	Como se deve fazer pra melhorar o filho? Como deve agir com ele? Orientação	Muita coisa muito forte	Não me sinto bem ouvindo! Mais orientação de como agir A gente fica sem saber o que fazer..
S7	Se consola	Se alivia. Vendo o problema do outro a gente acha que o nosso não é o fim do mundo	Nenhuma	Sem explicação

Quando questionados sobre como se deu a chegada ao CAPS AD III, somente uma das pessoas refere que veio ao serviço por indicação de profissional da área da saúde (reduzidor de danos). Ou vieram sozinhos por ideia própria ou por indicação de amigos e colegas e solicitação de familiares. Outros não se recordam como chegaram até ali. Os participantes do grupo terapêutico para familiares foram todos convidados. É importante ressaltar que, antes do início do grupo para familiares, já existiam alternativas no CAPS AD III, como grupo de acolhimento.

Considera-se que o processo de mediação vivenciado nos grupos terapêuticos para familiares e a troca de experiências facilitam o acesso a essas informações e a sua resignificação perante as realidades/dificuldades pessoais. É diante desta possibilidade que os sujeitos podem narrar as suas vivências e compartilhar sentimentos com o grupo, o que lhes permite: ver que outros passam por situações semelhantes; revivenciar sentimentos e poder confrontá-los; e, iniciar um processo reflexivo.

Quando questionados sobre como resolviam as questões conflituosas relativas aos seus familiares usuários de álcool e drogas antes de procurar os

serviços do CAPS, somente um entrevistado respondeu que frequentava outro tipo de grupo de ajuda. Pode-se inferir que os idosos, vítimas de violência intrafamiliar, procuram ajuda profissional somente quando as situações limite foram atingidas. O quadro 7 demonstra essas associações.

Quadro 7 – Soluções encaminhadas pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, antes de procurar o CAPS AD III

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	É que ele não forçava tanto	Eu tentava resolver em casa. Botar pressão. Hoje, se botar pressão nele, ele vem pra cima de mim.	Botando pressão em casa
S2	Foi um ano atrás do outro	Eu aguentando por causa das crianças, até que não deu mais! Vizinho denunciou. Promotora chamou. Não pude omitir nada. Afastaram ela de casa e das crianças.	Tentando resolver em casa
S3	Até não era tanto assim, sabe?	Fiquei sabendo que era usuário. Procurei o CAPS. Os pais são os últimos a saber. Ele confessou.	Não resolvia
S4	Eu tirava de mim pra dar pra ele!	Pedia pra mim, eu não tinha! Eu pedia pros vizinhos e dava pra ele. Não deixar ele mal. Tenho conta pra tudo que é lado e não venço pagar. Tudo pra ver ele bem. Consumiu com tudo.	Resolvia dando dinheiro
S5	A gente já participava de outros grupos	Grupo Amor exigente. Ficava muito arrasado, com isso ele se sentia fortalecido. Problemas entre o casal por causa das atitudes do filho. Mãe parece que tem de carregar mais peso sobre aquilo que os filhos aprontam.	Não resolvia
S6	A gente conversa muito com ele	Quando estava drogado ele ia pro quarto. Quando passava o efeito a gente conversava muito com ele.	Diálogo
S7	A minha filha começou com 15 anos.	Remédios para emagrecer. Bom padrão de vida. Revistamos o quarto dela. Sofria muito Pega em flagrante Foi a cacetada final. Nunca se bateu nela, conversava com ela.	Diálogo

Como demonstrado, com exceção de S5, todos os idosos buscavam resolver a situação em suas casas, com diferentes estratégias: uso do diálogo, fornecendo dinheiro ou mesmo fazendo uso de violência psicológica – “*botava pressão*”. De uma forma geral, todas estas tentativas falharam e, por diferentes caminhos, procuram ajuda externa.

Os relatos demonstram que, as diferentes tentativas de resolução individual falharam, pois muitas vezes é o desespero que conduz tais ações: como nas tentativas de internação hospitalar, como possibilidade de afastamento do sujeito de casa e das drogas; a saída religiosa, com a combinação de fé e ajuda de grupos; a valorização pessoal, com a escolha de um curso profissionalizante (a saída social pelo trabalho); o encaminhamento para profissionais (psiquiatras, psicólogos)

somente do usuário, sem a possibilidade de acompanhamento familiar; o encaminhamento de um profissional (assistente social) e o apelo de amigos e outros familiares para a ida ao CAPS AD III. Estas relações podem ser demonstradas no quadro 8:

Quadro 8 – Serviços acessados pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para solucionar as questões conflituosas antes de começar a frequentar o CAPS AD III

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	Já procurei internar diretamente.	No Hospital em Rio Pardo. Na GISEDA. Não deu certo. Se não é pela Justiça, não achei solução ainda.	Procura desorientada <sup>1</sup>
S2	Não, mas indicaram no serviço.	Colegas me viam toda marcada e viam a filha no Camboim.	Encaminhamento profissional
S3	Não.	Sem explicação.	Não procurou
S4	Já internou várias vezes.	Encaminhado por Posto, Prefeitura, amigos... Mesmo assim eu vim aqui porque a Assistente Social lá do Posto me mandou.	Procura desorientada Encaminhamento profissional
S5	Tem uma Igreja.	Grupo para dependentes químicos conduzido por Pastor.	Procura desorientada / Religião
S6	Nos estudos profissionalizantes.	Ele gostava de cozinhar. Gastei bastante no Curso de Gastronomia em outra cidade. Gastei bastante. Ele terminou o curso. Quando estava fora da droga levei a um psiquiatra É caríssima a consulta. Sem internação. Conversa muito. Não completava o tratamento, abandonava e voltava pras drogas.	Investimento
S7	Psiquiatra, psicólogo.	Tomou remédio e foi indo. Saiu do colégio. Toda turma usava. Ficava em casa e usava droga.	Encaminhamento profissional

Com exceção de um dos idosos, os demais afirmam que possuem apoio familiar para a condução destas questões. No entanto, dois qualificadores se destacam nestas relações: o núcleo familiar e o estigma social. Por núcleo familiar entende-se as relações familiares mais próximas (cônjuges, pais e filhos), ficando a estigmatização associado à família extensa.

<sup>1</sup> Procura desorientada no sentido de não haver a indicação de um profissional da área da assistência ou saúde.

A maneira como as famílias e seus membros lidam com essas situações depende muito do tipo de sistema construído ao longo das gerações, da capacidade e dos recursos de ajustar-se às perdas e as novas exigências [...] Quando o sistema inclui naturalmente os mais velhos, há segurança quanto aos sentimentos de pertencimento. No entanto, no sistema familiar em que há uma narrativa de desacordo com as atitudes geram-se a convivência não-pacífica, reações adversas, relações tensas, o que pode levar o sistema ao desequilíbrio (MATTOS, 2009, p. 314-315).

Para Areosa e Bulla (2010), as relações familiares são importantes para o sentimento de enfrentamento das situações do dia a dia e daquele que podem surgir na velhice. Essas expectativas refletem um conjunto de crenças e valores sociais que a pessoa assume e introjeta como seus. O quadro 9 demonstra como os idosos entrevistados significam o apoio familiar recebido.

Quadro 9 – Apoio familiar apontado pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para superar as questões conflituosas

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	Da minha esposa.	Sem explicação.	Núcleo familiar
S2	Tenho da parte da minha mãe e o pai.	Sem explicação.	Núcleo familiar
S3	Apoio tem.	Eu tenho meus filhos e uma cunhada que mora aqui. Mas os outros não entendem isso. Eu digo que é uma doença que não tem cura. Meu irmão diz que é “sem vergonhice”. Agora eu já sei que é doença. Os outros chamam de sem vergonha que adoeceu.	Estigma social
S4	Não tenho.	Tudo dá contra. Só querem que deixo na rua. Se matar ele, não faz mal. Meu filho (não usuário) diz que a vida dele vai ser isso: a cadeia ou o cemitério. Tá vivo de tanto eu orar por ele. “as orações da minha mãe é que tá me salvando”. Tem que ter fé tem que se ajeitar. Não desisto, mesmo que me xinguem e me destratem.	Estigma social
S5	Do filho, da filha e do outro filho.	Porque dos outros familiares não. Minha irmã disse: se faz de coitadinho pra passar bem! Isso arrasou comigo e não consigo esquecer. Não abri mais. É um caminho meio só, difícil.	Estigma social.
S6	Mas total.	Apoio da família.	Núcleo familiar
S7	Só do meu ex-marido.	E ele tá perdendo a paciência!	Núcleo familiar

O suporte familiar para os idosos parece estar muito restrito. Os relatos acima demonstram que em função do preconceito e estigmatização a família extensa tende a se afastar e os culpabilizam pelos conflitos relativos ao uso abusivo de álcool e outras drogas e a própria violência existente no núcleo familiar. Violência esta que será discutida a seguir.

#### 4.1.2 Compreensão de violência na voz dos idosos

Relativo às questões da violência, considera-se que a natureza da violência contra a pessoa idosa pode se manifestar de diversas formas, tais como: abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, violação financeira e autonegligência. Estes modos de ação ou omissão podem provocar lesões graves físicas, emocionais e morte. Vale destacar que a violência contra a pessoa idosa pode ser visível - as que resultam em mortes ou lesões, ou invisível - aquelas que ocorrem sem ferir o corpo, mas provocam sofrimento, desesperança, depressão e medo. Estas últimas são incontáveis (BRASIL, 2014).

Nas palavras de Minayo e Souza (2005), a violência física “se constitui no uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los provocar dor, incapacidade ou morte” (p. 146). E a violência psicológica ou moral “àquela correspondente as agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar o convívio social” (MINAYO; SOUZA, 2005, p. 146). Em complementaridade, salienta-se que as expressões de violência contra idosos comumente aparecem de modo cumulativo e devem ser elemento de atenção. A discriminação por idade, como forma de violência, ocorre em todas as classes sociais. No entanto, “há outros tipos que atingem, especialmente, os mais frágeis e dependentes, repetidamente combinando abusos físicos, psicológicos, econômico-financeiros, negligências e autonegligências” (BRASIL, 2014, p. 44).

Dentre as diferentes formas que a violência pode assumir (física, verbal e psicológica) todas aparecem nas falas dos sujeitos entrevistados. Nos relatos colhidos, aparecem estas três dimensões, geralmente articuladas entre si, e expressando em si mesmas a difícil realidade de vidas assim demarcadas. Evidenciada na agressão física, “*dela é de bater, quebrar coisas*” (S2), assume outra dimensão quando o sujeito fala que “*e verbalmente era pior ainda*” (S2). As palavras trazem possibilidades de ferir mais profundamente, pois marcam as pessoas, as relações e produzem memórias de sofrimento. O quadro 10 demonstra as associações feitas a partir do conceito de violência.

Quadro 10 – Violência no entendimento de idosos vítimas de violência intrafamiliar

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	Quando se é batido e os palavrões que se diz.	Ele diz coisas que eu não tenho nem coragem de dizer pra minha esposa o que ele diz pra mãe dele.	Violência física e verbal
S2	O dela é de bater, quebrar coisas e ofender verbalmente	E verbalmente era pior ainda!	Violência física e verbal
S3	Quando quer forçar as coisas e partir pra violência	Ou quando ele acha que pode tudo!	Violência física e verbal
S4	Tenho raiva de ti!	Te agrido, dou laço!	Violência física
S5	É ele se consumindo!	Vendo o filho que a gente tanto ama, ele usando. As outras violências a gente esquece. Vamos superando. Muito sofrido.	Violência moral
S6	Que ele me agrediu!	Teve com a faca e a cadeira. Mas tem a violência verbal, ofende a gente, palavrões pesados. Essa violência não sai dele, do coração dele, sai da droga, do capeta!	Violência física e verbal
S7	Começa com o que a gente fazia	Dizia desaforo, para com isso, não vou dar mais bola pra ti.	Violência verbal

Minayo (2005) afirma que os maus tratos, as agressões, as várias formas de violência contra os idosos estão institucionalizadas em nosso país:

diversas expressões dessa violência, frequentemente, são tratadas como uma forma de agir “normal” e “naturalizada” ficando ocultas nos usos, nos costumes e nas relações entre as pessoas. São múltiplas as expressões da violência: morais, físicas e verbais (MINAYO, 2005, p. 01).

Assume outras expressões, quando nem física ou verbal, é psicológica (moral): “é ele se consumindo”. Ou seja, como pais a relação de amor e cuidado, acaba por se tornar fonte de sofrimento. Então, não é somente a violência direcionada ao outro ou contra si mesmo, “se consumir” é uma expressão do fracasso do próprio papel de pai ou mãe. Ou como disse um dos entrevistados “começa com o que a gente fazia” (S7).

E podem, ainda, serem concebidas em formas que perpassam os costumes sociais, como quando as vítimas reagem a ela “dizia desaforo, para com isso, não vou dar mais bola pra ti” (S7).

Sendo a violência cíclica, e inserida dentro de determinados padrões culturais e sociais, seu uso como castigo ou corretivo, se expressa como recurso nos padrões de educação familiar (TENÓRIO; PIMENTEL, sd). Os autores afirmam ainda que “para combater essa cultura oculta da violência há que se rejeitar radicalmente a

adesão a violência, quer como recurso educativo, quer como forma de resolução de conflitos” (p. 02).

Para Marta Souza (2011), os valores de socialização e os padrões de educação recebidos pelos pais, confrontam-se com as mudanças sociais, mas ainda assim acabam por servir de parâmetros para a educação dos filhos. A autora afirma que há uma dissocialização entre os valores incutidos nos filhos e os mecanismos pelos quais eles chegam a ser aceitos. “Por exemplo, a inibição da agressão, a responsabilidade social, o respeito à autoridade são tratados como equivalentes” (p. 126).

*Tenho raiva de ti! (o filho diz) - Te agrido, dou laço! (o pai responde) (S4).*

*Ele diz coisa que eu não tenho nem coragem de dizer pra minha esposa o que ele diz pra mãe dele (S1).*

Ao serem formalmente questionados sobre as vivências da violência, diferentes situações são expostas, de acordo com a situação atual de cada idoso entrevistado. O qualificador “Continuidade da situação de violência intrafamiliar” aponta para situações repetidas, conforme expressas nas falas de S1 a S5. Porém, para S4, esta não é dirigida a si mesmo. Já S6 refere que não vive agora situação de violência, assim como S7 afirma que nunca vivenciou (no momento da entrevista, o seu filho estava internado para desintoxicação). O quadro 11 demonstra essas relações.

Quadro 11 – Situações de violência intrafamiliar vivenciadas pelos idosos por familiar usuário de drogas

(continua)

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	Ele já me bateu.	Estou calado! Porque se ele vier vai ser eu ou ele! Se não tiver nada na mão, vou apanhar de novo! Ele não se botou em mim! Bateu na mãe dele há pouco tempo!	Continuidade da situação de violência familiar
S2	Muitas, várias!	Ele já tentou me matar, eu e uma das crianças. Ficar fora de casa pra não sofrer a violência. Vivida toda marcada. Quebrar as coisas dentro de casa.	Continuidade da situação de violência familiar
S3	Só verbalmente!	Destrata bastante. É só verbal ainda! Quando ele tá são, não! Se revolta quando ele quer algo e não dão dinheiro para comprar droga.	Continuidade da situação de violência familiar
S4	Não esse não!	Filha deficiente mental que utiliza de violência. Ele deu um coice nela, ela atacou com espeto. Tem que ter paciência. Filho adotivo: criei porque a mãe dele queria que ele morresse.	A violência não se dirige ao sujeito 4.

Quadro 11 – Situações de violência intrafamiliar vivenciadas pelos idosos por familiar usuário de drogas

(conclusão)

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S5	Já várias vezes!	Verbal muitas vezes. Ameaças, inclusive levantando a mão, que não se concretizou. Os nervos da gente já não aguentam mais. Já tentamos diferentes maneiras de lidar. Sabe, sobre saltos!	Continuidade da situação de violência familiar
S6	Sim já teve!	Ameaçou com uma faca. Ameaçou com uma cadeira de plástico.	Violência cessou.
S7	Nunca.	Sem explicação.	Sem violência declarada

Neste quadro, observa-se o nível de vulnerabilidade que estes idosos estão expostos e, para muitos, sem uma perspectiva de mudança, o que denota grande capacidade de resiliência.

Para Salmazo-Silva et al. (2012), a vulnerabilidade “resulta de ameaças que crescem e se materializam ao longo do tempo, aliada à ausência de defesas ou recursos para lidar com desfecho negativo dessa ameaça” (p. 98). Já a resiliência pode ser entendida como “a capacidade de lidar com ocorrências adversas e estressantes, atuando como fator de proteção, com a finalidade de manter o funcionamento adaptativo” (LOPES, 2008, p. 180).

Os idosos entrevistados ao serem questionados se sofreram violência por outro familiar, responderam de forma unânime que não haviam sido vítimas de violência. No entanto, quando se analisa as explicações de suas associações, dois deles referem diferentes situações: S3 refere que o filho mais velho é usuário de álcool, mas que “*Toma em casa e trabalha!*”, com a justificativa da saída social pela centralidade do conceito de trabalho; já S7 explicita relações de violência verbal, onde com a sua outra filha não usuária, “*A gente briga de boca. Nunca ninguém me bateu!*”.

Quando questionados se o consumo de álcool e outras drogas se constituem em fonte de violência, todos os idosos entrevistados responderam afirmativamente (mesmo quando o termo “não” aparece na primeira associação, a explicação refere a esta possibilidade). O quadro 12 exemplifica isso:

Quadro 12 – Explicação de idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para o uso de álcool e outras drogas como fonte de violência

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	Não.	Quando ele tá drogado, se acalma. Quando ele tá com vontade de usar, aí fica violento.	Fonte de violência
S2	Ela ajuda.	Não é a droga, pode contribuir, mas não é só a droga.	Fonte de violência
S3	Sim.	Pode ser que contribui, mas quando ele usa ele não é violento. Ele é perigoso. Fica estúpido. Não nego, eu batia quando era demais.	Fonte de violência
S4	É.	Morte e traição. Meu filho de São Paulo tem muito medo de ser chamado e avisado de que tenha me matado dentro de casa.	Fonte de violência
S5	Com certeza.	Uma violência contra sua própria saúde, sua própria vida. Quando passa a crise é amoroso. Mas quando usa é muito triste.	Fonte de violência
S6	Sim.	Quando ele tá sóbrio é maravilhoso, quando tá drogado muda tudo, inclusive a fisionomia e nem quero olhar de transformada que fica. Fico até com medo, pra dizer a verdade.	Fonte de violência
S7	Nunca tinha pensado nisso.	É, a pessoa tá repudiando alguma coisa, se rebelando usando droga.	Fonte de violência

Estudos contemporâneos de diferentes autores (SOUZA, G. et al., 2014; MARQUES et al., 2012; MASCARENHAS et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012; WANDERBROOKE; MORÉ, 2012; APRATTO JÚNIOR, 2010; FREITAS et al., 2010) demonstram que a relação entre o uso de álcool e outras drogas como produtora da violência intrafamiliar pode ser claramente estabelecida. As vítimas preferenciais são mulheres e a maioria reside com o agressor. Os principais agressores são homens e filhos, com repetidas agressões contra idosos e história de violência na família, de afeto e dependência entre idoso e o agressor familiar, aumenta-se a dificuldade em revelar os abusos sofridos, em função do medo de retaliação ou vergonha do ocorrido, fazendo com que grande parte dos maus-tratos permaneça silenciada.

#### 4.2 DESCRREVENDO O PROCESSO GRUPAL A PARTIR DO DIÁRIO DE CAMPO

O diário de campo se constituiu no instrumento utilizado para o registro dos acontecimentos do grupo terapêutico para idosos vítimas de violência intrafamiliar praticada por familiar usuário de álcool e outras drogas. A seguir serão apresentadas as análises realizadas a partir desses registros, correlacionando tais dados a primeira entrevista e o aporte teórico.

#### **4.2.1 Idosos vítimas de violência intrafamiliar participando de grupo terapêutico: o compartilhamento de vivências**

Inicia-se esta discussão retomando uma questão anteriormente posta: o grupo terapêutico é/pode ser potencializador de mudanças para os sujeitos participantes? Se, para Osorio (2007), o poder terapêutico reside no próprio grupo, o seu processo de desenvolvimento é fundamental para o entendimento de suas possibilidades.

Dado o público da intervenção grupal, idosos que sofreram violência intrafamiliar de usuário de álcool e outras drogas, tinha-se por objetivo observar os três fatores apontados por Osorio (2000) como imprescindíveis para a grupoterapia: motivação para a tarefa; mobilidade nos papéis a serem desempenhados; e mudanças que se evidenciem necessárias.

Também, adaptou-se a metodologia proposta no “Guia de Saúde Mental – atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2013), com os passos sugeridos para a convivência com pessoas usuárias que podem ser adaptados ao processo de dinâmica do grupo terapêutico, quais sejam: “a) Aprender a não produzir agressões físicas, com palavras ou com o descaso; b) Aprender a cuidar de si; c) Aprender a dar valor às realizações e saberes coletivos; d) Aprender a conhecer e aceitar as pessoas como elas são” (p. 21).

Desse modo, almejava-se a apresentação ao grupo de idosos, outras possibilidades de pensar as relações estabelecidas, de criar novas alternativas, novos vínculos, outros laços simbólicos. Propor a abertura, tanto de sentimentos quanto de racionalidades, ao invés de estreitar a visão e impor uma miopia do saber de cura.

Segundo Torossian (2012)

a química é um dos nomes da droga. Mas a química é, também, um dos nomes da atração. [...] amor e consumo não são equivalentes. São relações. Relações amorosas, relações de consumo. Por vezes o amor torna-se relação de consumo. O inverso é também verdadeiro. [...] Do mesmo modo que um amor se cura com outro, a saída para as paixões químicas está na criação de outras relações passionais. E não na limitação das possibilidades de se apaixonar (sp).

Em analogia a citação anterior, pode-se entrever a relação de pais e filhos frente à própria dependência, em que amor e consumo, esperança e frustração, violência e cuidado se confundem. Resgatar tal química relacional, redimensioná-la e redirecioná-la podem sintetizar a proposta de trabalho com estas pessoas no grupo. Nesta síntese de sentimentos, vivências e diferentes posicionamentos, há uma colagem de imagens superpostas, que faz da vida do idoso um equivalente da vida do usuário. O comportamento do adicto passa a balizar as suas próprias ações e a vida cotidiana passa a ser uma reação ao comportamento do outro. E isso também está evidenciado no processo grupal aqui analisado.

Para Brigagão et al. (2014), a processualidade do grupo permite o entendimento “dos repertórios linguísticos que circulam e nas práticas discursivas construídas nesse contexto” (p. 73). Já, Medrado, Spink e Melo (2014) ressaltam que os diários de campo são práticas discursivas também.

A partir das vivências no desenvolvimento dos encontros grupais, que foram registradas em diário de campo, visualiza-se a passagem destas por três diferentes momentos: tentativa de solução, experiência grupal de resignificação e experiência da recaída. A utilização desta divisão baseia-se no estudo conduzido por Rigotto e Gomes (2002) sobre os contextos de abstinência e de recaída na recuperação da pessoa dependente química, no qual são apontados três momentos nesse processo: tentativas de recuperação, experiência da abstinência e experiência da recaída. O quadro 13 apresenta a correlação produzida:

Quadro 13 – Correlação entre os contextos de abstinência e as fases do processo grupal de idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para o uso de álcool e outras drogas como fonte de violência

(continua)

<b>Momentos / Características</b>	
<b>Usuário individual</b>	<b>Grupo Terapêutico</b>
<b>1º Tentativa de recuperação:</b> experiências críticas como situações de desamparo e debilidade física, ocorrências legais, e revitalização de laços familiares (p. 99).	<b>1º Tentativa de solução:</b> relatos de desamparo e desesperança, de ocorrências legais (violência), de internação recorrente e revitalização (reestabelecimento) dos laços familiares.
<b>2º Experiência da abstinência:</b> condições ambientais, reestruturação de atividades e revitalização de interesses (p. 101).	<b>2º Experiência grupal de resignificação:</b> condições ambientais, reestruturação de atividades e revitalização do cuidado de si.

Quadro 13 – Correlação entre os contextos de abstinência e as fases do processo grupal de idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para o uso de álcool e outras drogas como fonte de violência

(conclusão)

<b>Momentos / Características</b>	
<b>Usuário individual</b>	<b>Grupo Terapêutico</b>
<p><b>3º Experiência da recaída:</b> falta de apoio familiar, falta de acompanhamento apropriado, envolvimento com antigos amigos usuários, uso de bebidas alcoólicas, necessidade de aprovação social e frustrações diante de circunstâncias adversas (p. 103)..</p>	<p><b>3º Experiência da recaída:</b> falta de apoio familiar, fim de acompanhamento grupal e incapacidade de lidar com frustrações diante de circunstâncias adversas (término do grupo).</p>

Fonte: Quadro adaptado a partir do estudo de Rigotto e Gomes (2002).

Porque o grupo faz consigo aquilo (reproduz) que o adicto faz com seu familiar? O movimento deste grupo terapêutico demonstrou que sua produção reproduz, de certa maneira, as interações entre os idosos e seus familiares usuários de álcool e outras drogas.

Na tentativa de entender este processo, recorre-se a conceituação de campo grupal de Kurt Lewin, como uma estrutura que se forma para além da soma de seus componentes, de forma dinâmica (ZIMERMAN; OSORIO, 1997). Para este autor, a possibilidade de atravessamentos produzidos caracteriza-se como espaço vital ou, de como estes atravessamentos percebidos modificam a realidade fenomênica da vida dos grupos. Tem-se por propriedades do campo: a proximidade (os elementos mais próximos tendem a serem agrupados – as narrativas dos processos de vida dos sujeitos participantes); a semelhança (os elementos semelhantes tendem a ser agrupados – os conteúdos das falas, marcados pela violência e desesperança); e, o fechamento (tendência de completar os elementos faltantes para garantir a sua compreensão – identificações nas histórias de vida dos outros sujeitos). Toma-se aqui a identificação como um processo ativo do ego do indivíduo e consiste em que este venha a se tornar idêntico a um outro, produzindo sentimentos de unificação e pertinência (valores fundamentais para o processo terapêutico grupal).

Desse modo, esta categoria subdivide-se de acordo com os diferentes momentos que ocorreram.

#### 4.2.2 Primeiro momento grupal: a tentativa de solução

Percebeu-se que, do primeiro ao quinto encontros, havia um nível de ansiedade bastante elevado presente nas manifestações de todos. Para Zimerman (2000), a ansiedade no campo grupal é terapeuticamente útil e pode se manifestar através de somatizações e *actings*. Deve-se reconhecer qual ansiedade é comum ao grupo e a si mesmo, no sentido da devida interpretação. A ansiedade reduz-se com a formação de uma identidade grupal.

O primeiro encontro do grupo terapêutico delimita a tônica das sessões iniciais. Os participantes trouxeram questões de sentimento de vergonha, de serem menosprezados pela comunidade, apontados por familiares e chegaram a passar por questões de abandono, por terem um filho usuário de álcool e outras drogas. Em um pensamento antagônico, S6 sugere um contrato grupal diferenciado, em que se possa refletir sobre possibilidades diferentes de vida e de abordar esse assunto. No entanto, quando inicia sua fala, relata o seu sofrimento frente à situação do filho. Ou seja, ao mesmo tempo em que propõe um espaço diferente, necessita falar sobre o que sente. Assim, reforçando o modelo que contesta.

*Não desistam de seus filhos, eu nunca desisti da minha. Comi o pão que o diabo amassou [...] fui até a boca buscar ela. [...] na minha casa ela não entra mais (S7).*

*Meu filho é um vagabundo e usa droga porque quer. Rouba minhas coisas, bate em quem tiver na frente e eu e a mãe dele temos que estar ali (S1).*

Nos encontros iniciais foram recorrentes o choro, a angústia, a desesperança e os relatos permanecem em nível de experiências vividas e detalhamento dos atos de violência sofridos. Ressalta-se que a angústia se manifesta de forma somática (*apertos no peito*) e está muito ligada as fantasias do sujeito. As verbalizações centram-se em como aconteceram as diferentes situações/fatos, o que os machucou, quais foram objetos utilizados para isso.

*Eu tenho vontade de fatar todo o teu rosto, fazer lascas e depois guisado. Vocês não sabem como era a minha vida, vivia toda roxa (S2).*

Durante as narrativas, choravam muito e solicitavam tempo para retomar a fala. Geralmente, havia uma identificação coletiva frente os assuntos abordados: as fisionomias dos demais membros demonstravam muito cansaço e seus corpos

posicionavam-se curvados sobre si mesmos, como se fossem se fechando ao que escutavam. Também apareciam falas depreciativas: “*eu me sinto um lixo*”; “*me sinto no cú do cachorro*”; “*me sinto a pior pessoa do mundo*”.

A ambivalência de sentimentos gerados pode ser demonstrada na relação esperança/desesperança associada às vivências da violência e a possibilidade de internação do usuário de álcool e outras drogas. Os relatos expostos foram, muitas vezes, acompanhados de verbalizações em que os sujeitos preferiam ver estes filhos “*mortos*” a continuarem vivenciando tais situações. Produzia-se, então, uma identificação coletiva de desesperança.

*Tem horas que penso que se ela morresse eu ia descansar. Peço perdão pra Deus, mas preferia que alguém matasse ela (S2).*

Tal ambivalência simboliza-se nas narrativas de internação para desintoxicação em instituições fechadas. Algumas vezes realizadas de forma consensual (com desejo do usuário de álcool e outras drogas), outras vezes de forma compulsória (solicitada pelo familiar, encaminhada pelo serviço de saúde e determinada pela Justiça). Aqueles pais, cujos filhos já passaram por várias internações, ao conseguirem interná-los novamente, demonstravam e verbalizavam ao grupo que se sentiam aliviados e que “*agora iria dar certo*”. É como se naquele momento, eles voltassem a ter esperança.

Durante os encontros iniciais, apareceram, também, questões de vitimização e desvalorização de si – “*eu não desejo nem para um cachorro o que estou passando!*”, e a motivação para ajudar os outros e a desmotivação para cuidar de si. Tais relações podem ser sintetizadas no sentimento de desamparo, exemplificando também a ambivalência de sentimentos vividos no grupo. Para Macedo (2012), as formas de adoecimento psíquicos mais comuns na nossa sociedade são aquelas que trazem consigo a falta de referências de si e a sensação do desamparo, entre elas as toxicomanias e as adições. Sá (2004) afirma que a vitimização é um processo que tem caráter de historicidade no qual as pessoas (agredido e agressor) envolvidas desenvolvem entre si uma relação de cumplicidade, de complementaridade e de alternância de papéis.

O processo acima descrito pode ser exemplificado na sequência de falas do quinto encontro, no qual foi relatada uma agressão sofrida e o desenrolar das ações

no grupo. A exposição das situações iniciou com a agressão de um filho, por meio de uma cuspada.

*O que fariam no meu lugar? Meu filho puxou o maior catarro da vida dele e cuspiu no meu rosto e desde esse dia eu não falo mais com ele. Não consigo nem pensar no que ele fez: cuspiu no meu rosto e no rosto da mãe dele (S1).*

Outro idoso entrou na conversa e relatou situação semelhante.

*Meu filho um dia cuspiu no meu rosto e começou a gritar e me ofender. Deixei ele falar tudo o que queria e então perguntei se ele tinha terminado e ele disse que sim. Eu mostrei meu rosto e perguntei se ele sabia o que tinha feito e em quem tinha feito aquilo. Na mesma hora ele se ajoelhou e me pediu perdão e eu disse que eu não era ninguém pra perdoar. Mas eu podia desculpar o que ele tinha feito, porque eu amava ele. Ele olhou nos meus olhos, começou a chorar e me pediu para ir até o quarto. E, ao chegar, ele me alcançou a corrente e pediu que eu o acorrentasse novamente. Que fechasse com cadeado e jogasse a chave fora. Eu já vinha acorrentando ele há muito tempo, não tive outra escolha (S3).*

Um dos integrantes se manifestou na tentativa de auxiliar e fornecer orientação para evitar a repetição de situação de violência

*Já coloquei grades nas janelas e portas pra ele não entrar na minha casa. Ele mora numa peça que construí no fundo do meu pátio e lá eu não tenho nem coragem de entrar. Ele roubava minhas coisas e eu ia até a delegacia pra denunciar (S1).*

Na sequência, apareceu a solidariedade de outro participante, ao realizar a ação semelhante.

*Coloquei cadeado no portão da casa da minha filha e funcionou. Ela não podia sair. Foi a única forma que encontrei pra manter ela longe das drogas (S7).*

No final, o desfecho, com o exercício cotidiano da perseverança e a necessidade de continuar lutando.

*Mas eu podia desculpar o que ele tinha feito, porque eu amava ele (S3).*

Pode-se inferir como resultado deste processo que, a retomada de laços familiares, aparentemente desfeitos, constrói um sentido de orientação nos indivíduos. No entanto, os parâmetros são radicalmente diferentes: reportam-se muito ao tempo de suas infâncias e a outra configuração familiar, contrastando com a representação de união inexistente nesse momento de suas vidas. Outros sentidos

são construídos: o abandono de si aparece como resultado da atual fragilidade dos seus vínculos familiares. É como se o próprio sujeito deixasse de existir ou de ser importante após a fragmentação dos seus vínculos familiares, constituindo a figura de uma codependência.

Este foi um dos encontros mais “pesados” e a partir de então, o grupo toma outra direção, para uma experiência grupal de ressignificação.

#### **4.2.3 Segundo momento: experiência grupal de ressignificação**

Dar um novo sentido as experiências vividas é um dos caminhos para que o grupo parta para posicionamentos mais saudáveis perante as suas questões. É nesse momento que se pode ir além das queixas iniciais. Constituem-se demandas mais consistentes para o trabalho e fortalece-se a identidade grupal.

A superação das queixas iniciais, a constituição de demandas de trabalho e o processo de identificação grupal possibilitaram aos idosos frequentadores do grupo terapêutico, novos posicionamentos frente a si mesmos, ao próprio grupo e a constituição de novas possibilidades.

Faz parte de uma grupoterapia exitosa que os pacientes consigam discriminar entre as suas identificações saudáveis e as patogênicas, promover a desidentificação com essas últimas e propiciar novos modelos para reidentificações, de uma maneira que possibilite a definição de uma identidade autêntica e estável (ZIMERMAN, 2000, p. 83).

O novo posicionamento dos sujeitos perante o processo grupal possibilita a inserção de outros conceitos na vivência destes: acolher, confortar, desconstruir. E também, de novas posturas e construções: vínculos afetivos, ressignificações das práticas cotidianas e atribuição de outros sentidos à normalidade. Todas estas questões podem ser evidenciadas a partir de uma técnica grupal simples, com o objetivo de identificar o quanto conseguiam lidar com as situações desconhecidas e a possibilidade de enfrentamento destas. Passou-se entre estes uma caixa, que poderia ou não ser aberta. As pessoas olhavam, apalpavam e olhavam para os colegas e passavam a diante sem abri-la. Passaram-se duas rodadas, até que S7 segurou a caixa, se ajustou na poltrona, levantou os ombros e disse:

*Eu já passei por tantas coisas difíceis na minha vida que não vou ter medo de enfrentar uma caixinha dessa (S7).*

Esta, ao abrir a caixa, espantou-se ao ver um bombom. A discussão seguiu:

*Muitas vezes deixei de buscar ajuda ou enfrentar meu filho por medo. A mesma coisa que fiz quando peguei a caixa por duas vezes. Não abri porque não sabia se ia conseguir responder a pergunta. A mesma coisa é a droga. A gente não sabe como resolver, porque nunca tive isso na minha família. É uma coisa nova pra mim (S3).*

Os idosos referem que, no seu cotidiano, esta questão é bastante presente: deixam de enfrentar situações por não saberem como lidar com o diferente. Em função desta técnica, surgem as falas sobre seus medos, o que parece estar associado a uma forma de proteção também. Alguns referiram que conseguiam enfrentá-los e/ou faziam intervenções. Outros não, ressaltando que paralisavam, pois não sabiam o que fazer frente ao desconhecido. Com o uso de álcool e outras drogas, cada relacionamento com seus filhos é um desafiar-se constante: os pais não os reconheciam mais e, conseqüentemente, não sabiam como lidar com esse novo sujeito e com as novas situações e dificuldades aí apresentadas. Por vezes, seus filhos, na sua própria concepção, deixavam de existir como aquelas pessoas boas, amadas, honestas e passavam a ser “o drogado”, o transgressor, o violentador.... No entanto, S1 mesmo não conseguindo abrir a caixa, referiu:

*Não tenho medo de enfrentar mais nada, porque já passei por tanta coisa na vida que já estou calejado. É difícil lidar com meu filho drogado, porque ele se transforma em outra pessoa (S1).*

Este parece ter sido o momento em que os sujeitos iniciaram um processo de cuidado de si, por meio de um olhar para o que realmente sentiam. Referiram também, que a família é uma instituição que contribui para os seus adoecimentos. Isso, pelo próprio afastamento dela, ou pela pressão em relação aos filhos, ou, ainda, pela questão da estigmatização e preconceito. Em uma fala recorrente, S4 traz uma queixa:

*os homens querem matar ele. [...]. Como é que vou abandonar ele. Não consigo dormir pensando nele e na situação (S4).*

Ao que é reconfortada com um abraço (a pessoa levanta de sua cadeira e se desloca até a sua).

*A senhora não está só, conte comigo (S7).*

Com a perspectiva da solidariedade, começaram a surgir elogios para o espaço criado no grupo e referiam que as angústias estavam diminuindo, que estavam se sentindo melhor. Traziam a necessidade de estarem bem, pois são as únicas pessoas com as quais os filhos podiam contar para o seu cuidado. O fragmento a seguir exemplifica a mudança de posicionamento:

*Estou conseguindo dormir melhor e minhas angústias diminuíram depois que comecei a vir no grupo (S4).*

Sabiam que os demais familiares (família extensa) os abandonaram e não possuíam mais vínculos ou relações de trabalho. Afirmaram, como se garantissem a si próprios que, quando os filhos melhorassem iam ter espaço para trabalhar. Esta era uma forma de gerar esperança de mudança, depositando uma expectativa de confiança “ingênua” nesta possibilidade. Este é um ponto que aparecia com muita frequência no grupo, “o trabalho como salvação”. E, para que isso se realizasse, muitos idosos saíam a procurar trabalho para seus filhos.

*Preciso arrumar um trabalho pro meu filho. Alguém poderia me ajudar? Sabem de algo? (S4).*

Um dos integrantes se solidarizou novamente, afirmando que iria conversar com um neto que trabalhava em uma empresa, mas acrescentou que a dificuldade maior era que “eles permaneçam trabalhando”. Trabalhar seria uma forma de recuperação pessoal e social, mas também um modo de ajudar os pais na própria questão financeira.

*Estou vivendo uma dificuldade financeira, mas uma dificuldade ainda maior de recuperar os objetos que ele tirou de casa para trocar por drogas. Esse é um problema sério e que quando se tem um dependente químico, parece um saco sem fundo. Não tem dinheiro que chega, eles querem sempre mais e as vezes precisa dizer não. Já fiz isso várias vezes com meu filho e ele me ameaçou, mas depois tudo passa (S3).*

Outra fala ressaltou este problema,

*Minha filha vendia tudo o que eu tinha dentro de casa e não tinha dinheiro que chegasse (S7).*

A solidariedade no grupo se expressou de outras formas também, pois os mesmos enfrentaram várias perdas nesse sentido – “não tenho mais saúde para

trabalhar”. Prejuízos não somente materiais, mas que condizem com a maneira pela qual podem ou não enfrentar estas situações.

*Eu já me deparei muitas vezes com a falta de dinheiro e dificuldades para encontrar saída. Achava que era só comigo que isso acontecia (S3).*

Agora, quando exteriorizam seus sofrimentos, apresentam possibilidades de resolvê-los:

*Não tenho mais força para buscar as coisas. Tô cansada e a questão financeira dificulta muito. Me ocupo com meus artesanatos, e tiro algum também (S2).*

Talvez, um dos pontos mais difíceis vivenciados pelos idosos, é que eles, muitas vezes, têm que “pagar” para que seus filhos não sejam mortos, por dívidas geradas pelo consumo de álcool e outras drogas. Geradora de intenso estresse, e recorrente, pois estava presente nos discursos:

*Ele estava sendo ameaçado de morte e pra não matarem ele eu tive que dar um jeito de arrumar dinheiro [...] Consegui um pouco com [...] e catei umas latinhas e vendi pra ajuda meu filho (S4).*

Os encontros grupais aconteciam normalmente às 14 horas e os idosos aguardavam o seu início na sala de espera. Em determinado encontro, ao verem a porta da sala aberta, todos entraram sem serem convidados. Isto demonstrou que eles se apropriaram do espaço.

*Como é bom estar aqui. Me traz conforto. Eu tô melhorando, meu filho também. Eu tô aliviada [...] até ganhei um abraço e um beijo, e ele disse que me amava. (choro). Tô tão feliz, ele me ama ainda (S4).*

Outro idoso participante reconheceu neste espaço a possibilidade de compartilhar seu medo, diante da probabilidade do filho sair da internação.

*Tenho medo que comece tudo de novo (S3).*

Ou, o agradecimento ao próprio grupo:

*minhas filhas não conversam comigo e eu não tenho com quem fala só escuto e engulo. Tô com muita dor de cabeça por causa disso. Visito minha filha todos os finais de semana e não desisto dela assim, como S4 faz com seu filho (S7).*

A cada encontro, os componentes mostravam-se ainda mais vinculados com os demais. Demonstravam e verbalizavam questões de persistência frente às situações vivenciadas com os filhos e que, em alguns casos, somente os cônjuges lhes ofereciam apoio. Apoio este, que agora encontravam uns nos outros no grupo terapêutico.

O resgate da autoestima parece ter sido um dos ganhos mais significativos neste processo grupal. Para Schultheisz e Aprile (2013), a autoestima “corresponde à valoração intrínseca que o indivíduo faz de si mesmo em diferentes situações e eventos da vida a partir de um determinado conjunto de valores eleitos por ele como positivos ou negativos” (p. 36). Os resultados obtidos com a utilização da “técnica do espelho” demonstraram isso. Tinha-se por objetivo que eles próprios conseguissem se identificar como alguém importante e que faziam a diferença nesse processo de cuidado. Em uma caixa fechada havia um espelho. Solicitou-se que pensassem em uma pessoa muito importante para eles. Pediu-se então, para passar a caixa e cada um a abrisse e olhasse para dentro, que poderiam ver a pessoa importante que estava dentro da caixa. No momento em que se deparavam com a suas imagens expressaram tristeza, surpresa e começaram a chorar. Após todos terem visto suas imagens, foram convidados a falar sobre a pessoa que viram no espelho e o que sentiram.

*Nunca pensei que eu poderia ser essa pessoa importante. As vezes nem lembro que existo (S7).*

*Foi estranho me ver no espelho e pensar em mim como alguém importante, porque geralmente a gente pensa nos outros. E a família ou até o próprio filho usuário de drogas te bota abaixo do cú do cachorro (S3).*

*Não é fácil pensar na gente. Tenho tantos problemas que esqueço de mim e preciso fazer isso. Vou me arrastando, mas vou indo. Como é que vou resolver as coisas se fico pensando nos meus problemas (S1).*

Depois, questionados sobre qual pessoa haviam pensado como sendo importante, foram citados familiares que lhes davam suporte (financeiro ou afetivo). Ninguém havia pensado em si mesmo.

*Deus e um filho que me ajuda muito (S4).*

*Companheira por estar sempre um ao lado do outro (S3).*

*A filha que reside comigo e não concorda com a ajuda que dou para a outra, que é dependente química. Ela é que precisa de ajuda (S7).*

Neste movimento grupal, os idosos apresentaram tomadas de consciência e da necessidade de ressignificação. Praticamente não falavam dos seus filhos como assunto principal, pois o eixo central modificou-se para as suas próprias questões. Para eles, o espaço terapêutico grupal foi fundamental no processo.

*Se eu não tivesse aprendido no grupo como ter paciência pra lidar com minha filha não sei o que seria. Vocês me ajudam muito [...] depois que consegui falar com minha filha a dor de cabeça foi embora. Eu tinha medo de falar com ela e depois que falei tudo melhorou. Eu não aguentava ver ela reclamando de toda a família e chamando a irmã, minha filha que usa as coisas, de marginal. Depois que falei, ela ligou pro pai e disse que ia convidar a irmã pra ir lá em casa. Parece que voltei a viver de novo (S7).*

A solidariedade, o fortalecimento dos vínculos afetivos e a identificação aumentaram, a exemplo das trocas espontâneas de presentes entre eles, como forma de reconhecimento e agradecimento pela ajuda recebida. No encerramento de um dos encontros S7, deu um vidro de presente com muitos desenhos dourados para S4 e ela saiu mostrando para toda a equipe e dizendo que “*aquilo ali era ouro*”. A partir daí passaram a fazer trocas de objetos e abraços ao final dos encontros.

Dadas às premissas anteriores, os participantes começaram a sugerir questões para a discussão. Iniciou-se, então, um processo de construção de autonomia e participação frente o direcionamento do grupo. Nesse sentido, Martins (2002) afirma que os processos de participação são constituídos por uma “dinâmica individual e coletiva, que operam concomitantemente. Se há necessidade de participação é o desejo que move o ator a praticar a ação, o sentido de sua participação num empreendimento coletivo pode ser altamente positivo” (p. 210). No entanto, a autonomia fica, muitas vezes, cerceada pelos próprios interesses da instituição. De qualquer maneira, é um movimento novo e instituinte no grupo e pelo grupo.

Com este direcionamento, os idosos expuseram as formas como cada sujeito lidava com suas dificuldades, frente às questões até então trabalhadas. Discutiam como conseguiram passar por determinadas situações e as estratégias utilizadas. Ressaltaram que algumas deram certas e outras não, tais como: o diálogo, as buscas em espaços religiosos, as brigas, as cobranças e as agressões. Quando, a discussão chegava a um impasse, ou seja, a admissão das agressões como forma

de resolução de conflitos, o grupo modificava o seu direcionamento. De forma inusitada, um participante reclamou de dores nas pernas. Prontamente, alguém lhe ofereceu uma pomada que utilizava para as suas próprias dores. Parecia não suportar reconhecer que utilizavam as mesmas estratégias que os familiares agressores, retiravam o foco de si mesmos. Terminaram a sessão, referindo que é muito difícil, em suas vidas particulares, terem o apoio e a ajuda que o grupo lhes oferece.

Tendo por objetivo retomar a questão da ajuda, no encontro seguinte, utilizou-se uma técnica grupal – a técnica do “pirulito”. Por meio desta, buscou-se identificar o quanto eles permitiam ser ajudados e como lidavam com a possibilidade de pedir ajuda. Entregou-se um pirulito para cada um dos componentes e solicitou-se que eles colocassem a mão direita para trás e o segurassem com a mão esquerda. Foram informados que teriam que abri-lo, sem usar a mão direita e a boca. Assim, S1 colocou o pirulito no meio da mão e conseguiu abrir.

*Eu só busco ajuda quando realmente não consigo, mas primeiro tento resolver meus problemas sozinho (S1).*

Enfatizando a individualidade na resolução dos problemas, S3 colocou o pirulito no chão, segurou com o pé e o abriu com a mão esquerda. A sua ação não condiz com a fala apresentada a seguir.

*Sempre que preciso de ajuda vou buscar, vou atrás e sempre encontro. Nunca fiquei na mão, as pessoas sempre me ajudam. Tenho boas amizades (S3).*

Já, em função de limitações físicas, S7 ficou muito nervosa e não conseguiu abrir. S3 espontaneamente a ajudou.

*Eu tenho ajuda do meu ex-marido e é só. As pessoas nem sabiam que eu estava passando por dificuldades, por que eu não conto. É muito difícil eu pedir ajuda. Por isso eu adoeço tanto (S7).*

As queixas muito frequentes no discurso coletivo, o abandono, a falta de ajuda para cuidar dos filhos dependentes químicos, foram contrastadas pelas ações individuais e grupais. Quem pode, utilizou dos seus próprios recursos para a resolução do problema (abrir o pirulito). Quem não conseguiu abrir, não pediu ajuda, repetindo o isolamento que se deparam cotidianamente nestas questões. O

oferecimento espontâneo de ajuda parece ter sido produzido pelos vínculos e a sensação de proximidade que os integrantes do grupo construíram entre si.

Ainda no contexto dos processos de ajuda, no encontro seguinte, surgiram questões de como lidar com as festas de final de ano.

*Não sei como vai ser sem o filho por perto. Sinto muita saudade e quero juntar dinheiro para visitá-lo. Consegui falar com ele e que tá bem (S4).*

*Tenho muita dificuldade de enfrentar as festas de fim de ano. Sinto falta da família reunida como acontecia antes. Minhas filhas não se dão por causa do uso de drogas, as famílias se afastam por que tu tem um filho drogado e a filha dependente químico liga pedindo dinheiro (S7).*

Esta mesma idosa já havia tido conflito com a data do seu aniversário.

*Essas datas era melhor não existir (S7).*

Mais do que palavras, a atitude do grupo demonstrava o quanto esta época do ano – contraste da realidade individual com o ideal social – pode ser devastadora aos sujeitos em sofrimento: dois integrantes não compareceram ao encontro grupal, um deles não quis falar, outro se manteve choroso e quieto, um dormiu sentado, referindo estar muito cansado; e, ao final do encontro um pediu para conversar individualmente. Tal dinâmica rompeu com o processo construtivo que o grupo vinha progressivamente alcançando. Há uma regressão ao nível anterior, em que a individualização do sofrer pareceu suplantar a produção de ajuda no grupo. Combinou-se que, para a semana seguinte, cada um deveria trazer uma mensagem. Seriam confeccionados cartões de Natal e cada componente presentearia um colega com algo que considerasse significativo naquele momento.

No encontro seguinte, talvez em consequência do que foi discutido e vivenciado no anteriormente descrito, ou ainda pela proposta deste, esteve presente somente uma pessoa.

*Hoje senti falta dos colegas do grupo, eles tem me ajudado muito (S2).*

Buscou-se, na semana natalina, a retomada da proposta da confecção dos cartões. O grupo não aceitou e propôs que se discutisse aquilo que já vinham debatendo. Voltaram-se ao Natal e as imagens sociais vinculadas – as famílias reunidas, a troca de presentes, a felicidade do encontro, a esperança do recomeço –

contrastavam com a solidão e a ausência da família extensa, vividos pelos integrantes do grupo:

*“Minha vida está sem sentido [...] mas preciso ajudar os filhos e por isso busco ajuda em vários lugares pra ficar bem. Tenho que fazer um esforço pra sair e continuar lutando (S2).*

*Vou passar com a esposa e com a família. Nesse momento não faço questão de receber muitas pessoas em casa. Prefiro ficar só com a esposa. Ela é uma companheira e tanto (S3).*

*Também tenho dificuldade de reunir a minha família e sinto falta da casa cheia e família reunida (S7).*

Ao final deste encontro, fez-se um fechamento com a entrega de um cartão a cada integrante confeccionado pela pesquisadora, coordenadora do grupo. A receptividade desta ação não foi a esperada. Comunicou-se, também, a parada dos encontros grupais por duas semanas e o reinício em janeiro do ano seguinte. Encerrou-se este com abraços.

#### **4.2.4 Terceiro momento: experiência da recaída**

Desde o início do mês de dezembro de 2015 vinha se discutindo o término do grupo terapêutico. Retomava-se sempre a questão do contrato inicial (de um período determinado de tempo) e os objetivos do grupo (para o que ele foi constituído). Os integrantes solicitam a continuidade deste. Lembro-lhes que não faço parte do quadro funcional do CAPS AD III e que a minha participação se dá através da pesquisa de Mestrado somente. No entanto, levo a demanda à coordenação do serviço que, compromete-se em apresentar em reunião de equipe, a proposta de continuidade. Recebi no início do mês de janeiro a negativa, acompanhada da justificativa de sobrecarga de trabalho dos profissionais. Ressalta-se que já existia o grupo de apoio a familiares e que esse continuou funcionando durante este período.

Retomaram-se as atividades do grupo, após o retorno dos feriados de final de ano, questionando-os sobre como estavam se sentindo em relação às questões familiares vivenciadas nas datas comemorativas. A primeira resposta veio com a preocupação sobre um dos integrantes (S4) que, há alguns encontros, já não comparecia.

*Estou preocupada com... Pois na última vez que a vi, ela estava com muito medo dos traficantes, pois os mesmos não saíam de perto de sua casa (S7).*

No entanto, os demais integrantes não levaram adiante tal preocupação. E a própria S7 contou que foi para a praia e conseguiu desligar dos problemas voltando mais aliviada. Já S3 referiu que, neste momento, seu filho estava internado, que permanecia se sentindo bem e que o mesmo também se encontrava bem. Foi trabalhada a importância das atividades de lazer e de outras que os faziam se sentir bem, pois isso poderia permitir a visualização de outras possibilidades.

Questionou-me sobre a continuidade do grupo. Informei-lhe que aconteceria como o previsto no contrato inicial, ou seja, haveria o término do grupo. Conteí-lhes sobre a conversa com a coordenação do serviço e apresentei-lhes as justificativas dadas para a não continuidade. Observei que, no encerramento, já se inicia um processo de desconstrução, visto que os mesmos saem sem se abraçar.

Na semana seguinte S4 não compareceu novamente. Agora, todos os demais componentes mostram-se preocupados e ressaltaram a fala de S7, que havia passado “despercebida” no momento em que foi dita no encontro anterior. Tentou-se acalmá-los com a afirmativa de que seriam procuradas informações e repassadas ao grupo na próxima sessão. Mesmo assim permaneceram agitados e retomaram as mesmas queixas do início do processo grupal. Deduziu-se que, por analogia, a colega que não veio – “*que sumiu sem dar explicação*” –, poderia representar a figura da espera por um(a) filho(a) que não retorna a sua casa.

As queixas, agora retomadas estão estreitamente vinculadas aos processos de recaída de alguns familiares. A sequência de falas exemplifica isso:

*Meu filho retornou da internação há poucos dias e está cada vez pior. Preciso internar ele o mais rápido possível. Tô com medo de encontrar ele morto (S3).*

*Minha filha tá estranha, não me acompanha mais até o ônibus. Visito ela todos os domingos e ela nunca me mandou embora, agora deu de me mandar embora e briga muito com os filhos dela (S7).*

*Não visite mais ela e deixe ela sentir sua falta. Quando meu filho me ofende eu fico um tempo sem falar com ele. Daí ele vem bem mansinho. A gente tem que deixar de ser trouxa também e fazer ele dá valor para as coisas que tem (S3).*

Demonstraram novamente que, ainda que precisem cuidar e proteger os seus filhos, sentem-se cada vez mais desvalorizados quando reconhecem os sinais de recaída. Sinais estes que também antecipam a agudização de seus sofrimentos. Do mesmo modo, não ocorreram abraços ao final do encontro.

No penúltimo encontro agendado, o último de fato, iniciou-se a discussão igualmente questionando sobre a continuidade do grupo. Reafirmou-se a posição anterior e as combinações do contrato de trabalho. Reforçou-se também que, quando do início do grupo, foi acordado que este teria um fim. A participante S4 não compareceu outra vez. Então se relatou ao grupo que foi realizada uma visita a casa desta. Informou-os que a mesma está bem e, por questões particulares, deixou o grupo “temporariamente”, pois acreditava na continuidade deste.

Por solicitação deles, fez-se uma rodada de conversa sobre como foi este período. Todos referiram que gostaram e que mudaram algumas coisas a partir da participação no mesmo:

*Mudei a forma de pensar e me sinto mais fortalecida pra enfrentar a situação com a minha filha (S7).*

*Tô sentido por ter que acabar, vou sentir falta dos encontros e dos colegas (S3).*

*Pra mim também foi bom, mas tinha dias que eu saía bem outros eu saía mal, mas acho que é assim mesmo depende muito de como a gente tá também. Quando eu saía daqui algumas coisas eu botava no bolso e levava pra casa outras eu jogava fora ali mesmo (S4).*

*É uma pena acabar com o grupo (S2).*

As pessoas voltaram a conceitos anteriores por considerarem que este é um lugar seguro. Este é um processo inconsciente. No último encontro previsto não compareceu ninguém, talvez por já terem dito o que precisavam para finalizar, ou ainda, por não suportarem mais um processo de perda e separação. Para a realização das entrevistas finais, previstas no projeto de pesquisa, foi necessário contatar com cada participante e agendar o momento. Tais entrevistas serão apresentadas a seguir.

### 4.3 GRUPOS TERAPÊUTICOS COMO ESPAÇO DE RESSIGNIFICAÇÃO PARA IDOSOS, VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

A segunda entrevista foi realizada após a finalização do grupo terapêutico para familiares de usuários de álcool e outras drogas no CAPS AD III. Buscou-se, por meio dela, elementos que pudessem demonstrar mudanças de discurso e posicionamento dos sujeitos frente a primeira entrevista e após o processo grupal. Somente quatro participantes do grupo se disponibilizaram responder estas questões. Os números utilizados S1, S2, S3, S7 correspondem aos números dados aos sujeitos na primeira entrevista.

Ao serem questionados sobre o porquê tinham se mantido participando do grupo terapêutico, todos reconheceram a importância deste como espaço de diálogo, orientação e mudanças no seu posicionamento inicial. Em comparação, os discursos apresentaram as seguintes modificações em relação à primeira entrevista.

- S1- Reconheceu a importância do grupo, afirmou que este o ajuda a desabafar. Há uma mudança de posicionamento, pois na primeira entrevista mencionou que havia procurado o grupo do CAPS AD III somente “*pra ver se conseguia internar*” o seu filho;
- S3- Manteve o mesmo discurso apresentado, ressaltou a importância do grupo como espaço de desabafo, de fala e de escuta;
- S4- Não respondeu na primeira entrevista, mas agora ressaltou a importância da participação no grupo pela orientação obtida;
- S7- Reconheceu novamente a importância do grupo e nas duas entrevistas, utilizou o termo esperança como qualificadora.

Os resultados alcançados, conforme demonstrado acima, vem ao encontro do que se esperava obter com o grupo terapêutico: criar alternativas, novos vínculos e outros laços simbólicos. O fragmento a seguir representa a importância que o processo grupal assumiu para os seus participantes:

*Esperança, ajuda aos outros e melhoria do meu amor, humor. Saída do meu ambiente, acho que é isso (S7).*

Como já explicitado anteriormente, a esperança é o sentimento que une os idosos na busca pela recuperação de seus familiares dependentes químicos, que os mantém lutando por si e que se concretiza na possibilidade do grupo terapêutico. O quadro 14 apresenta uma síntese dessas associações:

Quadro 14 – Motivos apontados pelos idosos, vítimas de violência intrafamiliar, para a continuidade ao grupo terapêutico

	<b>Primeiras associações</b>	<b>Explicações das associações</b>	<b>Qualificadores</b>
S1	Pra desabafar.	Pra ouvir os outros desabafar e a gente desabafa também.	Importância do grupo.
S3	Pra desabafar.	Porque a gente consegue desabafar, escuta os outros quando falam dos problemas deles e fica mais aliviado.	Importância do grupo.
S4	Pra ficar orientada sobre as coisas.	Não sabe o que fazer, se não participa.	Importância do grupo.
S7	O que fez, foi a continuação do grupo que eu vinha frequentando.	Esperança, ajuda aos outros e melhoria do meu amor, humor. Saída do meu ambiente, acho que é isso.	Importância do grupo.

A significação que o grupo assumiu para os idosos confronta muito com as diferentes dificuldades vivenciadas em seus cotidianos. No início do processo grupal identificou-se uma codependência de cada um dos participantes e seu familiar usuário álcool e outras drogas. Isto resultou em um abandono de si devido a fragilidade dos laços familiares: os sintomas da dependência passam a organizar a vida dessas pessoas. Para Flávio Guimarães et al. (2009)

a droga aparece como uma solução paradoxal para o dilema simbiótico entre o jovem e sua família, pois repentinamente introduz entre eles uma fronteira, uma diferença e um abismo. Arranca o filho do colo da mãe, que passa a não reconhecê-lo: “Mas esse não é meu filho”. Esse distanciamento permite ao jovem buscar sua independência, deixar a família, relacionar-se com seu grupo de pares. Trata-se porém, de uma falsa dependência (p. 356).

Os sentimentos trazidos nesta entrevista demonstraram as mudanças nessas significações, por exemplo: as dificuldades trazidas confrontaram a vontade de melhorar; a desesperança transformou-se em força para continuar os encontros; a solidão para resolver problemas de forma individual contrastou com a aparente ajuda encontrada (aparente, porque continuam resolvendo seus problemas individualmente); a desestruturação familiar e a sensação de pertencer a uma família.

*Aqui é falado, falado e são assuntos que desabafa, mas não resolve. Me ajudou pra ouvir os outros desabafa e desabafa também. Mas isso fica dentro da gente igual. A gente conta de tudo e daí, passa uns minutos e a gente já tá preocupado de novo (S1).*

Também, identificaram-se significativas modificações nos discursos individuais:

- S1- Manteve o discurso de ajuda. Na primeira entrevista não trouxe explicação da sua resposta, mas na segunda afirmou que o grupo tem vontade de ajudar, que as pessoas participantes do grupo têm a possibilidade de falar sobre seus problemas e, ainda assim, manteve-se preocupado jogando para si a responsabilidade para a resolução da questão;
- S3- Na primeira entrevista utilizou o termo conforto, mas não o qualificou. Na segunda, utilizou o termo força, de origem no mesmo radical, e acrescentou a possibilidade de outros entendimentos que favoreceram o convívio familiar. O grupo colocou-se, como possibilidade efetiva de mudança: pois da busca de algo externo (o conforto) passa para algo que modificou a sua realidade familiar (a melhora do convívio);
- S4- Na primeira entrevista não respondeu a questão, agora referiu ajuda que o grupo proporciona.
- S7- Nas duas entrevistas têm-se uma linearidade de pensamento e significação. Na primeira, respondeu “*a gente revê*” explicando que um ajuda os outros contando as coisas. Na segunda, utilizou a expressão “*olha, uma família*” explicando que um ajuda o outro no grupo, pois conseguiam conversar coisas íntimas que em casa não conseguiam.

Analisando esta última produção discursiva, o termo *a gente* dá sensação de algo distante, de individualidade. Já, o termo *uma família* produz um sentido completamente novo, ressaltando os laços emocionais resultantes, os processos de identificação e a possibilidade de compartilhar que são definidores de um grupo. As demais significações podem ser visualizadas no quadro 15:

Quadro 15 – Significado do grupo terapêutico para os idosos vítimas de violência intrafamiliar

	<b>Primeiras associações</b>	<b>Explicações das associações</b>	<b>Qualificadores</b>
S1	Significou que vocês tem vontade de melhorar as coisas.	Aqui é falado, falado e são assuntos que desabafa, mas não resolve. Me ajudou pra ouvir os outros desabafa e desabafa também. Mas isso fica dentro da gente igual. A gente conta de tudo e daí, passa uns minutos e a gente já tá preocupado de novo.	Importância do grupo
S3	Significou uma assim, uma busca, uma força, pra eu te experiência pra lida com meu guri.	Pra poder conviver com ele. Convívio né? Pra mim foi bom, bom mesmo.	Importância do grupo
S4	Significa ajuda né?	Sem explicação	Importância do grupo
S7	Olha, uma família.	Porque um ajuda o outro e a gente consegue conversar coisas íntimas que em casa eu não consigo expor. O grupo me ajuda muito.	Importância do grupo

Os processos grupais, vivenciados pelos idosos integrantes, evidenciaram-se na comparação entre os depoimentos dados às vantagens da participação no grupo, nas duas entrevistas:

- S1- Na primeira entrevista referiu “*para ter um pouco de sossego*” e explicou que não acreditava que o uso de álcool e outras drogas é uma doença. Na segunda entrevista não soube explicar.
- S3- Inicialmente, afirmou que sua participação no grupo trouxe fortalecimento pessoal. Já no segundo momento afirmou que trouxe aprendizagem.
- S4- Na primeira entrevista não respondeu. Já na segunda, de uma forma confusa mencionou que todos o trataram bem. Desse modo, pode-se inferir que as relações em sua casa são ruins - “*quase que melhor que em casa*”.
- S7- Na primeira entrevista afirmou que “*se consola*”, “*se alivia*”, vendo que outros participantes passam por situações semelhantes. Na segunda entrevista expressou espontaneidade, característica que refere a possibilidade de uma interação plena e verdadeira no grupo.

Os sujeitos S4 e S7, na segunda entrevista, referiram à possibilidade de comunicação ampliada no grupo terapêutico e que parece não haver comunicação adequada em suas casas.

Para Osorio (2007), é preciso motivar os participantes de qualquer grupo a se questionarem permanentemente. A sociedade oferece respostas prontas e hábitos instituídos que restringem a liberdade de pensar e agir sobre novas possibilidades. Um grupo deve conviver com dúvidas, com o desconhecido, buscando romper estereótipos e facilitando a comunicação. Deve também estimular a criatividade para que os membros possam encontrar novas possibilidades de significação ao seu convívio familiar.

Quanto às desvantagens, em termos de conteúdo, S7 apontou diferenças, talvez em função da estigmatização social relativa ao uso de álcool e outras drogas ou ao processo vinculado ao próprio grupo. Na sua primeira entrevista, não descreveu desvantagens no processo grupal. No entanto, na segunda, referiu que ao encontrar uma vizinha no grupo, esta deixou de participar. Porém, ela continuou frequentando o grupo.

Para Yalom (2006) as dificuldades interpessoais são uma possível fonte de dissolução do microcosmo social grupal. Estas incluem indivíduos explorando outros silenciosamente, profundos graus de intimidade que geram um pseudoenvolvimento, posições subordinadas e condencendentes. Todos esses fatores aumentam as dificuldades e fazem com que indivíduos deixem os grupos, ou criem-se padrões sociais mal-adaptados. O quadro 16 sintetiza as vantagens e desvantagens da participação no grupo terapêutico, segundo os idosos participantes.

Quadro 16 – Vantagens e desvantagens apontadas pelos idosos para participar do grupo terapêutico

(continua)

Idoso Ent.		VANTAGENS		DESVANTAGENS	
		Primeiras associações	Explicações das associações	Primeiras associações	Explicações das associações
S1	1ª	Para ter um pouco de sossego.	Não acredito que essa utilização de droga é doença! Porque não inventaram remédio ainda?	Sem resposta.	Sem resposta.
	2ª	Não sei da explicação sobre isso.	Sem resposta.	Não é coisa que não gostou.	Então se torna difícil pra gente sair. É muita complicação na vida.

Quadro 16 – Vantagens e desvantagens apontadas pelos idosos para participar do grupo terapêutico

(conclusão)

Idoso Ent.		VANTAGENS		DESVANTAGENS	
		Primeiras associações	Explicações das associações	Primeiras associações	Explicações das associações
S3	1ª	A gente mesmo fortalece a gente mesmo.	A gente se sente mais forte.	Não vejo nada.	Sem explicação.
	2ª	A vantagem é que a gente tem assim, como eu falei.	Foi o tipo, uma aprendizagem pra gente e daí, passa pros outros também.	Não achei nenhuma.	Eu não acho mesmo. Podendo vim nesse grupo, eu venho também.
S4	1ª	Sem resposta.	Sem resposta.	Sem resposta.	Sem explicação
	2ª	Tudo me trataram bem.	As colegas e aquela que me deu presentinho lá. Tava bem, quase que melhor que em casa.	Sabe que eu acho. Não notei nada de diferença.	Me tratam muito bem.
S7	1ª	Se consola.	Se alivia. Vendo o problema do outro a gente acha que o nosso não é o fim do mundo.	Nenhuma.	Sem explicação.
	2ª	A espontaneidade de um e de outro. De todos.	Cada um foi espontâneo, como eu não consigo em lugar nenhum, nem em casa.	Eu achei uma desvantagem.	Encontrar uma vizinha [...] quando me viu, [...] não veio mais. Eu continuei vindo.

O processo grupal, como se demonstrou comparando as fases da abstinência ao uso de drogas, passou por três fases distintas. Porém, em todas elas, os participantes focaram muito mais nas relações humanas e nas consequências dos atos violentos. Não houve discussões sobre o conceito de violência em si. Mas nas repercussões e os sentidos adquiridos por esta em seus cotidianos. Então, não se verificou na segunda entrevista mudanças quanto ao conceito, mas sim no seu direcionamento:

S1- Na primeira entrevista afirmou que a violência pode ser tanto física quanto verbal. Na segunda, seguiu a mesma linha de raciocínio, porém com outros argumentos;

- S3- Inicialmente associou as atitudes à violência física e verbal: “*quando quer forçar as coisas e partir pra violência*”, ou “*quando acha que pode tudo*”;
- S4- Reduziu a violência à questão física, tanto na primeira quanto na segunda entrevista;
- S7- Referiu-se à violência verbal utilizada por ela própria na primeira entrevista: “*dizia desaforo, para com isso, não vou dar mais bola pra ti*”. Já na segunda, parece ter compreendido que “*a violência começa já nas palavras*”.

As repercussões dos atos violentos produzem novos e múltiplos significados às pessoas que com ela convivem. O deslocamento de significações demonstrado, após o processo grupal ressalta a importância deste. Para Yalom (2006) a medida que comportamentos confusos, frustrantes e repetitivos na história individual são ressignificados, o grupo ganha relevância na produção desse processo reflexivo. O quadro 17 demonstra as falas apresentadas na segunda entrevista:

Quadro 17 – Entendimento de violência na voz de idosos que participaram do grupo terapêutico

	<b>Primeiras associações</b>	<b>Explicações das associações</b>	<b>Qualificadores</b>
S1	Violência é agredir os filhos.	Dizer o que não é e a gente tem que ficar quieto.	Violência física e verbal
S3	Olha, isso aí, depende do caráter da pessoa.	Ela pode não ser violenta, mas se é usuária de drogas, álcool daí acho que dá aquela presença de violência.	Relativização da violência
S4	Violência, eu acho que é uma pessoa tratar mal a gente.	A pessoa bate na gente, promete de morte e essas coisas assim. Acho que é isso, porque eu nunca passei por isso.	Violência física e verbal
S7	A violência começa já nas palavras.	Às vezes a gente usa a violência com palavras e não se dá conta que tá usando violência.	Violência verbal

Mesmo com os avanços evidenciados, quanto às questões pessoais que o processo grupal proporcionou, as vivências de violência intrafamiliar não cessaram. Vejam-se as afirmações:

- S1- Comparada a primeira entrevista, afirma a continuidade da violência;

- S3- Na primeira entrevista declarou haver violência familiar. No final a violência não esteve declarada e não foi explicada. Mas, conhecendo a situação familiar, sabia-se que o filho dependente químico estava internado no momento da segunda entrevista;
- S4- Manteve o mesmo discurso;
- S7- Apresentou mudança total no seu discurso, porque na primeira entrevista afirmou que seu filho nunca a agrediu.

Para Rondelli (2000), a violência se configura para além da agressão física ou moral; ela aparece “como linguagem, como ato de comunicação” (p. 147). Não havendo mais palavras mediadoras ou de contenção, passa-se imediatamente ao ato agressivo, que banalizado, naturaliza a violência. Ou, conforme explicita Silva (2006), a “um padrão repetitivo, cíclico de controle e de dominação, mais do que um único ato de agressão física” (p. 56). É por isso que, mesmo que no grupo terapêutico ocorra a ressignificação dos atos violentos, nas relações intrafamiliares ela ainda continue como padrão de relacionamento. O quadro 18 mostra as manifestações relativas a vivência de violência.

Quadro 18 – Situações de violência vivenciada pelos idosos

	<b>Primeiras associações</b>	<b>Explicações das associações</b>	<b>Qualificadores</b>
S1	Já.	Ué, meu filho agrediu a própria mãe e foi parar na cadeia. Por droga bateu no rosto dela. Em mim, lá na chácara ele me bateu umas três ou quatro vezes. Às vezes, tem ocasião de fazer a coisa, mas aí eu penso, não, eu não nasci pra isso.	Continuidade da situação de violência familiar
S3	Não.	Sem explicação.	Sem violência declarada
S4	Não.	Tinha medo, mas não deu nada. Até me tratava bem, até meu filho xingou ele bastante, se fizesse uma coisa ele até matava ele.	A violência não se dirige ao sujeito
S7	Durante o uso não, mas após sim.	No reestabelecimento pra normalidade sim. Agressão assim, com força bruta.	Continuidade da situação de violência familiar

Tem-se clareza que o grupo terapêutico não poderia, por si só, modificar as situações de violência e de uso de álcool e outras drogas por parte dos familiares referenciados. Mas produziu deslocamentos no discurso, principalmente quanto à

culpabilização pelo ato (admitindo também que o próprio comportamento pode ser gerador de violência) e na possibilidade de relatá-lo.

Quando questionados sobre se o uso de álcool e outras drogas poderia ser fonte de violência, argumentaram comparativamente, da seguinte forma:

- S1- Na primeira entrevista afirmou que não e na segunda mencionou que sim. Mesmo que tenha utilizado termos antagônicos nas suas afirmativas, o sentido atribuído é exatamente o mesmo. Para S1 é a vontade do uso e a falta de dinheiro para tanto que são as verdadeiras fontes da violência associada ao uso de drogas;
- S3- Respondeu que sim nas duas entrevistas. Na primeira assegurou que contribui e que ele não ficava violento quando usava, ficava estúpido e era perigoso. Garantiu também que ele agrediu o filho fisicamente quando acreditava que a situação havia passado do limite. Já na segunda entrevista, se contradisse ao dizer que a pessoa dependente química fica fora de si (pelo efeito da droga), mas nunca foi violento contra ele;
- S4- Apontou a droga como fonte de violência e a associou a mortes. Na primeira entrevista, relatou o medo de seus familiares de que seja morta, dentro de casa pelo seu filho. Na segunda entrevista referiu medo da morte, mas a localizou fora de sua família, nos traficantes e assaltantes;
- S7- Respostas diferentes nas duas entrevistas. Na primeira afirmou que “*nunca tinha pensado nisso*” e localizou o uso de álcool e outras drogas na rebeldia e no repúdio a alguma questão interna do sujeito. Na segunda entrevista centrou o fato e exemplificou a partir da violência sofrida pelo marido alcoolista.

Silva (2006) aponta que “as pessoas atribuem maior responsabilidade ao ato violento se a vítima estiver intoxicada, enquanto atribuem menor responsabilidade ao autor da violência se este estiver intoxicado” (p. 56). Ou seja, os próprios idosos, a partir de práticas discursivas reificadas, apontam o exercício da violência isentando o agressor usuário de drogas. E, ao mesmo tempo, dado o seu extremo envolvimento afetivo-emocional, culpabilizam a si mesmas por não conseguirem reverter tais significações e o exercício da violência. No quadro 19, pode-se observar estas posições:

Quadro 19 – O uso de álcool e outras drogas podem ser fonte de violência na voz dos idosos

	Primeiras associações	Explicações das associações	Qualificadores
S1	Sim.	É, se eles não tem o dinheiro pra droga e não conseguem roubar nada, eles ficam violentos.	Fonte de violência
S3	Sim.	Porque se a pessoa tá drogada, ela tá meio fora de si. Em casa meu filho se revoltava contra mim, queria dinheiro e eu não dava. Mas ele nunca tentou nada contra mim, violência não.	Fonte de violência
S4	Sim.	É bastante, porque eu já vi muita coisa. Agora mesmo na vilinha balearam uma menina. Eles queriam matar outras pessoas e agora vão perseguir aquela vila. Os assaltantes, os marginais.	Fonte de violência
S7	Sim.	Por exemplo, meu marido antigamente bebia e ela (filha) guarda até hoje fatos que aconteceram com sete anos por aí. Não alcoolizado ele não cometia.	Fonte de violência

Os idosos também foram questionados sobre sua percepção de possíveis diferenças na vida pessoal e no convívio com seu familiar usuário, após sua participação no grupo terapêutico. As respostas apresentadas demonstraram que as trajetórias individuais influenciaram diretamente na compreensão da proposta inicial do grupo.

No caso de S1, desde o início do processo ele associou o uso e abuso de álcool e outras drogas como “*sem vergonhice*”, porque “*se fosse doença, já teriam inventado remédio*”. O seu objetivo inicial, reiterado várias vezes, era da internação hospitalar do seu familiar e a busca por medicação para este. Era bastante assíduo e colaborava nas discussões. Porém, demonstrava sempre valores bastante rígidos – “*meu filho é um vagabundo*” – e, a sua opção primeira “*eu só busco ajuda quando realmente não consigo, tento resolver meus problemas sozinho*”. Relatou situações delicadas de violências vividas e recebeu apoio dos demais integrantes, com situações semelhantes as suas. A possibilidade de ressignificar tal violência pode ser localizada na tentativa de destensionar estas relações. Soube-se que, durante este período, continuaram as situações de violência intrafamiliar. A vivência no grupo, para ele, pode ter significado um espaço também para o seu destensionamento pessoal, com a possibilidade de ouvir e ser ouvido. Quando aconteceu o penúltimo encontro do grupo, chegou bastante aliviado, pois havia conseguido a internação tão almejada. A expressão sintetiza a sua compreensão:

*O grupo, o que acontece, traz ideia pra bota medicamento, pra vê se tem que reforçar ou não. De vez em quando tem que afrouxar um pouco, porque se não tá sujeito a violência vim. A gente escuta uma palavra aqui, outra ali e o que dá pra aproveitar a gente aproveita, bota no bolso e leva pra casa. E se a gente vê que não tem serventia, já deixa ali na rua, como se diz. Tinha dias que eu saía mais aliviado, tinha dias que não (S1).*

O discurso de S3 sempre trouxe consigo palavras que referiam a busca de fala e de escuta, de força e conforto – “*a gente mesmo fortalece a gente mesmo*”. O termo força também apareceu nas suas vivências de violência – “*quando quer forçar as coisas, partir pra violência*”. Relatou que várias vezes ele próprio utilizou-se de atos violentos – “*não nego, eu batia quando era demais*” – e chegou mesmo a acorrentar o filho para que este não procurasse as substâncias psicoativas. Também construiu uma peça na parte externa da casa para que seu familiar morar e colocou grades nas portas e janelas de sua casa para o filho não entrar – “*dentro da minha casa ele não entra mais*”. No entanto, localizou nas drogas o problema da violência e num ser “*diabólico, o capeta, estava possuído*”, ou seja, não conseguia vincular a figura do próprio filho aos atos violentos sofridos. Demonstrou, muitas vezes, desmotivação e baixa autoestima, porém sempre teve uma palavra de consolo nas situações difíceis relatadas pelos outros integrantes: “*isso tudo que o senhor tá passando eu já passei. Mas eu podia desculpar o que ele tinha feito, porque eu amava ele*”. Também se demonstrou corajoso nos resgates do filho que realizava e em seu enfrentamento para entender o problema – “*sempre que preciso de ajuda vou buscar*”. No entanto, quando do final do período de internação de seu familiar, referiu que “*tenho medo que comece tudo de novo*”.

*Eu acho que teve uma elevação boa. Assim, contribuição pra gente ter mais diálogo. E em casa mesmo sempre tinha, mas ai foi mais ainda. Pra mim foi bom. E aprendi coisas que fazia de um jeito e então no grupo se aprendeu mais tudo certinho e se aprendeu mais. Aqui, mais aliviado. A gente pode conversar e expor tudo que é problema. Então, a gente se sente mais seguro (S3).*

Com um comportamento peculiar, S4 dormiu em todos os encontros grupais, por quase a metade do tempo. Sempre com ar cansado, por uma rotina de trabalho muito dura, não faltava aos encontros, porém era “*vencida pelo cansaço, exaustão*”, como sempre referia. Quando acordada, agradecia constantemente o grupo e dizia que “*se não fosse vocês eu não sei o que seria de mim*”. O grupo parecia lhe proporcionar conforto e acolhida. Também precisou gradejar as janelas e disse que “*ele consome todo dia, consumiu com tudo que eu tinha*”. Com o desenvolver do

grupo, afirmou que *“estou conseguindo dormir melhor e minhas angústias diminuíram depois que comecei a vir no grupo”*. Seu foco de cuidado, no entanto, estava todo voltado ao filho: *“preciso estar bem para cuidar de minha família, se algo acontecer comigo, meu filho não terá ninguém que cuide dele”*. Conhecendo sua história de vida, soube-se que eram poucos os espaços nos quais ela mantinha-se segura – *“cada vez que toca ao telefone meu filho tem medo de receber a notícia que estou morta”* ou *“eu estava sendo ameaçada [...] precisei dar um jeito de arrumar dinheiro para mandar ele pra lá”*. Após a ida do filho para um lugar seguro, se mostrou bem mais aliviada no grupo, mas após alguns encontros, não compareceu mais. A sua ausência nos encontros, sem dar ao grupo nenhuma explicação, provocou um movimento de preocupação dos demais componentes. Pareceu que a solução temporária para seu filho, fez com que se voltasse a outros problemas familiares e, seguindo seu devotamento para com a mesma, deixou de cuidar de si novamente. A entrevista final foi realizada em sua casa. Questionada sobre o papel do grupo terapêutico, respondeu aludindo a figura do filho (ou seja, a motivação central de sua participação):

*Sabe que foi bom. Ele concordou comigo pra ir lá que não queria se interno, não queria sair [...]. Ajudou sobre isso que falei. Me acalmei, as doenças e não me deu mais aquelas falta de ar que eu tinha. Pra mim foi útil (S4).*

Desde o início do processo grupal, S7 se mostrou bastante lúcida quanto ao papel e as possibilidades deste. Já era frequentadora de outros grupos e neste pareceu ter ampliado as questões a respeito ao espaço do outro e ao seu também – *“a gente revê”, “consola”, “buscar uma ideia diferente”*. Ao falar sobre a violência, afirmou que esta *“começava com aquilo que a gente fazia”*. Encontrou somente na figura do ex-marido o apoio que necessitava para os cuidados ao familiar dependente químico, mas colocou que *“o grupo é como se fosse uma família pra mim”*. Trouxe ao grupo sempre mensagens de otimismo e exemplos de coragem: *“não desistam de seus filhos [...] comi o pão que o diabo amassou [...] mas agora ela tá bem”*. No entanto, ainda compartilhou com os demais momentos de tristeza, como quando do seu aniversário *“a data [...] tá chegando e eu não tenho o que comemorar [...] vai batendo um desespero”*. Em vários momentos, minimizou sua situação, com afirmações de que *“sei que tem situações mais difíceis que a minha”*, como que se auto punindo por aceitar o sofrimento. Quando questionada sobre as mudanças em

sua vida e o papel do grupo terapêutico, respondeu com uma minimização do seu problema, conforme exemplificado abaixo:

*Eu acho que eu melhorei. Porque eu faço mais concessões, como quando ela não liga pra mim, eu ligo pra ela. De vez em quando se eu preciso fazer uma pausa, eu fico sem ligar. O grupo me ajudou a ver que na escala de sofrimento, eu até que tô muito bem (S7).*

Considera-se que, de uma forma ou de outra, todos se beneficiaram da proposta do grupo. Mesmo após o não comparecimento de todos ao último encontro, como já foi descrito, estes concordaram em participar da fase final de coleta dos dados. É interessante ressaltar que todos lamentaram o final do grupo e que se fosse possível a sua continuidade, ainda estariam neste.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Romper modelos me parece ser a tônica necessária para a escrita destas considerações finais. Proponho aqui, não um fechamento, mas um questionar-se sobre as questões que me mobilizaram, nos diferentes momentos da realização deste trabalho. De um lado, trabalho acadêmico, porque cumpre com as regras, com as normas e exigência de uma produção final para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia – a dissertação. De outro lado, emergem as questões individuais - das minhas inquietações, de todos os atravessamentos, da necessidade de exercício constante de reflexão do que se produzia e de como era produzido.

No primeiro encontro grupal fui impactada com o pedido de que, o grupo terapêutico que se iniciava, não fosse marcado somente por queixas, lamentações. Os idosos estavam ali porque queriam algo novo, talvez a esperança de “*sentirem-se bem*”. Mesmo que, ao longo do processo, tenham mantido o discurso queixoso, é notável que este foi diminuindo sua intensidade ao passar dos encontros. É importante ressaltar que toda a mudança vem acompanhada de desacomodações e desconstruções de crenças e valores. Sendo estes internalizados como algo verdadeiro, ainda na infância, e vividos ao longo de suas vidas. Ou seja, lidar com os valores da geração seguinte é sempre difícil. Imagine-se isso acrescido ao uso de álcool e outras drogas, da violência daí gerada e das questões afetivas envolvidas. Todos estes atravessamentos repercutem diretamente no cuidado ao seu filho agressor. Romper com esse modelo também é se responsabilizar por perdas daí decorrentes, vistas e vividas como padrão de cuidado e identificadas como “efetivas”.

A busca por um grupo “diferente” do habitualmente encontrado, expressa a tentativa de desvencilharem-se de amarras discursivas, que ligam o sujeito diretamente a repetição e ao sofrimento. Os espaços de cuidado privilegiam o acolhimento a todos que ali chegam, buscando inseri-los em práticas já consolidadas. Cada nova pessoa, que chega ao grupo de familiares, precisa desabafar e contar a sua situação de vida. E é justo que o faça. Porém, aos demais que ali estão, tais desabafos acabam por reproduzir suas próprias situações de sofrimento. O grupo então parece retroceder e são retomados os discursos queixosos. É como se um curto-circuito fosse produzido: retornando a posições confortáveis, que fazem com que não seja necessário mudar.

É elogiável o trabalho que os profissionais de saúde, vinculados aos diferentes CAPS, exercem nos seus cotidianos. A dedicação aos pacientes, aos seus familiares e aos processos de cuidado, gera uma sobrecarga que fica evidenciada para quem acompanha este trabalho. Como resultado, tem-se a burocratização dos processos, a descaracterização das diferentes demandas e, muitas vezes, o abandono de projetos terapêuticos singulares (como preconizado nas diretrizes do SUS). Mesmo que tenha avançado em muitos pontos em direção a uma política de saúde mental ampliada, a medicalização e a internação ainda são os pontos principais deste atendimento. E, os usuários do serviço, ainda assim o entendem e exigem.

A condução de grupos terapêuticos nestes espaços, desafiando os preceitos instituídos é extremamente difícil. Os idosos que participaram do processo grupal muitas vezes retornavam seus discursos a práticas consolidadas: a internação como recurso às dificuldades e a violência intrafamiliar e o medicamento como alívio imediato do sofrer. Também, romper com a lógica do cuidado ao outro, esquecendo-se de si próprio, foi um enorme desafio. “*Eu preciso estar bem, para cuidar dele*” foi uma das falas mais repetidas. Trabalhar o grupo deslocando essa produção discursiva não foi possível somente através da associação de ideias, precisou-se de técnicas que direcionassem o olhar deles para estas questões. No entanto, quando conseguiram enxergarem-se como sujeitos merecedores de cuidado, o foco dos integrantes se modifica.

O cuidado de si também inclui encontrar pontos de ancoragem que garantam a manutenção da esperança. Ao longo de todo o processo desenvolvido no grupo, os relatos de violência de todas as ordens eram frequentes. Porém, pode-se afirmar que a fala “*ele(a) me violenta*” nunca foi dita diretamente. Mas o seu conteúdo estava sempre implícito nos relatos. Assumir para si mesmo e perante o grupo que era vítima direta de alguém a quem se dedicava de forma integral, era ressaltar o seu fracasso, dando espaço à desesperança. Então, as agressões passam a ser naturalizadas e deixadas de lado, frente o seu objetivo maior: salvar o próprio filho. Se não é possível romper com toda essa estrutura, aprendem a conviver com o sofrer.

O grupo terapêutico coloca-se então como uma possibilidade de novos aprendizados, de rompimento com significantes de uma vida plena de sofrer: “*O que era importante botava no bolso e levava pra casa, o que não era botava no lixo e*

*deixava pra trás*". As associações do sofrimento e da desesperança, mesmo que ali produzidas, ficavam no espaço grupal. Ao passo que, as demais produções podiam ser levadas consigo, sendo fontes de motivação e esperança de mudança. As informações sobre os processos de saúde e doença vinculados ao consumo de drogas fomentavam mudanças de posicionamentos também, mesmo para os idosos mais resistentes. Discutir as vivências de violência sob este prisma permitiu que visualizassem outras possibilidades. A resignificação passa, necessariamente, pela desconstrução de práticas discursivas absolutas. Então, para que outras possam ser construídas, tais informações fundamentariam este processo.

A identificação dos idosos com o grupo terapêutico produz deslocamentos interessantes, em especial, com relação ao cuidado de si e a capacidade de afetar-se pelo outro novamente. Tornados cuidadores, pela necessidade absoluta, esquecem que também precisam de cuidados. Após muito tempo de dedicação intensiva, por vezes sem nenhuma forma de reconhecimento, fecharam-se em si mesmos. Nesse espaço terapêutico buscou-se valorizar o cuidado de si através de identificações positivas. Como resultado deste movimento do grupo, os idosos acabaram ressaltando a importância do afeto. Os abraços, os agradecimentos ao grupo pela ajuda recebida e as trocas de presentes parecem demonstrar que permitiram cuidarem-se uns aos outros. Outras diferentes vinculações construídas durante os encontros, como o questionar a ausência de algum participante ou compartilhar experiências semelhantes (apontando possíveis saídas), também podem exemplificar isso. Em complementaridade, quando um dos integrantes se emociona relatando o abraço recebido de seu filho, a sua emoção contagia positivamente a todos (que podem nutrir a esperança de um dia viverem novamente tal situação).

O estigma social vinculado ao consumo de drogas e as repetidas situações de recaídas e de violências de toda ordem, acabam por associar o usuário a imagens sociais negativas: o vagabundo; o sem vontade; já se fez tudo que se podia fazer, etc. Isto, junto à dedicação total dos pais cuidadores e a defesa de seus filhos, produzem diferentes resistências na família de origem. Talvez, em decorrência disso, todos os idosos que frequentaram o grupo terapêutico, reclamaram do afastamento e de seu isolamento da família extensa. E, junto à família nuclear, demonstraram a dificuldade de diálogo com os seus e solidão para lidar com tais situações de conflito. Podendo então trazer ao grupo suas preocupações,

incertezas, fraquezas, medos, gerou-se neles o sentimento de pertencerem a “*uma família*”. Tal referência é, muitas vezes, utilizada quando se referiam ao relacionamento construído com os outros integrantes. A solidão não dá conta de uma pessoa sozinha somente, mas também: de um vazio de significações positivas, que propiciem um fortalecimento interno; da ausência da possibilidade de se imaginar suportada por um outro; de ser reconhecida por sua história. O processo grupal, então, de certa forma, possibilita este sentimento de pertencimento, que rompe em partes, com a estereotipia de que se está só.

Tal pertencimento também produz um empoderamento ao sujeito que agora não está mais só: ele sabe que, junto ao grupo, pode mais. O posicionar-se frente às questões já elencadas, produz outras possibilidades de ressignificação. Um exemplo interessante decorre da chegada dos idosos participantes, assim como dos demais frequentadores do Serviço, quanto a sua postura corporal: cabisbaixos, encolhidos, curvados, parecendo submissos. A sala de espera se torna um espaço sem vida, onde a única referência possível é a de ser usuário (veja-se o termo). A sala ocupada pelo grupo é um espaço de reconhecimento, até o ponto que não esperam mais a sua chamada, mas “invadem” a mesma e se “apropriam” dela. Passam a uma atitude descontraída, onde são detentores de saberes válidos (mesmo que não acadêmicos ou profissionais) e de identificações positivas. Essa apropriação deveria ser estendida as demais questões de suas vidas, vencendo assim os sentimentos de impotência, de culpa, de solidão e de desesperança. Mas isso não aconteceu plenamente.

Quando do processo de finalização do grupo terapêutico, acordado previamente com todos os participantes, aconteceu um processo semelhante ao da recaída ao uso de drogas por seus familiares. Espelham-se no comportamento destes e houve regressão aos processos iniciais do próprio grupo. Retornaram as queixas, eram recorrentes os pedidos pela continuidade do grupo (assim o fizeram nas demais solicitações ao Serviço) e demonstraram toda a sua impotência. Isso ficou bem exemplificado no último encontro marcado, pela ausência de todos. Mas, afinal, os idosos vítimas de violência intrafamiliar puderam ressignificar a violência sofrida? Entendo que sim, na medida em que experienciaram vivências que demonstraram que outras formas de produção de significados é possível. No entanto, pode-se afirmar também que terminaram o processo terapêutico de uma

forma muito semelhante como o começaram: com a sensação de abandono, de frustração e de solidão.

Depois de tantas perdas reais e simbólicas associadas ao cuidado dos filhos usuários de drogas, das idas e vindas inerentes a este processo, reviveram estes mesmos sentimentos quando do término do grupo. Reviveram o rompimento da esperança: o problema volta a ficar com eles.

Cabe ressaltar ainda que, o Construcionismo Social é crítico à ideia representacionista do conhecimento e da objetividade, da realidade e do sujeito. Por meio das práticas discursivas e da produção de sentidos no cotidiano, enseja uma forma peculiar de discussão científica, muito mais do que uma metodologia adotada. O que se produziu nesta dissertação foi representativo do grupo terapêutico estudado como um todo, da história de vida dos indivíduos participantes e da interpretação da autora. Outro grupo terapêutico, constituído em bases comuns, poderá alcançar resultados gerais semelhantes, ou mesmo, totalmente opostos. Isto, de forma alguma, retira a validade deste estudo. Ao mesmo tempo, a possibilidade de que processos semelhantes sejam realizados em outros enquadramentos, enriqueceria este debate tão necessário.



## REFERÊNCIAS

ANGEL, S.; ANGEL P. **Os toxicômanos e suas famílias**. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2005.

APRATTO JÚNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, set., 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600037&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 maio 2015.

ARAGAKI, S. S. et al. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: SPINK, M. J. P. et al. (Orgs.). **Produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

AREOSA, S. V. C.; BULLA, L. C. Contexto social e relações familiares: o idoso provedor. In: AREOSA, S. V. C. (Org.) **Terceira idade na UNISC: novos desafios de uma população que envelhece**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010.

BELLENZANI, R.; COUTINHO, M. K. A. R. G.; CHAVEIRO, M. M. R. de S.. As práticas grupais em um CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: sua relevância e o risco de iatrogênias. **Anais - XV Encontro Nacional da ABRAPSO**, 2009.

BOCK, A. M. B. (Org.) **Psicologias** – uma introdução ao estudo da Psicologia. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.

BOWDITCH, J. L. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 2002.

BRASIL. **Balço anual da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos 2015**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, 2016.

\_\_\_\_\_. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

\_\_\_\_\_. **Guia de Saúde Mental atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS Nº 130** de 26 de janeiro de 2012. (2012a)

\_\_\_\_\_. **Resolução CNS/MS Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. (2012b)

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 12.461** de 26 de julho de 2011.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do Idoso**, Lei nº 10471 de 01 de outubro de 2003.

\_\_\_\_\_. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS Nº 336** de 19 de fevereiro de 2002 (b).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional da Saúde Mental** Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001.

BRIGAGÃO, J. I. M. et al. Como fazemos para trabalhar com a ideologia: a pesquisa com grupos: In: SPINK, M. J. P. et al. (Orgs.). **Produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. IN: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 2004.

CAETANO, K. A. Violência contra o idoso começa dentro de casa. **Focagen**, publicado em 16 de outubro de 2012. Disponível em: <<http://focagen.wordpress.com/2012/10/16/violencia-contra-o-idoso-comeca-dentro-de-casa/>>. Acesso em: 25 maio 2015.

CAMPOS, L. F. L. **Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Editora Alínea, 2004.

CARLOS, S. A. O processo grupal. In: STREY, M. N. et al. (Org.) **Psicologia Social Contemporânea**: livro-texto. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CERVENY, C. M. de O.; BERTHOUD, C. M. E. Ciclo vital da família brasileira. In: OSORIO, L. C.; VALLE, M. E. P. do e col. **Manual de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CORREIA, T. M. P. et al. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 529-536, set., 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-8232012000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-8232012000300013&script=sci_arttext). Acesso em: 29 jan. 2015.

COSTA, J. F. Transcendência e violência. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Org.). **Diálogos em Psicologia Social**. Porto Alegre: Editora Evangraf, 2007.

COSTA, L. F. Participação de famílias no Grupo Multifamiliar de adolescentes ofensores sexuais: vergonha e confiança. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 185-201, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-6652011000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-6652011000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2015.

DEBERT, G. G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. Campinas, SP: Papiros 2004.

FLESCHE, L. D. **Pacientes idosos e seus cuidadores: um estudo específico sobre a alta hospitalar**. 2013. 110 p. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde), Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

FREITAS, C. A. S. L.; TEÓFILO, T. J. S. Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2825-2833, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2015.

GADONI-COSTA, L. M.; ZUCATTI, A. P. N.; DELL'AGLIO, D. D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 219-227, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2011000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2015.

GROSSI, P. K.; CASANOVA, M. de F.; STAROSTA, M. Grupos para homens que exercem violência conjugal – um desafio no enfrentamento da violência de gênero. In: STREY, M. N.; AZAMBUJA, M. P. R. de; JAEGER, F. P. (Org.) **Violência, Gênero e Políticas Públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

GUARESCHI, N. M. de F.; MEDEIROS, P. F. de; BRUSCHI, M. E. Psicologia Social e Estudos Culturais: rompendo fronteiras na produção de conhecimento. In: GUARESCHI, N. M. de F.; BRUSCHI, M. E. (Orgs.) **Psicologia Social nos Estudos Culturais** – perspectivas e desafios para uma nova psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GUARESCHI, N. M. de F. et al. Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: STREY, M. N.; AZAMBUJA, M. P. R. de; JAEGER, F. P. (Org.) **Violência, Gênero e Políticas Públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

GUIMARÃES, F. L. et al. Famílias, adolescência e drogadição. In: OSORIO, L. C.; VALLE, M. E. P. do e col.. **Manual de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUIMARÃES, A. C. P. C. et al. Grupoterapia como modalidade de tratamento em ambulatório de saúde mental. In: **Anais [recurso eletrônico] /2º Simpósio Internacional de Educação**. Bauru, SP: USC, 2008. Disponível em: [http://www.usc.br/biblioteca/pdf/sie\\_2008\\_psic\\_arti\\_grupoterapia\\_como\\_modalidade\\_de\\_tratamento.pdf](http://www.usc.br/biblioteca/pdf/sie_2008_psic_arti_grupoterapia_como_modalidade_de_tratamento.pdf). Acesso em: 14 de jan. 2015.

IANNI, O. **Capitalismo, violência e terrorismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=sinopse\\_censode mog2010](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=sinopse_censode mog2010)>. Acesso em: 10 out. 2014.

JECKEL-NETO, E. A. Tornar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisitado. In: NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

KOLLER, S. H.; NARVAZ, M. G. Famílias, gêneros e violências: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: STREY, M. N.; AZAMBUJA, M. P. R. de; JAEGER, F. P. (Org.) **Violência, Gênero e Políticas Públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

LEME, L. E. G. A Gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M.. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

LINS, M. R. S. W.; SCARPARO, H. B. K. Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 28, n. 62, p. 261-271, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=3727&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

LOPES, E. S. de L. Resiliência. In: NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008.

LOURENÇO, L. M. et al. Crenças dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora em relação à violência doméstica contra idosos. **Estudos em Psicologia (Campinas)**. Campinas, v. 29, n. 3, p. 427-436, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2012000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2015.

LOVISOLO, H. Em defesa do modelo 'JUBESA' (juventude, beleza e saúde). In: BAGRICHEVSKY, M. et al. (Org.). **A saúde em debate na educação física**, Blumenau: Nova Letra, v. 2, 2006.

MACEDO, K. B. O desamparo do indivíduo na modernidade. **ECOS**. Niterói, RJ, v. 2, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/742/660>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

MARAGONI, J.; OLIVEIRA, M. C. S. L. de. Relacionamentos intergeracionais: avós e netos na família contemporânea. In: FALCÃO, D. V. da S. (Org.) **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**. Campinas, SP: Papyrus, 2010.

MARTINS, A. M. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, n. 115, p. 207-232, mar. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742002000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jun. 2016.

MARQUES, F. D.; SOUSA, L. Integridade familiar: especificidades em idosos pobres. **Paidéia (Ribeirão Preto)**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 52, p. 207-216, maio-ago., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2012000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2012000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2015

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014)>. Acesso em: 29 jan. 2015.

MATTOS, E. T. B. Famílias com idosos. In: OSORIO, L. C.; VALLE, M. E. P. do e col. **Manual de Terapia Familiar**. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J. P.; MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, M. J. P. et al. (Orgs.) **Produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

MEIRA, E. C.; GONÇALVES, L. H. T.; XAVIER, J. de O. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 6, n. 2, p. 171-80, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4148/2729>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

MERCADANTE, E. F. Velhice: uma questão complexa. In: CÔRTE, B.; MERCADANTE, E. F.; ARCURI, I. G. (Org.). **Velhice envelhecimento complex(idade)...** São Paulo: Vetor, 2005.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2015.

MICHELETTI, A. L. N. S. et al. Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs. **Psicólogo inFormação**. São Bernardo do Campo, SP, ano 15, n. 15, p. 51-68. jan./dez. 2011. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/3170>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

\_\_\_\_\_. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Cartilha da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2. ed. Brasília, DF: 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, C. F. R. Violência contra idosos: é possível prevenir. IN: BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v. 1, n. 3, p. 02-05, 2º sem./1996. Disponível em: <[http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/pesquisa\\_qualitativa\\_caracteristicas\\_usos\\_e\\_possibilidades.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_usos_e_possibilidades.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016

NOGUEIRA, C. F.; FREITAS, M. C. de; ALMEIDA; P. C. de. Violência Contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 543-554, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-9823201100030014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-9823201100030014)>. Acesso em: 29 jan. 2015.

OLIVEIRA, M. L. C.de et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 555-566, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300016)>. Acesso em: 29 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: Uma política de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Geneva: WHO/INPEA, 2002.

ORTH, P. S. A. **A Dependência Química e o Funcionamento Familiar à Luz do Pensamento Sistêmico**. 2005. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

OSORIO, L. C. **Como trabalhar com sistemas humanos: grupos, casais e famílias, empresas**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

\_\_\_\_\_. **Grupoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

\_\_\_\_\_. **Grupos teorias e práticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, terceira idade... In: BARROS, M. M. L. de. **Velhice ou terceira idade**. RJ: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PERRACINI, M. R. Gerontotecnologia. In: NERI, A. L. (Org.). **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J.; ALBUQUERQUE, P. P. de. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2013, online. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8610/6579>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

PORTO, I. Interação do idoso no microsistema familiar: a percepção dos familiares. IN: SANTANA, M. da G.. **Vivências junto a pessoa idosa**. Pelotas: Editora Universitária da UFPEL, 2008.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo de conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 491-501, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S1413-81232006000200026&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1413-81232006000200026&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

QUEIROZ, Z. P. V. de; LEMOS, N. de F. D.; RAMOS, L. R.. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2815-2824, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600019&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 22 maio 2014.

RAMOS, M. E.; OLTRAMARI, L. C. Atividade reflexiva com mulheres que sofreram violência doméstica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 30, n. 2, p. 418-427, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932010000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932010000200015&lng=en&nrm=iso)> 2010, 30 (2), 418-427. Acesso em: 29 jan. 2015

RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. de P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2729-2740, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 29 jan. 2015

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 18, n. 1, p. 95-106, abr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722002000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2015

RONDELLI, E. Imagens da violência e práticas discursivas. In: PEREIRA, C. A. M. (Org.). **Linguagens da violência**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

ROSSI, E.; KIRCH, J. A.; ALLGAYER, M. Grupo Terapêutico de Crianças – ampliando o espaço de intervenção In: **Psicologia social e políticas de existência: fronteiras e conflitos**. Anais de trabalhos completos do XV Encontro Nacional da Abrapso, 2009. Disponível em <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/507.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/507.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SÁ, A. A. Algumas considerações sobre a vítima e a vitimização. In: SÉGUIN, E. (Org.) **Vitimologia no terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

SALMAZO-SILVA, H. et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 15, n. 6, p. 97-116, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17289/12829>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

SCHULTHEISZ, T. S. de V.; APRILE, M. R.. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**. Londrina, PR, v. 5, n. 1, p. 36-48, 2013. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/22>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

SCHWANKE, C. H. A.; PEREIRA, A. M. V. B.; SCHNEIDER, R. H. Contextualizando a Geriatria e a Gerontologia no século 21. In: DALLEPIANE, L. B. (Org.) **Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva**. Ijuí, RS: ED. UNIJUÍ, 2009.

SENAD. **Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2002.

SILVA, G. L. **Da família sem pais à família sem paz – violência doméstica e uso de drogas**. Recife: Bagaço, 2006.

SILVEIRA, M. L. da. Família: conceito sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v. 2, n. 2, p. 58-64, jul./dez., 2000. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/4927/3751>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SOCORRO, T. de C.; DIAS, C. M. de S. B. O ciclo vital da família: percepções e vivências de mulheres idosas. In: FALCÃO, D. V. da S. (Org.) **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**. Campinas, SP: Papirus, 2010.

SOUZA, E. R. de; CORREIA, B. S. C. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2753-2762, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2015.

SOUZA, E. R. de; VALADARES, F. C. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2763-2774, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2016.

SOUZA, M. V. O. de. **Produção de sentidos quanto à dimensão moral da violência em jovens**. 2011. 178 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2011.

SOUZA, G. S. de et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface**. Botucatu, SP, v.18, n. 49, p. 389-402, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130241.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais In: SPINK, M. J. P. et al. (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual).

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas Discursivas e Produção de Sentido. In: SPINK, M. J. P. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, edição virtual, 2013.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de Sentido no Cotidiano. In: SPINK, M. J. P. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, edição virtual, 2013.

SPINK, M. J. P. A onipresença do câncer na vida das mulheres: entendendo os sentidos no fluxo da associação de ideias. In: SPINK, Mary J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003, p. 276-294.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42, dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822003000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2016.

TENÓRIO, I. de M.; PIMENTEL, M. **Prevenção à violência doméstica contra criança e adolescentes**. Disponível em: <<http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/ead/old/arquivos/tematica04/PREV%20A%20VIOL%20DOM%20CONTRA%20A%20CRIAN%C3%87A%20E%20O%20ADOLESCENTE%20-%20TURMA%2008%20-%20TEXTO%202.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

TOROSSIAN, S. D.; PAPINI, P. A. As Drogas e suas políticas: usos, excessos e reduções. In: CRUZ, L. R. da; RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. M. F. (Orgs.) **Interloquções entre a psicologia e a política nacional de assistência social**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013.

TOROSSIAN, S. D. Paixões químicas. **Sul21**. Porto Alegre, RS, de 24 de abril de 2012. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal/2012/04/paixoes-e-quimicas/>>. Acesso em: 20 maio 2016.

VILHENA, J. de; MAIA, M. V. C. M. Agressividade e violência: reflexões acerca do comportamento anti-social e sua inscrição na cultura contemporânea. **Revista Mal-estar e subjetividade**. Fortaleza, CE, v. II, n. 2, p. 27-58, set. 2002. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482002000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482002000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio. 2016.

VEIGA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. Atenção Psicossocial em Saúde Mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia (Natal)**. Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, agosto 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2004000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 maio 2016.

WANDERBROOKE, A. C. N. de S.; MORÉ, C. L. O. O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2513-2522, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. de 2015.

\_\_\_\_\_. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2095-2103, agosto 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jan. 2015.

WICHMANN, F. M. A.; COUTO, A. N.; TOGNON, G. F. Satisfação de idosos quanto ao convívio social e sua realidade familiar no Brasil e na Espanha. In: AREOSA, S. C. V. (Org.) **Envelhecimento humano** – realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

WITCZAK, I. V.; WITCZAK, M. V. C. Caminhos e descaminhos: uma reflexão sobre a violência contra o idoso praticada por familiares usuários de drogas. In: AREOSA, S. C. V. (Org.) **Terceira Idade na UNISC** – novos desafios de uma população que envelhece. Santa Cruz do Sul, RS: EDUNISC, 2010.

WITCZAK, M. V. C. **Através dos olhos, das mãos e da boca**: a ressignificação da vida após a aposentadoria por invalidez permanente decorrente do acidente do trabalho. 2009. 130 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2009.

ZIMERMAN, D.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

YALOM, I. de. **Psicoterapia de grupo teoria e prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Violência contra idosos e a possibilidade de ressignificação a partir de grupos terapêuticos

Pesquisador(es) responsável(is):

Orientador(a): Dra. Marinês Tambara Leite

Mestranda: Isabel Vargas Witczak

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de educação Física e Desportos

Telefone para contato: (51) 92942780 – (55) 9971-7184

Local da coleta de dados: CAPS AD III Santa Cruz do Sul-RS.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa, responder este questionário e autorizar a gravação da mesma é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: compreender o papel dos grupos terapêuticos para pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de drogas.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder um questionário, com perguntas formuladas que abordam a sua relação

com seu familiar usuário de drogas e questões relativas à violência familiar. A entrevista será gravada e após transcrita na íntegra.

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com). Endereço do Pesquisador responsável: Rua Floriano Peixoto, 776 – Centro – CEP: 98700-000 – Ijuí/RS. Tel. (55) 3332-1937 – (55) 9971-7184.

**Benefícios.** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, permitindo como benefício direto para você a possibilidade de acompanhamento em um espaço grupal terapêutico específico para a população idosa.

**Riscos.** Responder esta entrevista poderá ocasionar-lhe desconforto emocional e ou cansaço, em função do tema abordado. Nesse caso, e se você desejar, a entrevista será interrompido sem prejuízo de sua participação no grupo.

**Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Além disso, você e os demais sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Você tem a garantia e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem prejuízo da continuidade do acompanhamento e de poder continuar participando do grupo terapêutico.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com). Endereço do Pesquisador responsável: Rua Floriano Peixoto, 776 – Centro – CEP: 98700-000 – Ijuí/RS. Tel. (55) 3332-1937 – (55) 9971-7184

## APÊNDICE B – ROTEIRO DA PRIMEIRA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados pessoais:

1- Idade:

1.2- Sexo:

1.3- Escolaridade?

1.4- Renda familiar:

1.4.1- a (.....) Mantém o sustento de sua casa

b (.....) Contribui para o sustento da casa

c (.....) Não contribui para o sustento da casa

1.4.2- (em caso de respostas a e b)

Quantas pessoas dependem desse rendimento?

2- Qual(is) o(s) motivo(s) que o(a) trouxeram a procurar o CAPS?

Caso não especifique qual o familiar usuário de drogas será perguntada a questão 2.1 para esclarecimentos.

2.1- Em função de qual(is) familiar(es) você buscou o grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas no CAPS?

Caso não especifique a violência praticada por familiar usuário de drogas como motivo que o trouxe a procurar o CAPS, será perguntada a questão 2.2 para esclarecimentos.

2.2- Em algum momento o senhor(a) vivenciou alguma situação de violência praticada por esse(s) familiar(es) usuário de drogas? Poderia descrevê-la(s) para que eu entenda?

Para fins de esclarecimento, caso a resposta à pergunta anterior seja afirmativa de violência familiar, será feita a questão 2.3.

2.3- Em outras situações o senhor(a) vivenciou alguma situação de violência praticada por outro(s) familiar(es) usuários ou não usuário de drogas? Poderia descrevê-la(s) para que eu entenda?

- 3- Como foi o seu encaminhamento para o grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas do CAPS? Acolhimento, consultas com profissionais especializados (médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, técnico de enfermagem), entrevistas, outros grupos...
- 4- O que faz com que o(a) senhor(a) venha até o grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas no CAPS?
- 5- O que o grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas no CAPS significa (a importância) para o(a) senhor(a)?
- 6- O que o(a) senhor(a) identifica como vantagens na sua participação no grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas no CAPS?
- 7- O que o(a) senhor(a) identifica como desvantagens na sua participação no grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas no CAPS?
- 8- Como o senhor(a) resolvia estas questões antes de procurar o CAPS?
- 9- Procurou outros tipos de serviços para resolver estas questões (antes ou depois de começar a frequentar o CAPS)?
- 10- Possui apoio familiar para resolver estas questões?
- 11- Nas suas palavras, o que o senhor(a) entende por violência?
- 12- Na sua opinião, o uso de drogas pode ser fonte de violência? Como?

## **APÊNDICE C – ROTEIRO DA SEGUNDA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Dados pessoais:

2.2- Em algum momento o senhor(a) vivenciou alguma situação de violência praticada por esse(s) familiar(es) usuário de drogas? Poderia descrevê-la(s) para que eu entenda?

4- O que faz com que o(a) senhor(a) venha até o grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas no CAPS?

5- O que o grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas no CAPS significa (a importância) para o(a) senhor(a)?

6- O que o(a) senhor(a) identifica como vantagens na sua participação no grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas no CAPS?

7- O que o(a) senhor(a) identifica como desvantagens na sua participação no grupo terapêutico para apoio a familiares de usuários de drogas no CAPS?

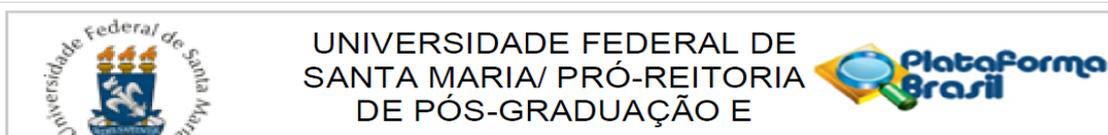
11- Nas suas palavras, o que o senhor(a) entende por violência?

12- Na sua opinião, o uso de drogas pode ser fonte de violência? Como?

13- Você notou diferença na sua vida pessoal e no convívio com seu familiar, após sua participação no grupo terapêutico?

## ANEXOS

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (CEP/UFSM)



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA IDOSOS

**Pesquisador:** MARINÊS TAMBARA LEITE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43173515.6.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.023.935

**Data da Relatoria:** 14/04/2015

**Apresentação do Projeto:**

O projeto se intitula "Violência familiar contra idosos e a possibilidade de ressignificação a partir de grupos terapêuticos" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

No resumo projeto consta o seguinte texto: "A violência familiar traz consigo a característica de ser realizada por alguém que se ama. As relações estabelecidas através dessa perspectiva descaracterizam os sujeitos e os submetem a uma lógica perversa: como amar alguém que me violenta? Este estudo tem por objetivo principal compreender o papel dos grupos terapêuticos para pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de drogas. E os objetivos secundários visam identificar como o idoso percebe a violência praticada por seu familiar; conhecer a efetividade dos processos terapêuticos grupais para idosos que sofrem violência praticada por seus familiares e que frequentam os grupos terapêuticos. Assim, este projeto de pesquisa busca investigar sobre as relações que se estabelecem entre pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de drogas e a possibilidade dos grupos terapêuticos. Este projeto alinha-se à área de conhecimento do Mestrado em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria, correlacionando conceitos e perspectivas sobre idosos, a violência, o uso de drogas e os processos terapêuticos grupais. Estreitar a relação entre os grupos terapêuticos e as políticas públicas de saúde específicas a esta população, constituiu-se na temática a ser

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

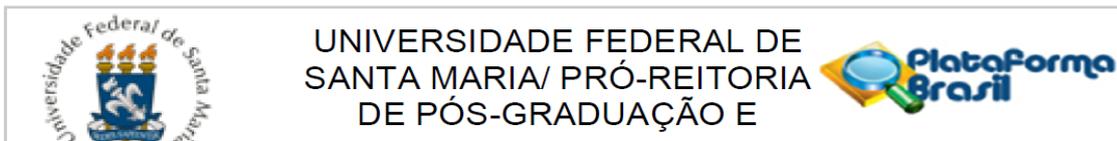
**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.023.935

pesquisada acima: investigar sobre as relações que se estabelecem entre pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de drogas e a possibilidade dos grupos terapêuticos. Tem-se por objetivo principal entender qual a importância dos grupos terapêuticos para pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de drogas. Serão sujeitos de pesquisa idosos (as) que sofreram violência familiar e que frequentam grupos terapêuticos. Tais grupos acontecem no CAPS I no município de Vera Cruz e CAPS A/D no município de Cruz Santa Cruz do Sul - RS e se destinam aos familiares de usuários de drogas, sendo acompanhados em sua frequência normal, durante o período mínimo de seis meses. A metodologia de pesquisa se baseia no Construcionismo Social."

Na p. 22 consta que se trata de "pesquisa de campo" que envolverá "quinze idosos que sofreram violência familiar e que frequentam grupos terapêuticos. Tais grupos acontecem nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios de Santa Cruz do Sul e Vera Cruz-RS e se destinam a familiares de usuários de drogas."

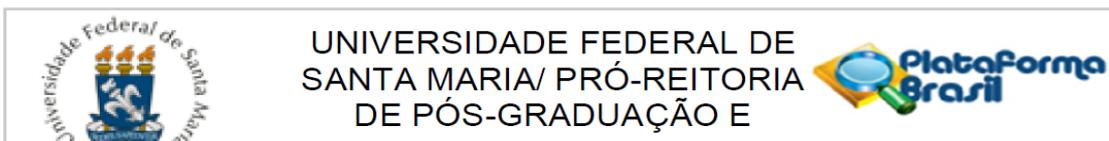
O O processo de coleta de dados acontecerá em três momentos: "1º- A entrevistadora fará uma visita inicial a um dos grupos de familiares, e realizará entrevista gravada com o auxílio de um formulário com questões abertas e fechadas (semiestruturado) com cada um dos idosos que frequenta o encontro grupal. Esta entrevista tem a finalidade de obter informações básicas relativas aos motivos que o levaram até ali e se foram vítimas de algum tipo de violência. Tal procedimento será realizado nas dependências da instituição, em formato de diálogo com os entrevistados e acontecerá após a obtenção do consentimento livre e esclarecido fornecido pelo entrevistado. 2º- Na sequência, uma vez identificados os idosos, vítimas de violência, estes terão acompanhamento por um período de seis meses no decorrer dos encontros grupais. Todas as atividades e produções realizadas junto ao grupo serão anotadas em um diário de campo, que também constituirá material de análise. 3º- Outra entrevista com os mesmos sujeitos para ver a sua percepção dos processos vivenciados no grupo e a relação com a sua problemática individual."

Consta do projeto, ainda, orçamento, cronograma e roteiro da entrevista.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

No resumo do projeto consta que o objetivo geral é "compreender o papel dos grupos terapêuticos para pessoas idosas que sofrem violência praticada por familiar usuário de drogas."

<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
<b>Bairro:</b> Camobi <b>CEP:</b> 97.105-970
<b>UF:</b> RS <b>Município:</b> SANTA MARIA
<b>Telefone:</b> (55)3220-9362 <b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.023.935

Como objetivos específicos estão relacionados:

"- identificar como o idoso percebe a violência praticada por seu familiar;

- conhecer a efetividade dos processos terapêuticos grupais para idosos que sofrem violência praticada por seus familiares e que frequentam os grupos terapêuticos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No projeto consta a seguinte descrição de riscos e benefícios:

"Vale destacar que a pesquisa não apresenta risco de natureza social, moral e cultural aos participantes. Contudo, a participação poderá representar um risco mínimo de ordem física ou psicológica para o entrevistado. Caso se efetive algum desses riscos, será respeitado o desejo do entrevistado em dar ou não continuidade à entrevista. Se ele pretender encerrá-la sua opinião será respeitada pela pesquisadora.

Os benefícios da pesquisa para os entrevistados serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de se constituir em subsídios para a implantação de serviços e políticas públicas específicas de controle de violência contra idosos."

Considerando-se as características do projeto, esta descrição pode ser considerada suficiente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

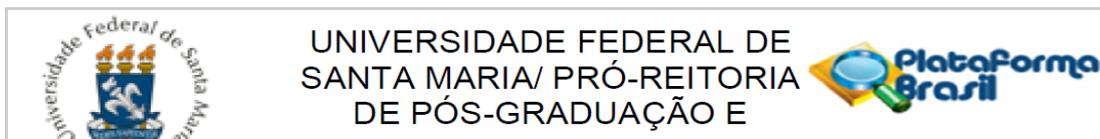
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados de modo suficiente.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.023.935

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 15 de Abril de 2015

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



MUNICÍPIO DE  
**SANTA CRUZ DO SUL**  
Secretaria Municipal de Saúde

Santa Cruz do Sul, 05 de março de 2015.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: “VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA IDOSOS E A POSSIBILIDADE DE RESSIGNIFICAÇÃO A PARTIR DE GRUPOS TERAPÊUTICOS”, desenvolvido por Isabel Vargas Witczak, mestranda em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria, sob a orientação da professora Marinês Tambara Leite, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas do município de Santa Cruz do Sul.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UFSM, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,

Marcos Vanderlei Nunes Santos  
Coordenador Técnico  
Enfermeiro - Coren 336033  
Caps AD III - Santa Cruz do Sul/RS

Assinatura e carimbo do responsável institucional