

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM IDOSOS: DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA DA SAÚDE

2012

Adriana Ridão Silva
Izaura A. R. Schmitt
Rosa Ferreira Almeida

Discentes de graduação em Psicologia da Faculdade Pitágoras de Londrina (Brasil)

Simone M. Oliani Renata Castelo Branco Araújo
Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Pitágoras de Londrina e
Psicóloga Ms. da área de Análise do Comportamento (Brasil)

Contato:

adrianaridao@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre o envelhecimento e uso de drogas psicoativas na terceira idade. As pesquisas sobre a dependência química entre os idosos em nossa sociedade tem se mostrado um fenômeno relativamente novo mais real. Muitos acabam se tornando dependentes por algumas variáveis associadas a fatores de risco como: pobreza, exclusão social, abuso de medicamentos, perdas de entes queridos, debilidades físicas e psicológicas, abandono familiar, solidão, esses fatores podem ser visualizados não somente sob perspectiva isolada, mas principalmente como acúmulo de fatores. Por fim, buscou-se verificar quais os fatores potenciais de proteção ao indivíduo frente às adversidades.

Palavras-chave: Dependência química, idosos, envelhecimento, fatores de risco, fatores de proteção, tratamento

A construção do significado da velhice é permeada por crenças, mitos, preconceitos, estereótipos que, nesta sociedade expressam-se por meio de representações depreciativas do fenômeno do envelhecimento e do sujeito que envelhece, definindo o seu lugar social de acordo com seus diferentes papéis (Zimmerman, 2000).

Para efeito legal, idoso é a denominação oficial de todos os indivíduos que tenham sessenta anos de idade ou mais. Esse é o critério adotado para fins de censo demográfico, utilizado também pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelas políticas sociais que focalizam o envelhecimento (Rodrigues et al, 2006).

Para o Brasil a expectativa de vida é de que em 2050 haverá mais idoso que crianças abaixo de 15 anos. Nosso país está passando por um fenômeno nunca visto antes e é claro que como todo país em desenvolvimento não está preparado para enfrentar as novas demandas emergentes. É fato que parte das dificuldades encontradas pelos idosos está mais relacionada a uma cultura que o desvaloriza e o limita. O objetivo do presente artigo é realizar uma reflexão acerca do aumento do número de idosos envolvidos com a dependência química (Ministério da Saúde, 2010).

O uso e abuso de substâncias entorpecentes é uma das questões que está emergindo entre os idosos. Embora os transtornos por uso de álcool e outras drogas seja a terceira condição psiquiátrica mais prevalente, só perdendo para os depressivos e a demência, poucos estudos clínicos e experimentais tem sido realizados, a isso se deve, em parte, aos preconceitos relacionados com a idade (Ministério da Saúde, 2010).

Atualmente não há dados estatísticos no país, confirmando o aumento significativo de idosos dependentes e hipóteses de variáveis que contribuíram para este fato. Estima-se que em 2020 teremos duas vezes mais o número atual de idosos com comportamento abusivo de consumo de drogas. Castro e et al (2010) destacaram que o fenômeno refere-se à geração entre os anos 1946 e 1964, período em que as taxas de consumo eram elevadas.

Há dois grupos de usuários: os de início precoce, são os que geralmente já se encontravam na condição de dependente químico antes de entrar na velhice e com histórico de tentativas de tratamentos anteriores; os de início tardio, que foram os que apresentaram a dependência após a velhice, sendo este grupo o foco principal do presente estudo (Castro, et al, 2010).

Primeiramente é importante fazermos uma breve reflexão histórica quanto ao uso de substâncias entorpecentes em nossa sociedade. O uso e abuso não é algo recente na humanidade pois sempre foram utilizados para diversas finalidades e rituais.

Os chineses usavam ópio há milênios, como os árabes usavam haxixe e os egípcios já conheciam o uso de bebidas alcoólicas. Na antiguidade, as drogas eram utilizadas como remédios, em rituais e eram oferecidas aos deuses (Neves, 2009).

É importante deixar claro que ainda hoje algumas sociedades aceitam o uso de tais

substâncias para a realização de rituais conforme já citados. Contudo o uso de drogas psicoativas passou a ser motivo de preocupação no processo de envelhecimento em algumas sociedades a partir do século XIX, despertando a realização de inúmeras pesquisas sobre a dependência e suas consequências.

No Brasil existem 21 milhões de idosos, cerca de 11% da população, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística-IBGE estima-se que 20% desta população tem envolvimento com o uso de substâncias entorpecentes.

Nosso foco no presente estudo é o envolvimento dos idosos com duas drogas de maior uso atualmente por este público, segundo as pesquisas: o álcool e o crack (Neves, 2009).

Analisou-se as possíveis variáveis do grupo de idosos que desenvolveram dependência das substâncias acima citadas em período tardio, isto é na velhice. Hipotetiza-se que este fenômeno esteja associado a perdas diversas e eventos estressores tais como: aposentadoria, morte de entes queridos, surgimento de debilidades físicas e psíquicas (Neves, 2009).

Haggerty, Sherrod, Gamezy & Rutter (2000). Pesce, Assis, Santos & Carvalhaes (2004) e Grünspun (2011), descrevem que há fatores de risco que podem levar alguém ao uso abusivo de substâncias químicas, da mesma forma, há estratégias que podem ser utilizada como fatores de proteção.

Os fatores de risco relacionam-se com uma ampla gama de variáveis de eventos que se configuram como obstáculo ao nível individual ou ambiental e facilita a vulnerabilidade do sujeito aumentando a probabilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, sociais e emocionais (Pesce, Assis, Santos & Carvalhaes, 2004).

Também considerou-se, os fatores de risco que representam eventos adversos e que se tornam obstáculos potencializados de efeito de um estressor. (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias, Carvalhaes, 2005).

O conceito de fator de risco estava associado inicialmente ao modelo biomédico, sendo frequentemente relacionado ao termo mortalidade. Um exemplo de fator de risco é a utilização do tabaco para doenças como câncer do pulmão (Haggerty, Sherrod, Gamezy & Rutter, 2000; Grünspun, 2011).

Somente a partir da década de 1980, que o termo foi associado aos estudos sobre desenvolvimento humano (Horowitz, 1992). Primeiramente, os estudos procuravam definir e identificar os fatores de risco ou as adversidades, a fim de avaliar sua influência no desenvolvimento das crianças, adolescentes e principalmente para organizar intervenções voltadas à redução de problema de comportamento nessa população. Entretanto os riscos podem atuar não só na infância ou na adolescência, mas em qualquer etapa do ciclo vital.

Os fatores de risco podem resultar em perturbações psicológicas, respostas mal-adaptativas e consequentes resultados para o desenvolvimento do indivíduo.

Diversos pesquisadores analisaram que algumas variáveis têm sido associadas a fatores de risco como, pobreza, exclusão social, baixo nível de escolaridade, abuso de medicamentos, aposentadoria, doenças, morte de entes queridos, debilidades físicas e psicológicas, sentimento de abandono, dificuldades nos relacionamentos sociais e afetivos, rupturas familiares, perdas significativas, violência física e psicológica, solidão, ageísmo, atitudes discriminatórias e preconceituosas.

A análise destes fatores pode ser visualizado não somente sob perspectiva isolada, porém principalmente por acúmulo de vários desses fatores complexos, sobretudo por avaliar que eles encontram-se entrelaçados, isto é, um fato pode estar influenciando ou desencadeando outro. Nessa perspectiva é importante destacar os fatores, variáveis ou mecanismo de risco não ocorrem de forma isolada e sim de forma multideterminada.

Neste contexto, risco ou adversidades são variáveis ambientais ou contextuais que aumentam a probabilidade de ocorrência de algum efeito indesejável no desenvolvimento (Cowan 1996, Pesce, 2004). Ou seja, os fatores de risco são aqueles que aumentam a probabilidade de um individuo apresentar comportamentos negativos e mal adaptados durante o seu desenvolvimento.

O fato de haver fatores com potencial capacidade para minorar eventuais efeitos negativos ou disfuncionais na presença do risco é um tema que instiga o interesse de pesquisadores das áreas da saúde mental e da psicopatologia. Por serem considerados capazes de proteger o individuo frente à adversidade, tais fatores são denominados como mediadores, protetores ou de proteção (Cowan 1996, Pesce, 2004).

Embora seja válida a identificação de potenciais fatores de proteção ao desenvolvimento e a qualidade de vida, Rutter (1987) adverte para a importância de se focarem os mecanismos e os processos protetores associados e não apenas o produto. Isso quer dizer que, ao invés de somente buscar tais variáveis é necessário compreender de que forma elas atuam na redução dos impactos da adversidade.

Esse autor argumenta que os fatores de proteção só atuam ou têm efeito na presença de um fator de risco. Populações que não estão expostas a potenciais de risco só acionam os fatores protetores na ativação de fatores de risco (Rutter, 1987).

Os mecanismos protetores reduzem também o impacto do risco através da alteração do significado ou do perigo de risco considerado pelo indivíduo. Da mesma forma, a redução ocorre pela alteração da exposição ou do envolvimento do individuo com o risco, pela redução das reações negativas decorrentes da exposição ao risco, pela manutenção de autoestima e auto eficiência e, ainda pela criação de oportunidades para reversão dos efeitos do estresse (Rutter, 1987). Da mesma forma, a redução ocorre pela alteração da exposição ou do envolvimento do individuo ao risco.

Três classes principais de fatores de proteção foram identificados por Mastem e Garmezy (1985). São elas 1) atributos disposicionais, como autoestima, 2) coesão familiar e ausência de conflitos, e 3) disponibilidade de redes de apoio social que encorajam o indivíduo a lidar com as adversidades efetivamente.

Martin Seligman (1998) discute acerca dos fatores de proteção da saúde. Dentre as variáveis positivas tem-se estudado recentemente, o otimismo, a espiritualidade, a criatividade e a imagem corporal, que são associados ao bem-estar e à qualidade de vida de pessoas doentes e não doentes e também os seus cuidadores (Silva e Alves 2007).

Algumas variáveis têm sido associadas a fatores de risco tais como a pobreza que é um problema sério, degradante e tema, exaustivamente, debatido pela humanidade. Lavinas (2003) aponta que a pobreza pode ser vista como a carência ou a privação de meios essenciais que garantam a sobrevivência de um indivíduo. Nesse caso, o indivíduo pobre é aquele que tem sua condição humana ameaçada pela insatisfação de suas necessidades básicas ou pela incapacidade de buscar meios que garantam sua satisfação. Contudo, numa abordagem social, Carneiro (2005) propôs para um quadro de pobreza seria a privação de capacidades e classifica como pobres aqueles indivíduos que carecem de recursos básicos para operarem no meio social, que necessitam de oportunidades para alcançar níveis minimamente aceitáveis de realizações.

A condição de pobreza é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento humano. Estudos evidenciam que as famílias que vivem em situação de exclusão social são vulneráveis a problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas (OMS 2001).

Uma família é considerada pobre quando a soma de seus rendimentos é insuficiente para suas necessidades básicas, alimentação, saúde, educação, moradia e transporte, entre outras necessidades fundamentais (Rezende e Tafner, 2005). No Brasil, tal questão é associada ao valor do salário mínimo, ou seja, são consideradas pobres aquelas famílias cuja renda mensal é inferior a meio salário mínimo por pessoa. Pobreza e exclusão social, são termos usados hoje quase como sinônimos, são excluídos socialmente todos aqueles que não têm condições econômicas de participação, seja na vida social como um todo, seja em algum de seus aspectos. (Rezende e Tafner, 2005).

A aposentadoria também é associada a fatores de risco, pois nesse período o idoso vivencia a perda de papéis sociais como autonomia, mortes de amigos e parentes, Saúde em declínio, isolamento social, restrições financeiras. Muitas vezes todas essas transformações que acompanha o processo de envelhecimento são somadas ao ageísmo termo utilizado pela primeira vez em 1969 por Robert Butler que o conceituou como meio de intolerância a idade (Falcão e Dias, 2006).

A velhice em algumas sociedades aparece como uma espécie de segredo vergonhoso do qual é “indecente falar” (Beauvoir, 1990) isso leva alguns idosos a sentir medo e preocupação em



relação à velhice, principalmente se esse idoso se encontra em condição financeira desfavorável, com recursos insuficientes, alguns nessas condições são relegados ao abandono. Em alguns casos, a velhice dos homens assemelha-se muitas vezes a dos bichos (Beauvoir, 1990). Será que estamos condenados ao abandono por causa do “sistema capitalista”?

O preconceito também é uma das violências disparadas ao idoso é a massificação de ideias pré-concebidas e estigmatizadas como alguém “chato”, “vovô”, “vovó”, “do cabelo branco”, “sorriso bondoso”, etc. São vários os comentários tais como: velho, velho tem que dar lugar para os jovens, não escutar o velho, velho não tem vida sexual entre outros. Esse tipo de pensamento leva a uma despersonalização do idoso, levando-o a uma condição de boneco sem vida própria. A massificação leva a um todo e quem é todo não é nada.

Em uma sociedade consumista como a nossa o velho tornou-se descartável, os relacionamentos afetivos duram cada vez menos, assim como os casamentos e os velhos são considerados ultrapassados, já tiveram a sua época e que agora já não serve mais, levando-o a um sentimento de perda de utilidade (Zimmerman, 2000). O resultado é a negação de oportunidades do velho ser útil a si mesmo e aos outros, de divertir-se, aproveitar a vida.

O envelhecimento traz uma série de mudanças psicológicas que podem levar a várias dificuldades como: adaptação a novos papéis, falta de motivação para planejar o futuro, de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; adaptação à mudanças, alterações psíquicas que exigem tratamento, baixa auto-imagem e autoestima (Zimmerman, 2000).

A discussão sobre o tema é bastante ampla Costa (2012) em recente entrevista relata que o número de idosos sofrendo de problemas com as drogas, cresce visivelmente e que os principais fatores que influenciam o aumento de casos de dependência química na terceira idade são: o isolamento social (viver sozinho, ou sem parceria), baixa condição social, grande quantidade de medicação e polifarmácia .E que as principais substâncias psicoativas usadas pelos idosos são: o álcool, a nicotina, maconha, cocaína, heroína, haxixe, crack, esta última, como sendo a mais consumida, nesta faixa etária.

A autora afirma que existem pesquisas apontando para o uso do crack na terceira idade. Isso torna-se muito preocupante, pois, há acentuadas consequências, com alterações fisiológicas, como por exemplo: o envelhecimento mais acelerado e uma maior incidência das inúmeras doenças crônicas comuns nessa idade (Costa, 2012).

Sobre o álcool, ela relata que ainda hoje é considerado uma droga lícita, identificam-se dois grupos de idosos que têm problemas com o álcool: os que tinham na vida adulta e mantiveram o seu padrão de uso após os 60 anos (dois terços do total), e aqueles que começaram o abuso já na terceira idade (um terço do total).

Costa (2012) também acrescenta que muitas vezes um idoso pode usar o álcool como automedicação, no sentido de aliviar dores físicas e emocionais. Em outras circunstâncias, beber

vem acompanhado da dependência do tabaco, o que piora sobremaneira, as condições de saúde física. E que idosos utilizam vários medicamentos de uso contínuo, dos 100 fármacos mais prescritos, mais da metade interage com o álcool.

Quanto ao consumo das drogas psicotrópicas, a religião vem sendo claramente identificada como um fator protetor ao uso de drogas, tanto no Brasil quanto no exterior. Um estudo empírico que comprova essa relação entre religião e drogas foi realizado na Irlanda onde o pesquisador observou 458 estudantes universitários daquele país e notou que os estudantes que tinham maior frequência em cultos religiosos tinham menor consumo de álcool (Parfrey, 1976).

Fenômeno semelhante foi relatado por Adlaf e Smart (1985) no Canadá. Em seus estudos foi verificado que a frequência com que os jovens participavam de cultos religiosos era um bom indicativo se eles estavam mais propensos ou não ao uso de drogas. O interessante é que não houve grande diferença entre as diferentes denominações religiosas no tocante ao número de pessoas com essa patologia, a questão não era a fé professada, mas sim professar uma fé.

A religiosidade é também um importante fator de proteção, para tanto é necessária a conceituação dos termos religiosidade e espiritualidade. Conforme proposto por Sullivan (1993), a espiritualidade é uma característica única e individual que pode ou não incluir a crença em um "Deus", sendo responsável pela ligação do *eu* com o universo e com os outros. Engloba a necessidade de busca do bem-estar, crescimento, além da percepção do significado do mundo e daquilo que realmente valeria à pena. A religiosidade, segundo Miller (1998), consistiria na crença e prática dos fundamentos propostos por uma religião.

Por intermédio dos fundamentos pregados, a religiosidade auxiliaria na construção da personalidade do indivíduo, inculcando-lhe valores morais que têm por fim o respeito e a preservação da vida, como já descrito por Miller (2000).

Quando se consideram os temas relativos à espiritualidade e à religiosidade no tratamento da dependência de drogas, nota-se nitidamente a preferência dos pesquisadores em estudar o papel dos grupos com base espiritual, mas não religiosa, como os alcoólicos anônimos (AA).

Masten e Garmezy (1985) identificaram outros fatores de proteção: autoestima e similares; coesão familiar, ausência de conflitos, condições do próprio indivíduo (expectativa de sucesso no futuro, senso de humor, otimismo, autonomia, tolerância ao sofrimento, assertividade, estabilidade emocional, engajamento nas atividades, comportamento direcionado para metas, habilidade para resolver problemas, avaliação das experiências como desafios e não como ameaças e nas redes de apoio (um ambiente tolerante aos conflitos, e reconhecimento e aceitação).

A OMS afirma que a pessoa com menor possibilidade de utilizar drogas seria aquela bem informada sobre os efeitos das drogas, com boa saúde, com qualidade de vida satisfatória, bem integrada na família e na sociedade e com difícil acesso às drogas. Embora esses conceitos

tenham sido elaborados visando o adolescente, cabe perfeitamente a qualquer outra faixa etária.

Segundo o relatório da OMS de 2001 considera que as drogas lícitas como álcool e tabaco, pelo seu impacto, em termos de mortalidade e incapacidade junto às populações, seja de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, continuarão como importantes fatores de risco nas projeções para as próximas décadas (2010 e 2020) (Desjarlais, Einsenberg, Good, Kleinman, 1977).

Mas o que pode ser criado ou até mesmo incentivado para que o idoso possa ser protegido deste contexto?

Passamos ao longo da nossa vida ocupando diversos papéis, muitas vezes simultaneamente, o que nos traz sentimentos de pertencimento a alguém, a algo, de ter importância. Há uma troca de afeto, carinho, ideias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas. Neste processo somos estimulados a pensar, fazer, dar, trocar, reformular, de aprender e de se atualizar (Zimerman, 2000).

Segundo Zimerman (2000), quando o indivíduo possui redes de apoio social é desencadeado aspectos como a estimulação física, mental e social. Consequentemente é exercitado a memória, os sentidos, ganha-se auto-confiança e auto-estima.

Dentro deste panorama geral o idoso sente-se em um ambiente que lhe garante aceitação e respeito, cooperando para que o mesmo seja encorajado a lidar com as perdas e adversidades (Zimerman, 2000).

De acordo com o autor cada indivíduo sofrerá perdas físicas e psíquicas ao longo da vida, de maneiras diferentes. E que cada um deve ser tratado de maneira individualizada respeitando seus limites, levando em conta suas possibilidades de aprender a se adequar a nova realidade. Através da compreensão e treinamentos adequados de quem está ao lado do idoso exercendo os cuidados, é possível que o mesmo venha a ter qualidade de vida, sendo capaz de utilizar todas as suas potencialidades, consequentemente alcançando uma vida mais feliz.

É preciso que o indivíduo deixe de ter preconceito com o seu atual momento, de se libertar de complexos que foram gerados por outras pessoas e que acabaram sendo introjetados por ele mesmo. Deve ser criada força para que este, venha a ter forças para lidar com as pressões sociais, pois pressões sempre existirá. Um exemplo claro deste preconceito que é introjetado é o fato de que se um jovem esquece o guarda-chuvas no banco, presume-se que ele se esqueceu; já se o idoso esqueceu o objeto é porque é esclerosado.

Se durante a nossa vida fazemos projeções para o futuro em cada etapa de nossas vidas como casar-se, ter uma profissão, filhos, quando envelhecemos a projeção do idoso é a morte. Mas ainda que este não venha a ter grandes projeções de futuro é de grande importância o estímulo para uma vida no presente de grande satisfação com a vida que leva agora e poder mostrar que pode e deve viver bem, deixando um legado como modelo de algo bom para o que vem pela frente para gerações futuras. Para isso os estímulos seriam: a família, os amigos, manter

as atividades, criar, ter lazer, querer mais e mais aprender (Zimerman, 2000).

Segundo Zimerman (1997), todo ser humano é gregário por natureza, existindo em função dos seus relacionamentos. Como diz Osório (1997), a interação entre os membros de um grupo é o fenômeno que centraliza a atividade de qualquer agrupamento humano. Os seres humanos nascem e pertencem a um primeiro grupo que é a família nuclear; depois, passam a estabelecer outros grupos, como o da escola, trabalho, círculo social, entre outros.

Desta forma, o grupo pode ser uma boa opção para desenvolver um novo estilo de vida que auxilie na proteção.

O fenômeno da pertença, chamado por Zimerman de vínculo do reconhecimento, é o quando cada indivíduo necessita, de forma vital, ser reconhecido pelos demais do grupo como alguém que, de fato, pertence ao grupo. E também alude à necessidade de que cada um reconheça o outro como alguém que tem o direito de ser diferente e emancipado dele (1997:39).

Nestes grupos, opera-se, ainda, a informação-reflexão, que tem como objetivo a conscientização dos idosos para a construção positiva do processo de envelhecer, objetivando a autonomia positiva. Para isso, é preciso estar em sintonia com o que Freire (1980) chama de Educação Libertadora. Esta visa libertar as pessoas dos preconceitos que enrijecem as atitudes e as crenças, acerca de si mesmo e do mundo.

Freire, pertinentemente, afirma: *“a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade, que a dê-s-vela para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante”* (1980:29).

Debert estuda esses novos espaços, que trabalham com a temática do envelhecimento na atualidade, denominando-os de “formas de gestão da velhice” (1999:30). São formas que procuram entender o diálogo entre as representações do envelhecimento e as práticas voltadas para um envelhecimento saudável ou bem-sucedido; formas estas, ocupadas pelos diversos programas voltados para a terceira idade, ou para o público idoso.

Neri define qualidade de vida na velhice, onde “envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento” (1993:13). Sadoum (1991) define a rede social de uma pessoa, como conjunto de relações humanas, com impacto duradouro na vida do indivíduo; como por exemplo, o grupo de outros significativos, aos quais os indivíduos se aproximam aos poucos, formando um sistema de apoio natural. A rede social opera, mobilizando recursos pessoais, e permite aos indivíduos, que necessitam ajuda, atenuarem a sua carga emocional e melhorarem sua capacidade de defesa (apud Arrosi, 1993). Desse modo, pode-se dizer, que o apoio se constitui em um pano de fundo, e a rede social atua mais como uma teia de relações sociais, que rodeiam o indivíduo, onde o apoio pode fluir ou não. Tendo em vista os conceitos de resiliência, tem sido uma estratégia para recuperar

incapacidades e reintroduzir idosos com incapacidade funcional em seus contextos, que contribuem para normalizar funções, adaptar incapacidades às novas realidades, resgatar habilidades e possibilitar reintegração social. Segundo Couto (2005), apoiado em Cowan, Cowan e Schulz, indivíduos resilientes são aqueles que, ao invés de evitarem o risco, demonstram boa adaptação diante dele, esse conceito também se refere à adaptação face ao perigo à capacidade de sair vencedor e renovado de uma prova que poderia ter sido traumática (Laranjeira, 2007).

CONCLUSÃO

A velhice desde sempre constitui desafios a todas as sociedades humanas, entretanto, não existem um modo certo de viver completamente a velhice, pois ela é um acontecimento complexo, e assim, sendo, exige diferentes olhares através da interdisciplinaridade, porque é necessário considerar e olhar o ser humano em sua totalidade e não fragmentada, só assim poderá planejar e gerenciar aspectos econômicos, sociais e culturais, não de idosos, mas de sujeitos e cidadãos com direitos e deveres, através de investimentos, ações e serviços específicos que refletirão na qualidade de vida.. Com isso, muitos países, cada vez mais entendem que o envelhecimento da população exigirá cada vez mais políticas públicas eficientes, que possam permitir que os idosos sejam vistos como seres humanos capazes de viverem e atuarem na sociedade, com também no seio da família.

REFERÊNCIAS

Adlaf, E.N.; Smart, R.G. - Drugs use and religious feelings, and behavior. *British Journal of Addiction* 90(2): 163-171, 1985.

Carneiro, Carla B.L. Concepções sobre pobreza e alguns desafios para a intervenção social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, V.84, p 66-90. 2005.

Castro, L.A.P.G.; Galduróz, J.C.F.; Figlie, N.B.; Laranjeira, R.; Bordin, S. 2010. Dependência química no idoso in autores. *Aconselhamento em dependência Química*. Cap. 30. 2ª edição – São Paulo: Roca, 2010. p. 490:493.

Costa, N., artigo intitulado a Epidemias Invisíveis: Droga na terceira idade, publicado em 19-01-2012 pelo <http://gazetaweb.globo.com/gazetadealagoas/noticia.php?c=195195>

Cowan, P. A, Cowan, P.C. & Schultz, M.S. (1996) Thinking about risk and resilience in families. Em E. M. Hetherington & E. a Bleachman (Orgs), *Stress, coping and resiliency in children and families*, (pp. 1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman, A In: *Oficina Sanitária Pan-americana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Salud mental em el mundo: problemas y prioridades em poblaciones de bajos ingresos; 1977*. p. 127-176.

Falcão, D. E Dias, C. *Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções psicológicas*. Volume II. São Paulo, 2006.

França, L. *Repensando Aposentadoria com Qualidade: Um manual para facilitadores de programas de educação para aposentadoria em comunidades*. Rio de Janeiro, CRDE UNATI UERJ, 2002.

Grünspun, H. (2011). Conceitos sobre resiliência. Disponível em <<http://www.cfm.org.br/revista/bio10v1/seccao4.1.htm>>. Acessado em 14/04/2012.

Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N. & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.

Horowitz, F. D. (1992). The concept of risk: A reevaluation. In Friedman, S. L., Sigman, M. D. (Eds.). *The psychological developmental of birthweight children*. (pp. 61-88). Norwood: Ablex.

Lavinas, L. Pobreza e exclusão: traduções regionais de duas categorias práticas. Revista econômica, São Paulo, v.4, n.1, p. 25-59, out.2003. Disponível em: <http://www.uff.br/revistaeconomica/v4n1/lavinas>. Acesso em 21/05/ 2012.

Masten, A.S. & gamezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. Em B. Lahey (Org.), Advances en clinical child psychology. (pp.1-52). New York: Plenum Press, 8.

Miller, I. , Davies, M., Greenwald, S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000.

Ministério da Saúde, 2010. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa: Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 19. 1ª edição – Brasília: MS. p.7.

Neves, M.R., 2009. A pessoa idosa com dependência química: impactos familiares. Acessado em 20/02/2012 do site <http://gerovida2009.blogspot.com/2009/04/pessoa-idosa-com-dependencia-quimica.html>.

OMS. Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2001.

Organização Mundial da Saúde, 2001. Acesso em 11/06/2012 site : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

Parfrey, P.S. - The effect of religious factors on intoxicant use. Scandinavian Journal of Social Medicine 4(3): 135-40, 1976.

Pesce, R.P., Assis, S. G., Santos, N. C. & Carvalhaes, R. (2004) Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. Psicologia: teoria e pesquisa, 20 (2), 135 – 143.

Pesce, R.P., Assis, S.G., Avanci J.Q., Santos, N.C., Malaquias, J.V., Carvalhaes, R. (2005) Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escola de resiliência. Cadernos de Saúde Pública, 21(2): 436-448.

Rezende, F., Tafner, P. Pobreza e exclusão social. In: Resende, F., Tafner, P., editores. Brasil: o estado de uma nação. Ed resumida. Rio de Janeiro; IPEA; 2005.

Rodrigues, L. S., Soares, G.A. 2006. Velho, idoso e Terceira idade na sociedade contemporânea. Revista Àgora, Vitória, n.4 pg. 2,3. Acessado em 06/04/2012 do site <http://www.pucgoias.edu.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Artigos%20e%20Cap%C>

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. Em J. Rolf, A. S.

Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Orgs.), Risk and protective factors in the development of psychopathology (pp. 181-214). New York: Cambridge University.

Senad, M.S. (2010). Relatório Brasileiro sobre drogas site <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf> Acessado em 21/02/2012.

Silva, A.I., Alves, V.P. (2007). Envelhecimento: Resiliencia e espiritualidade: Historia de vida de idosos: superando as adversidades sem perder o senso de integridade.

Skinner, B.F. & Vaughan, M. E. Viva Bem a Velhice. São Paulo: Summus, 1985,

Roca . São Paulo 2010 Segunda edição : Aconselhamento em dependência química .

Sullivan, W. P. It helps me to be a whole person: the role of spirituality among the mentally challenged. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993.

Zimerman, G.I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.p. 25,35,41,135.