



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**BEATRIZ FERREIRA MARTINS**

**IMPACTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL: ESTUDO EM FAMÍLIAS DE  
TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL**

**MARINGÁ  
2013**

**BEATRIZ FERREIRA MARTINS**

**IMPACTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL: ESTUDO EM FAMÍLIAS DE  
TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira.

**MARINGÁ  
2013**

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Martins, Beatriz Ferreira

M386i Impacto do uso abusivo de álcool : estudo em famílias de trabalhadores da construção civil / Beatriz Ferreira Martins. -- Maringá, 2013.

148 f.: il.

Orientadora: Prof.a Dr.a Magda Lúcia Félix de Oliveira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

1. Bebidas alcoólicas - Consumo - Trabalhadores da construção civil. 2. Saúde do trabalhador. 3. Relações familiares - Álcool - Usuário. 4. Enfermagem. I. Oliveira, Magda Lúcia Félix de, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 22.ed.610.73

**BEATRIZ FERREIRA MARTINS**

**IMPACTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL: ESTUDO EM FAMÍLIAS DE  
TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL**

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Lúcia Félix de Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato  
Universidade São Paulo(USP)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Doris Marli Petry Paulo da Silva  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

*A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.*

(Arthur Schopenhauer).

## DEDICO

*Aos meus pais, Rosângela e Nelson, que sempre me apoiaram nos momentos bons e ruins da minha vida e a cada queda me incentivaram a continuar a caminhada.*

*À minha irmã, Izabella, que sempre me aconselhou e não permitiu que eu desistisse.*

*Ao meu futuro marido, Marcel, que sempre me apoiou.*

*Ao meu cunhado, João Paulo, pelas palavras amigas.*

*À minha orientadora, Prof<sup>ta</sup> Magda, que me ajudou a amadurecer na minha vida profissional.*

*À minha amiga, Flávia Bornia, que sempre esteve presente com atenção e carinho.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pois sem Ele esse momento tão especial não seria possível. Obrigada meu Deus, pelas oportunidades e por ter ajudado a me tornar uma pessoa e uma profissional melhor.

A toda minha família, meu pai, Nelson Martins Garcia, minha mãe, Rosangela Salete Andrade Ferreira Martins, minha irmã, Izabella Ferreira Martins Militão, meu cunhado, João Paulo Cintra Militão, e meu sobrinho/afilhado, Heitor Martins Militão, que me incentivaram na minha formação acadêmica e me apoiaram nos momentos mais difíceis da minha jornada, sempre com paciência, amor, carinho e dedicação.

Ao meu futuro marido, Marcel Tucci, que, nos momentos de turbulência, com amor, carinho e paciência, sempre me apoiou nas decisões e deixou meus dias mais alegres.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Magda Lúcia Félix de Oliveira, pela oportunidade e disponibilidade em me orientar, com sua vasta experiência, sempre com dedicação, carinho, apoio, paciência e empenho para o meu amadurecimento profissional e pessoal.

Às Professoras Dr<sup>ª</sup> Doris Marli Petry Paulo da Silva e Dr<sup>ª</sup> Edilaine Gherardi Donato, por aceitarem fazer parte da banca examinadora e pelas excelentes contribuições ao meu trabalho.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pela formação qualificada, propiciando condições para que houvesse discernimento na minha trajetória pessoal e profissional.

À minha amiga, Lúcia Margarete dos Reis, pelo apoio, carinho e dedicação, principalmente pelo incentivo para o ingresso no Mestrado.

Aos meus amigos, Cinthia Lopes Barboza, Michele Silvino, William Campo Meschial, Anai Adario Hungaro, Cleiton José Santana, pela amizade e companheirismo nesta densa jornada.

Aos meus colegas de trabalho do Núcleo Integrado de Saúde Santa Alice, de Flórida, pelo apoio, em especial, à enfermeira Glauciane Castilho pelas trocas de plantões.

Aos profissionais do Centro de Controle de Intoxicações, Ana Carolina Manna Bellasalma, José Carlos Amador, Adaelson Alves Silva, Paula Nishiyama e Erivelto Goulart, que me apoiaram e contribuíram com os conhecimentos científicos indispensáveis

para este trabalho, e aos amigos “CCíticos”, com quem convivi durante três anos, trocando experiências, angústias e alegrias.

Às pessoas entrevistadas que disponibilizaram tempo para compartilhar a opinião sobre o tema, fornecendo os dados necessários para a esta Dissertação.



MARTINS, B. F. **Impacto do uso abusivo de álcool: estudo em famílias de trabalhadores da construção civil.** 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2013.

## RESUMO

O crescente consumo de drogas e seus efeitos nas famílias e na sociedade se tornaram um problema grave para a Saúde Pública, especialmente a saúde da família e do trabalhador. O estudo objetivou avaliar o impacto do uso abusivo de álcool em famílias de trabalhadores da construção civil. Do tipo exploratório - descritivo e de abordagem mista, foi realizado no município de Maringá-Paraná, com familiares de 11 trabalhadores da construção civil, com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica aguda ou crônica, cadastrados no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá, no período de janeiro a junho de 2013. A fonte de dados foi a Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso (OT/IA) e os instrumentos foram dois roteiros para a entrevista semi estruturada - Roteiro Trabalhador e Roteiro Família- duas escalas de classificação, a Escala do Risco Familiar e a Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares, e um diário de campo. A coleta de dados foi realizada por análise documental e entrevista domiciliar. As entrevistas foram gravadas e os dados analisados por meio de análise descritiva e análise de conteúdo temática. A análise dos resultados das escalas foi realizada pelo dimensionamento da porcentagem dos escores de respostas aos itens. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, parecer 207.377/2013. Todos os trabalhadores eram do sexo masculino, com média etária de 44 anos, baixa escolaridade e renda individual. A ocupação mais citada foi pedreiro. A média de familiares moradores na mesma residência foi cinco pessoas, a média de cômodos foi seis e quatro famílias tinham outro familiar etilista além do trabalhador. Dez familiares respondentes eram do sexo feminino, sendo oito companheiras dos trabalhadores, e faixa etária média de 42 anos; também, com baixa escolaridade e baixa renda individual. O impacto do uso abusivo de álcool nas famílias foi agrupado e discutido a partir de três unidades temáticas: *Relações familiares e o uso abusivo de álcool; O álcool destruindo os laços conjugais; Violência na família e reflexos na comunidade de convivência.* A estratificação do risco social das famílias apontou dez famílias com risco social e características como desemprego, baixas condições de saneamento, hipertensão arterial sistêmica e drogadição em um dos membros da família. Cinco famílias estavam sob risco social máximo, pois não tinham membro acamado ou com desnutrição grave. A análise da sobrecarga objetiva das famílias apontou transportar o trabalhador, preparar ou auxiliar e/ou preparar os alimentos, cuidar do dinheiro familiar ou lembrar o trabalhador sobre higiene pessoal. A sobrecarga subjetiva indicou elevada dificuldade dos familiares em realizar tarefas cotidianas para auxiliar os trabalhadores, seguida do acompanhamento ou lembrança das consultas médicas. Embora o estudo tenha sido realizado com uma população específica, tem intenção de suscitar a preocupação com a necessidade de suporte aos familiares dos trabalhadores usuários de álcool aos serviços de saúde e de assistência social, viabilizando medidas efetivas e específicas a serem aplicadas pelos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem.

**Palavras-chave:** Relações Familiares; Bebidas Alcoólicas; Saúde do Trabalhador; Enfermagem.

MARTINS,B.F. **Impact of alcohol abuse: a study of families of construction workers**  
148 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Magda  
Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2013.

## ABSTRACT

The increasing use of drugs and its effects on families and society have become a serious problem for public health, especially to family's and worker's health. The study's objective was to analyze the impact of alcohol abuse on families of construction workers. An exploratory - descriptive and mixed approach study was performed in Maringá - Paraná, with relatives of 11 construction workers with a diagnosis of acute or chronic alcohol intoxication and registered in the Poison Control Center at the Regional University Hospital of Maringa in the period of January to June 2013. The data source was the record of Toxicology Intoxication Occurrence and / or Other Drug Abuse (OT/IA) , and the instruments were two scripts for the semi-structured interview - Worker Screenplay and Family Screenplay-; two rating scales , Family Risk Scale and the Rating Scale of Family Overload, and a field journal. Data collection was performed by household interviews and documentary analysis. The interviews were recorded and analyzed using descriptive analysis and thematic content analysis. The scale results analysis was performed by sizing the scores percentage of responses to the items. The research project was submitted to the Ethics Committee on Research Involving Human Subjects at the State University of Maringa, opinion number 207.377/2013. All workers were male, average age 44 years old, low education and low individual income, and the most frequently cited occupation was bricklayer. The family resident average in the same household was five and the rooms average was six and four other families had another alcoholic family member beyond the worker. Ten respondents were female relatives, eight being the worker's wives, with average age of 42 years old; also with low education and low individual income. The impact of alcohol abuse in families was grouped and discussed from three thematic units: *Family relationships and alcohol abuse, Alcohol destroying the marital bond; Family violence and reflections on the living environment*. The stratification of families' social risk scored ten families in social risk and characteristics such as unemployment, low sanitation, hypertension and drug addiction in a family member. Five families were under maximum social risk as they didn't have bedbound or severely malnourished member. The analysis of the objective burden of families pointed transporting worker (100%) , the preparation or assist in preparing food (81,8%), taking care of family money (72,7%) or reminding the worker of personal hygiene (63,6%). The subjective burden of family members indicated a high difficulty in performing daily tasks to assist workers followed by monitoring or recollection of medical appointments (85,7%). Although the study was conducted with a specific population, it intends to bring support to the families with workers in alcohol use, often in a state of despair to health and social care services, and that effective and specific measures should be applied by health professionals, especially the nursing staff at all levels of care.

**Keywords:** Family Relations; Alcoholic Beverages; Occupational Health; Nursing

MARTINS,B.F. **Impacto del uso abusivo de alcohol: estudio en familias de trabajadores de la construcción civil.** 148 f. Disertación (Máster en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá. Orientadora: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2013.

## RESUMEN

El creciente consumo de drogas y sus efectos en las familias y en la sociedad se tornaron un problema grave para la Salud Pública, especialmente la salud de la familia y la salud del trabajador. El estudio del tipo exploratorio - descriptivo y de abordaje mixto tuvo el objetivo de evaluar el impacto del uso abusivo de alcohol en familias de trabajadores de la construcción civil. Fue realizado en el municipio de Maringá-Paraná, con familiares de 11 trabajadores de la construcción civil, con diagnóstico médico de intoxicación alcohólica aguda o crónica; y catastrados en el Centro de Control de Intoxicaciones del Hospital Universitario Regional de Maringá, de enero a junio de 2013. La fuente de datos fue la Ficha de Ocurrencia Toxicológica de Intoxicación Alcohólica y/u Otras Drogas de Abuso (OT/IA), y los instrumentos fueron dos guiones para la entrevista semiestructurada - Guión Trabajador y Guión Familia; dos escalas de clasificación, la Escala del Riesgo Familiar y la Escala de Evaluación de la Sobrecarga de los Familiares, y, un diario de campo. La recolección de datos fue realizada por análisis documental y entrevista domiciliaria. Las entrevistas fueron grabadas y los datos analizados por medio de análisis descriptivo y análisis de contenido temático. El proyecto de investigación fue sometido al Comité de Ética en Investigación involucrando Seres Humanos de la Universidad Estatal de Maringá, parecer 207.377/2013. Todos los trabajadores eran del sexo masculino, con promedio etario de 44 años, baja escolaridad y renta individual, y la ocupación más citada fue albañil. Diez familiares participantes eran del sexo femenino, siendo ocho compañeras de los trabajadores, y franja de edad media de 42 años; también con baja escolaridad y baja renta individual. El impacto del uso abusivo de alcohol en las familias fue agrupado y discutido a partir de tres unidades temáticas: *Relaciones familiares y el uso abusivo de alcohol; El alcohol destruyendo los lazos conyugales; Violencia en la familia y reflejos en la comunidad de convivencia.* La estratificación del riesgo social de las familias apuntó diez familias con riesgo social y características como desempleo, bajas condiciones de saneamiento, hipertensión arterial sistémica y drogadicción en uno de los miembros de la familia. Cinco familias estaban bajo el riesgo social máximo, pues no tenían miembro encamado o con desnutrición grave. El análisis de la sobrecarga objetiva de las familias señaló: transportar el trabajador, preparar o auxiliar y/o preparar los alimentos, cuidar del dinero familiar o recordar al trabajador de la higiene personal. La sobrecarga subjetiva indicó elevada dificultad de los familiares en realizar tareas cotidianas para auxiliar a los trabajadores, seguida del acompañamiento o recuerdo de las consultas médicas. Aunque el estudio haya sido realizado con una población específica, tiene intención de aproximar el soporte a los familiares de los trabajadores usuarios de alcohol a los servicios de salud y de asistencia social, y que medidas efectivas y específicas deban ser aplicadas por los profesionales de salud, principalmente del equipo de enfermería.

**Palabras clave:** Relaciones Familiares; Bebidas Alcohólicas; Salud del Trabajador; Enfermería.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo é resultado do projeto de Mestrado em Enfermagem, realizado na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Foi desenvolvido com famílias de trabalhadores da construção civil, no município da região Noroeste do Paraná, e teve como objetivo avaliar o impacto do uso abusivo de álcool nessas famílias.

As seções da dissertação estão estruturadas em seis partes: Introdução, Objetivos, Metodologia, Resultados, Considerações Finais e Implicações para enfermagem, e Referências bibliográficas.

De acordo com o modelo proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM, os resultados que compõem esta dissertação estão apresentados em três artigos científicos:

Artigo 1: **Uso de álcool por trabalhadores da construção civil: impacto nas famílias**, com o objetivo de analisar o impacto nas famílias dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool.

Artigo 2: **Vulnerabilidade social e classificação de risco de famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool**, com o objetivo de classificar o risco social de famílias dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool.

Artigo 3: **Sobrecarga de famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool**, que objetivou descrever a sobrecarga dos familiares dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST	Teste de detecção de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias
ABEAD	Associação dos Estudos do Álcool e outras Drogas
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CID – 10	Classificação Internacional de Doenças
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
ERF – CS	Escala de Risco Familiar de Coelho - Savassi
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBIS – BR	Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares
FIESP	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
HUM	Hospital Universitário Regional de Maringá
NHSDA	National Household Survey on Drug Abuse
OMS	Organização Mundial de Saúde
OT/IA	Ficha de ocorrência toxicológica/intoxicação alcoólica
PNAD	Política Nacional Anti-Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEM	Universidade Estadual de Maringá

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma da pesquisa.....	25
Quadro 1	Caracterização socioeconômica e demográfica do trabalhador.....	26
Quadro 2	Caracterização socioeconômica e demográfica do familiar entrevistado.....	27
<b>ARTIGO 1</b>		
Quadro 1	Nível de impacto na vida familiar dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool.....	43
Quadro 2	Nível de impacto na vida conjugal dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool.....	46
Quadro 3	Nível de impacto na comunidade e violência nas famílias dos trabalhadores usuários de álcool da construção civil.....	50
<b>ARTIGO 2</b>		
Quadro 1	Escore de pontuação de risco familiar.....	63
Quadro 2	Distribuição dos indicadores sentinela da ERF–CS em famílias dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool.....	67
Quadro 3	Classificação do risco social das famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool.....	69

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 3

Tabela 1	Resultados obtidos na escala objetiva da FBIS – BR, de acordo com as subescalas A, B e D da FBIS – BR.....	84
Tabela 2	Porcentagens de respostas dos familiares dos trabalhadores da construção civil às questões que avaliam a sobrecarga subjetiva, em cada item dos módulos A, B e D da FBIS – BR .....	85
Tabela 3	Resultados obtidos na escala subjetiva da FBIS – BR, de acordo com as subescalas A, B e D da FBIS – BR.....	87
Tabela 4	Porcentagens de respostas dos familiares dos trabalhadores da construção civil às questões que avaliam a sobrecarga subjetiva, em cada item dos módulos A, B e D da FBIS – BR .....	88

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1 Delimitação do problema e justificativa do estudo .....	16
1.2 Trabalho na construção civil e o uso abusivo de álcool .....	18
1.3 Abuso de álcool: repercussão nas relações familiares.....	20
1.4 Importância do estudo para enfermagem.....	21
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
2.1 Objetivo geral .....	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
3.1 Tipo de estudo .....	24
3.2 Local do estudo.....	25
3.3 População em estudo .....	25
3.4 Fonte e instrumentos de coleta de dados .....	29
3.5 Procedimentos de coleta de dados .....	33
3.6 Processamento e análise dos dados .....	35
3.7 Procedimentos éticos .....	36
<b>4 ARTIGO 1.....</b>	<b>37</b>
<b>5 ARTIGO 2.....</b>	<b>57</b>
<b>6 ARTIGO 3.....</b>	<b>76</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>98</b>
7.1 Implicações para enfermagem .....	100
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>131</b>



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O presente estudo tem como tema a análise do(s) impacto(s) do uso abusivo de álcool no âmbito familiar. A escolha da temática deu-se em função de interesse pessoal e profissional, em trabalho voluntário, como enfermeira, no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), durante o atendimento a pacientes com intoxicação por abuso de drogas no Ambulatório de Saúde do Trabalhador do CCI/HUM.

O consumo de drogas de abuso é considerado pelas organizações internacionais de saúde como um grave problema de saúde pública que afeta a população do mundo com problemas sociais, de saúde – acidentes, doenças, e mortes; com predomínio de dependentes químicos no sexo masculino. Esse consumo tem crescido entre os trabalhadores, ocasionando intercorrências indesejáveis no trabalho e na família (PEREIRA et al., 2013; VARGAS VILELA et al., 2010; OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

Na família, geralmente, ocorrem atos hostis do trabalhador, como agressões verbais e físicas, mentiras recorrentes, desfalque no orçamento da família que geram prejuízos econômicos, uma vez que uma grande quantia de dinheiro é gasta no consumo de drogas de abuso. No trabalho, podem ocorrer acidentes, imposição a tarefas menos interessantes, rebaixamento de função e o desemprego, levando a dificuldades econômicas familiares, ou findar em vivência de situação transitória ou permanente de rua, com exposição do trabalhador aos riscos da marginalidade e exclusão social (NAPPO; OLIVEIRA, 2010; LIMA, 2010; BALLANI; OLIVEIRA, 2007).

Em pesquisa sobre os acidentes de trabalho e mudanças ocorridas nas famílias, identificou-se que estes agravos não estão circunscritos apenas ao indivíduo acidentado, mas a toda sua família, sobretudo àquele familiar que assume a função de cuidador. As necessidades e as implicações relatadas pelos participantes da pesquisa revelaram o quanto esses trabalhadores necessitavam de atenção da sociedade e dos serviços de saúde,

principalmente logo após o acidente ou no momento da alta hospitalar, quando necessitam maior demanda de cuidado (GAVIOLI; ROSEGHINI; MARCON, 2011).

Em 2011, uma investigação realizada no CCI/HUM, com objetivo de caracterizar os trabalhadores atendidos com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica e/ou outras drogas de abuso, apontou que, para os 268 trabalhadores com ocupações definidas nas fichas de ocorrência toxicológica/intoxicação alcoólica (OT/IA), 28,3% apresentavam vínculo à construção civil, demonstrando a importância de estudos sobre uso de drogas de abuso neste ramo ocupacional (ROSA et al., 2013).

O presente estudo pretende, também, lançar um novo olhar sobre os resultados da dissertação de mestrado “Risco relacionado ao consumo de drogas de abuso entre trabalhadores da construção civil: avaliação pelo método do rastreamento”, que objetivou realizar o rastreamento do uso de drogas de abuso em trabalhadores da construção civil no município de Maringá, Paraná, utilizando o instrumento ASSIST (GAVIOLI, 2012). O autor entrevistou 446 trabalhadores, a maioria do sexo masculino, com idade média de 41,1 anos, casados e com filhos, e encontrou associação estatisticamente significativa entre níveis moderados e elevados de consumo de drogas e baixa remuneração, ausência de religião, estado civil solteiro e ausência de filhos. A prevalência do uso de álcool na vida desses trabalhadores foi de 91% de tabaco, 72,4% de maconha, 18,2%, e 6,7% de cocaína/*crack*. A prevalência de consumo atual de tabaco, álcool, maconha e cocaína foram comparáveis à população geral (GAVIOLI, 2012).

É importante conhecer o universo das famílias dos trabalhadores, pela análise das consequências do uso no seio familiar, como ferramenta para a construção de estratégias de prevenção e controle, com vistas a contribuir para a organização do segmento de enfermagem a esses trabalhadores no contexto familiar (OMS, 2004).

Acredita-se que a enfermagem, como grupo profissional voltado à promoção e educação em saúde, pode fazer a diferença para estas famílias, pois priorizar a prevenção do uso indevido de álcool e/ou drogas de abuso no trabalho é uma intervenção eficaz e de menor custo para a sociedade. Nesse contexto, a equipe de enfermagem, como parte da equipe de saúde, desenvolveria estratégias para reduzir os riscos relacionados à saúde do trabalhador (FONSECA, 2007).

## 1.2 TRABALHO NA CONSTRUÇÃO CIVIL E O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL

A Construção Civil é responsável por grande parte dos empregos das camadas pobres da população masculina e é considerada uma das áreas mais perigosas em todo o mundo, com alta incidência de acidentes de trabalho fatais. Os riscos do trabalho na construção civil estão relacionados a várias doenças, dentre elas se destacam os sintomas músculo-esqueléticos, as dermatites e as intoxicações por chumbo e asbestos (TAKAHASHI, 2012; SANTANA; OLIVEIRA, 2004).

As razões apontadas para a ocorrência destes problemas são os número elevados de cargas e riscos ocupacionais, como o trabalho em alturas significativas, o manejo de máquinas de grande porte e de equipamentos e ferramentas perfuro-cortantes, exposição a instalações elétricas, posturas anti-ergonômicas, como a elevação de objetos pesados, aliados a deficiências ou ausência do uso de equipamentos de proteção individual ou dificuldade em usá-los, e o estresse devido à transitoriedade e à alta rotatividade nos postos de trabalho (TAKAHASHI et al., 2012; SANTANA; OLIVEIRA, 2004).

Em virtude das condições desses trabalhadores, observa-se a possibilidade de se refugiarem no uso abusivo de drogas, expondo-se à ocorrência de acidentes e violências. Ademais, a principal droga de abuso utilizada, o álcool, é legalizada, de baixo custo, facilmente acessível às amplas camadas da população e seu uso está associado ao entretenimento devido à conotação diferente das demais drogas de abuso (GAVIOLI, 2012; SOUZA et al., 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a dependência do álcool, considerada substância de uso comum tanto na perspectiva da Saúde Pública como na Saúde do Trabalhador, é um dos problemas relacionados ao trabalho. No Brasil, a Associação dos Estudos do Álcool e outras Drogas – ABEAD estimou que o alcoolismo é o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho, sendo a causa mais frequente de acidentes de trabalho e aposentadoria precoce (FONSECA, 2007).

O alcoolismo refere-se a um modo crônico e continuado de usar bebidas alcoólicas, caracterizado pelo descontrole periódico da ingestão ou por um padrão de consumo de álcool com episódios frequentes de intoxicação, causando consequências adversas no comportamento do trabalhador em seu contexto social e familiar (BRASIL, 2013).

Estima-se que, aproximadamente, 70% dos alcoolistas estão em atividade laboral, sendo o consumo de álcool e/ ou outras drogas prevalentes neste meio: 10% dos trabalhadores são considerados bebedores de risco e 8% são bebedores abusivos e frequentes. Em se tratando de outras drogas de abuso, a prevalência do consumo é de 27% para a maconha, 7,5% para a cocaína, 2,7% para drogas sintéticas, 1% para os alucinógenos e a heroína menor que 0,1% (OCHOA MANGADO; MADOZ GURPIDE, 2008; TRUCCO BURROW et al., 1999).

Na tentativa de investigar a gravidade dos acidentes de trabalho na indústria da construção civil realizado na Espanha, os trabalhadores foram entrevistados, a fim de entender o motivo dos acidentes graves serem após a pausa para o almoço. Os entrevistados responderam ser a velocidade com que o trabalho é realizado seguido por atos inseguros por parte dos trabalhadores no local de trabalho, falta de treinamento e cansaço. No entanto, salientou-se a importância atribuída pelos trabalhadores ao consumo de álcool e abuso de drogas como causa de acidentes (LOPEZ et al., 2011).

A avaliação do uso de drogas no contexto de trabalho, desde o uso continuado sem acarretar consequências mais graves para o usuário até aquele que leva ao desenvolvimento de uma dependência propriamente, é classificada em dois modos: funcional e disfuncional. No primeiro, a droga é usada como uma “ferramenta” de trabalho, sem acarretar prejuízos para sua realização e, no segundo, ocorre uma mudança no padrão de consumo, afetando gravemente o desempenho profissional (LIMA, 2010).

Fontaine (2006) constata a escassez de referências ao trabalho quando se aborda o uso de drogas, o que a permitiu concluir que o alcoolismo e a dependência química são quase sempre considerados como problemas pessoais, sem ligação com os contextos nos quais estão inseridos. No entanto, o trabalho assume uma posição predominante nessa questão, uma vez que é nesse contexto que as pessoas passam boa parte de suas vidas.

Embora o alcoolismo implique consequências na vida laboral, as organizações não discutem com profundidade essa problemática, detectada pela falta de conscientização e resistência em focalizar o problema. Os trabalhadores têm pouco conhecimento acerca dos perigos provocados pelo uso abusivo de álcool no trabalho e é preciso investir em programas de prevenção de acidentes de trabalho causados pelo uso excessivo desta substância, levando em consideração o número cada vez maior de casos ocorridos. (FONSECA, 2007; MICHEL, 2000).

Neste contexto, há uma abertura de espaço para a atuação da enfermagem junto a esses trabalhadores, pois há necessidade de o enfermeiro visualizar o ambiente de trabalho como um todo, não somente estabelecendo o seu foco nos riscos ocupacionais clássicos, como os ruídos, mas também colocando o seu olhar sobre o trabalhador e as suas ações, o que possibilitará a diminuição do uso de drogas e o aumento da segurança e da saúde nas mais distintas realidades ocupacionais (GAVIOLI, 2012). Salienta-se que há necessidade de iniciar a sensibilização e as habilidades sociais na graduação do curso de Enfermagem.

### 1.3 ABUSO DE ÁLCOOL: REPERCUSSÃO NAS RELAÇÕES FAMILIARES

A família é compreendida como uma unidade primordial no âmbito da formação e desenvolvimento dos indivíduos que a compõe, transmitindo valores, regras, costumes, modelos e padrões de comportamento, inclusive hábitos nocivos à saúde. Como corresponde ao primeiro núcleo de aprendizado de muitos conhecimentos e crenças, compartilhados e imitados, é necessário olhar para esse agrupamento humano, no qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum (SILVA; TOMANIK, 2011; MORENO; VENTURA; BRETÃS, 2009).

A família implicada no desenvolvimento saudável ou não de seus membros, pois é compreendida como o elo entre as diversas esferas da sociedade. A relação familiar, a atitude e o comportamento dos pais e irmãos são modelos importantes para os indivíduos e, portanto, os familiares podem atuar como coautores ou protetores para o surgimento do abuso de drogas entre seus membros (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010; SCHENKER; MINAYO, 2005).

Os profissionais de saúde devem compreender a família como um grupo capaz de cuidar de seus membros, mas este cuidado pode estar prejudicado em determinadas situações, incluindo o uso de drogas de abuso pelo trabalhador, o qual geralmente traz o sustento aos familiares. Diante da magnitude desse problema, do reconhecimento de suas consequências na família e da importância da inclusão da família no processo de atenção, seria importante compreender e intervir nas condições de vulnerabilidade de famílias que vivenciam a experiência de alcoolismo (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010; NASCIMENTO et al., 2004).

A identificação dos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas no âmbito da família permite o conhecimento das características que facilitam ou dificultam o uso de substâncias psicoativas pelos indivíduos e contribui para o entendimento e para uma ação efetiva em relação às possibilidades de prevenção (DALGALARRONDO et al., 2005).

Em estudo com 11 familiares responsáveis por jovens internados em um centro de recuperação, identificou-se que as relações familiares e sociais, a estrutura familiar e a comunicação familiar estavam relacionadas à iniciação ao uso de drogas pelo jovem institucionalizado. O grupo estudado apresentava vários eventos desfavoráveis no ambiente familiar, que podem ter atuado como fator indutor ao uso de drogas de abuso. (BERNARDY; OLIVEIRA, 2012).

Em relação à família, o uso do álcool está associado às consequências negativas, tanto daquele que bebe quanto de seu companheiro e filhos, e os danos à família podem vir de diversas formas, pela saúde física e mental de seus membros, ou pela saúde financeira do lar (NAPPO; OLIVEIRA, 2010). Salienta-se o surgimento de violência no lar e os acidentes domésticos em decorrência do uso de álcool, o consumo de bebidas alcoólicas pode prejudicar a relação entre pais e filhos e entre cônjuges, prejudicando funcionamento da família como um todo (HAYATI et al., 2011; OMS, 2004).

De um modo geral, o uso de álcool está presente em um número significativo de casos de violência doméstica. Essa substância tem se mostrado um forte fator de risco para a violência marido-mulher. As evidências apontam para uma forte relação com o beber abusivo, seja ele usual ou ocasional (LOURENÇO; MONTEIRO, 2011; HAYATI et al., 2011).

#### 1.4 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO PARA ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem teve uma retomada histórica em relação ao cuidado à família a partir da década de 1980, pois, ao cuidar dos doentes, não considerava, geralmente, os anseios dos familiares. A partir de então, foi intensificada a participação da família na reabilitação do ente adoecido e nos cuidados com o mesmo. Assim, a enfermagem atingiu um círculo completo para que as famílias participassem do cuidado de saúde com maior efetividade, com a aproximação entre o doente e família realizada com

conhecimento detalhado, respeito e colaboração do que em qualquer época da história da enfermagem (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Nesta perspectiva, a família passou a ser objeto de interesse dos estudiosos, devido à sua grande capacidade de gerar tanto saúde quanto doença para seus membros. Dessa forma, considerando o uso do álcool como um problema social e de saúde, entende-se como necessário acolher e vincular os familiares dos trabalhadores usuários de álcool, na tentativa de aproximar aos moldes da assistência de enfermagem do ponto de vista holístico (PEREIRA et al., 2013; BUB et al., 1994).

É necessário um olhar mais atento para a temática do uso de drogas de abuso e sua relação com a prática e o cuidado de enfermagem, devido à necessidade de fortalecimento das práticas educativas para as famílias de trabalhadores usuários de drogas de abuso, viabilizando o acesso e o acolhimento e multiplicando as possibilidades de enfrentamento do problema. A enfermagem, enquanto profissão de ação educativa nos vários espaços da rede de cuidado e das práticas de saúde, contribui para a identificação de ambientes pedagógicos, inclusive junto a famílias (ACIOLI, 2008).

Para a enfermagem, cuidar do grupo familiar é mais amplo que aplicar-lhe uma série de condutas. Além disso, o processo de contextualização desse atores, de forma que a sua não identificação torna falha a estratégia de cuidados pautados nas reais necessidades da família. É importante conhecer os limites de cada família em particular, pois desse modo será possível programar uma assistência de qualidade e digna do conhecimento técnico, científico e humanístico do profissional de enfermagem (MARCON; ELSÉN, 1999).

O estudo em questão contribui para que nós, enfermeiros, (re) pensemos atitudes frente a essas famílias, assim como prestemos assistência ao usuário e ao conjunto familiar de forma menos preconceituosa e repressiva, a partir do apoio biopsicossocial e da busca de meios que possibilitem a recuperação do dependente químico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o impacto do uso abusivo de álcool em famílias de trabalhadores da construção civil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de trabalhadores da construção civil e suas famílias.

Analisar o impacto do uso do álcool para a família dos trabalhadores.

Classificar o risco social de familiares de trabalhadores da construção civil, usuários de álcool.

Descrever a sobrecarga dos familiares de trabalhadores da construção civil, usuários de álcool.



### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é transversal, de caráter descritivo e de abordagem mista, envolvendo famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool e/ou outras drogas. A investigação mista utiliza uma metodologia em que o pesquisador analisa e integra dados qualitativos e quantitativos em um único estudo (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007).

Estudos descritivos levantam características específicas de variáveis, aplicando dados com o intuito de justificar e avaliar determinadas condições e práticas. Sua utilização se relaciona com o levantamento de características peculiares de indivíduos, grupos ou instituições, ou ainda sobre a ocorrência ou frequência de determinado fenômeno (LOBRONDO-WOOD; HABER, 2001).

Os estudos transversais são estudos epidemiológicos em que se pode observar fator e efeito concomitantemente, por meio da análise de um momento único da condição de saúde de membros de uma população ou comunidade individualmente, e levantam indicadores globais de saúde do grupo em questão (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

As pesquisas quantitativas envolvem a quantificação, tanto na coleta quanto na compilação das informações, utilizam técnicas estatísticas, objetivam resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação e possibilitam maior margem de segurança (DIEHL, 2004; ROSENTAL; FRÉMONTIER-MURPHY, 2001).

As pesquisas qualitativas iniciam-se com objetivos exploratórios amplos que fornecem foco para o estudo, mas sem esvaziar aspectos da experiência que possam ser julgados importantes. É uma pesquisa indutiva e não dedutiva e os participantes são selecionados por suas experiências com relação ao fenômeno de interesse a ser estudado (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

No presente estudo, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade análise temática (MINAYO, 2010).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Maringá - Paraná, com casos originários do banco de dados do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM).

Maringá localiza-se na região Noroeste do Estado do Paraná. É a sede da 15ª Regional de Saúde e conta com uma população de 357.117 habitantes em uma área territorial de 486,433 km<sup>2</sup> (BRASIL, 2010).

A opção por acessar os sujeitos da pesquisa em um centro de assistência toxicológica se deu pelo fato da unidade ser referência macrorregional para as urgências toxicológicas, pois, em razão da carência de informações disponíveis sobre intoxicações, os registros dos centros de informação e assistência toxicológica brasileiros são sentinelas, captadores de problemas sociais. Desta forma, a sociedade e o sistema de saúde podem enxergar esses casos e encontrar formas adequadas para enfrentá-los (GANDOLFI; ANDRADE, 2006).

O CCI/HUM é um órgão de assessoria e consultoria, na área de urgências/emergências toxicológicas, atendendo solicitações telefônicas dos profissionais de saúde e da população leiga. Desde 1990, são coletados e armazenados dados de ocorrências toxicológicas, para posterior construção de ações de prevenção e controle, representando uma importante fonte para a avaliação da realidade dos acidentes toxicológicos na região Noroeste do Paraná, da qual a maioria dos casos é originária (SELEGHIM; LACHNER; OLIVEIRA et al., 2011).

### 3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Foi constituída por amostra intencional, composta por uma série de casos de 11 familiares de trabalhadores da construção civil, atendidos em unidades de urgência, com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica aguda ou crônica, e cadastrados no CCI/HUM no período de janeiro a junho de 2013.

Foram selecionados para o estudo os trabalhadores que atendiam aos seguintes critérios: atividade na construção civil no dia da ocorrência toxicológica; idade superior ou igual a 18 anos, independente do sexo; residente no município de Maringá; com referência familiar, ou seja, trabalhadores que residiam com um familiar; e alta hospitalar como desfecho do evento clínico. Respeitando a autonomia familiar, foi eleito entre seus membros um respondente para participar do estudo e o critério para a escolha do familiar a ser entrevistado seguiu a disponibilidade e prontidão da pessoa de contato.

O município de Maringá foi utilizado como critério de inclusão, pois, além de atender a uma população com risco potencial para o uso de drogas de abuso, é de conveniência da pesquisadora e melhor supre as dificuldades inerentes da visita domiciliar (MARINGÁ, 2011).

No período estabelecido para o presente estudo, foram registrados 108 casos de intoxicação alcoólica (IA), aguda ou crônica, em trabalhadores no CCI/HUM. Destes, 42 exerciam atividade na construção civil (Figura 1):

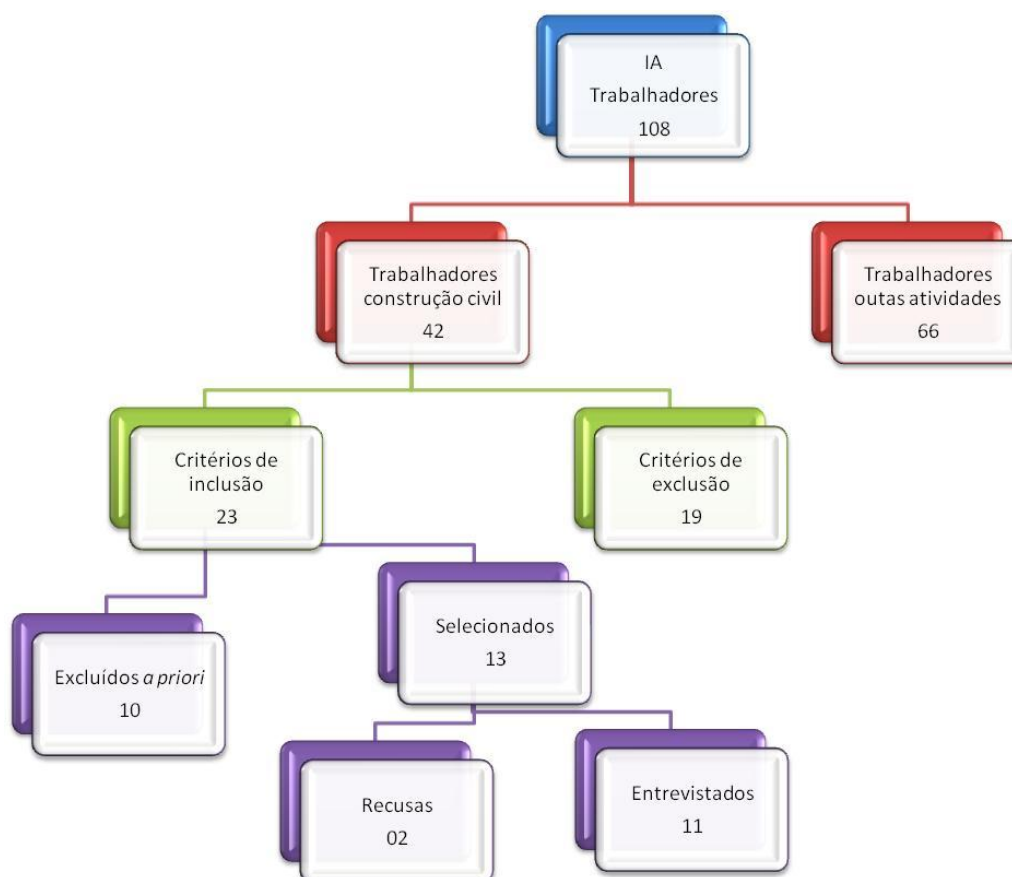


Figura 1. Fluxograma da pesquisa. CCI/HUM. Maringá, janeiro a junho, 2013.

A partir dos critérios de inclusão do estudo, inicialmente, foram selecionados 23 trabalhadores da construção civil. Foram excluídos 14 trabalhadores que não residiam em Maringá, quatro que não informavam referência familiar e um óbito. De acordo com os registros da ficha OT/IA, o trabalhador foi a óbito após dois dias de internação, com diagnóstico de intoxicação alcoólica crônica e queda da própria altura. (Figura 1)

Dentre os trabalhadores selecionados, foram excluídos *a priori* oito com endereço informado incorretamente na OT/IA, um que estava internado em clínica de recuperação e outro estava em reclusão no sistema prisional no momento da entrevista. Ressalte-se que o escopo do estudo poderia ser atingido apenas se o referente familiar participasse da rotina do trabalhador.

Ocorreram duas recusas. Em um dos casos, o telefone de contato registrado na ficha OT/IA era do próprio trabalhador e ele não informou contato de um familiar; e em outro, foi realizado contato com o número telefônico disponível nos registros e era de um familiar que residia em endereço distinto ao do trabalhador.

Onze trabalhadores foram incluídos no estudo. O quadro 1 apresenta características desses trabalhadores nos aspectos de sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, ocupação no dia da intoxicação e atual, e renda em salários mínimos.

Foram entrevistados 11 familiares, identificados pelas iniciais e descritos em ordem numérica, de acordo com a sequência em que foram realizadas as entrevistas. O quadro 2 apresenta a caracterização socioeconômica e demográfica do respondente familiar, enfocando o sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, grau de parentesco com o trabalhador, ocupação e renda em salários mínimos.

Quadro 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica do trabalhador. CCI/HUM, janeiro a junho, 2013

Caso	S	Id	Estado civil	Nº Filhos	Escolaridade	Religião	Ocupação <sup>1</sup>	Ocupação atual	R
1	M	26	União estável	01	Ens med Compl	Católica/ Não praticante	Servente de pedreiro	Servente de pedreiro	< 3
2	M	44	Casado	02	Ens fund incompl	Católica/ Não praticante	Pedreiro	Pedreiro	< 3
3	M	48	Casado	02	Ens fund incompl	Católica/ Não praticante	Marceneiro	Aposentado	< 3
4	M	67	Casado	04	Analfabeto	Católica/ Praticante	Mestre de obras	Mestre de Obras	< 3
5	M	51	Divorciado	02	Ens fund incompl	Católica/ Não praticante	Pedreiro	Catador de recicláveis	< 3
6	M	40	Casado	03	Ens fund incompl	Católica/ praticante	Pintor	Desempregado	Sem
7	M	52	Casado	02	Ens fund incompl	Católica/ Não praticante	Pintor	Pintor	< 3
8	M	53	Casado	04	Ens fund incompl	Evangélica/Não praticante	Servente de pedreiro	Desempregado	Sem
9	M	23	Solteiro	01	Ens fund incompl	Nenhuma	Servente de pedreiro	Servente de pedreiro	<3
10	M	39	Casado	01	Ens fund incompl	Católica/ praticante	Pedreiro	Pedreiro	3-6
11	M	39	União estável	03	Ens fund incompl	Católica/ praticante	Pedreiro	Pedreiro	< 3

Legenda: S = sexo; id = idade; nº = número; 1 = ocupação no dia da intoxicação e R = renda em salários mínimos.

Quadro 2 - Caracterização socioeconômica e demográfica do familiar entrevistado. CCI/HUM, janeiro a junho, 2013

N	RF	S	Id	Estado civil	Escolaridade	Religião	Grau de parentesco	Ocupação	R
1	LMSS	F	26	União estável	Ens. med. compl.	Católica/não praticante	Convivente	Do lar	Sem renda
2	OVL R	F	44	Casada	Ens. fund. compl.	Católica/ praticante	Esposa	Zeladora	< 3
3	DM	F	45	Casada	Ens. med. compl.	Católica/ praticante	Esposa	Do lar	Sem renda
4	IVAT	F	42	Casada	Ens. med. compl.	Católica/ praticante	Filha	Costureira	< 3
5	JB	M	52	Divorciada	Ens. fund. incompl.	Católica/ praticante	Irmão	Afastado	< 3
6	VR	F	47	Casada	Ens. fund. incompl.	Católica/ praticante	Esposa	Do lar	Sem renda
7	IAS	F	50	Casada	Ens. fund. incompl.	Evangélica/ praticante	Esposa	Do lar	Sem renda
8	MMS	F	55	Casada	Ens. fund. incompl.	Evangélica/ praticante	Esposa	Diarista	< 3
9	VLBM	F	42	Solteira	Ens. fund. incompl.	Evangélica/ praticante	Mãe	Auxiliar de serv gerais	< 3
10	SS	F	30	Solteira	Ens. fund. incompl.	Católica/ praticante	Cunhada	Trabalha em boate	< 3
11	BBB	F	29	União estável	Ens. fund. incompl.	Católica/ praticante	Convivente	Diarista	< 3

Legenda: S = sexo; id = idade; nº = número e mín = mínimo; R = renda em salários mínimos.

A descrição dos casos estudados, elaborada a partir dos instrumentos de pesquisa, incluindo o diário de campo, estão apresentados no Apêndice 1.

### 3.4 FONTE E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A fonte de dados foi a Ficha de Ocorrência Toxicológica/Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso (OT/IA) do CCI/HUM e os instrumentos foram roteiros para entrevista semiestruturada - Roteiro Trabalhador e Roteiro Família -; a Escala do Risco Familiar (COELHO; SAVASSI, 2004); a Escala de Avaliação da Sobrecarga Familiar (TESSLER; GAMACHE, 1996); e um diário de campo (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

A ficha OT/IA é o instrumento de registro de todos os casos de intoxicação alcoólica e/ou outras drogas de abuso no CCI/HUM e fornece dados referentes ao paciente e ao acidente toxicológico, objetivando facilitar o acompanhamento dos casos notificados, a implementação de medidas de prevenção e a vigilância epidemiológica dos eventos. Seu preenchimento é responsabilidade de estagiários e profissionais que atuam no Serviço. (Anexo 1)

Das fichas OT/IA foram compilados dados relativos à idade, ao sexo, ao tipo de intoxicação, ao agente, ao histórico da intoxicação e à evolução do caso. A variável tipo de intoxicação foi subdividida em aguda - intoxicação foi única ou múltipla num período de tempo não superior a 24 horas; e crônica - quando o evento se repete durante um longo período de tempo (meses anos ou toda a vida) (TURINI; FOOK, 2007).

Para a variável relacionada ao tipo de agente, foram incluídas as intoxicações que envolveram o álcool, isolado ou combinado, e outras drogas de abuso, como *crack*, cocaína, maconha ou drogas não especificadas. O histórico da intoxicação implica nos motivos para necessidade de cuidados hospitalares e condições clínicas de admissão do trabalhador na unidade hospitalar. Para a evolução, forma como o paciente deixou de ser considerado internado, foram incluídos os pacientes que receberam alta hospitalar.

O Roteiro Trabalhador foi constituído por duas partes: caracterização do trabalhador e dados da ocorrência toxicológica. A primeira parte foi destinada aos dados socioeconômicos e demográficos para caracterizar o trabalhador, com questões sobre idade, sexo - masculino e feminino; zona de residência - urbana ou rural; estado civil -

organizado em solteiro, casado, união estável, divorciado ou viúvo; número de filhos; escolaridade - analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo; religião - se praticante ou não; ocupação profissional no dia da intoxicação e se encontrava-se empregado ou não no dia da entrevista e qual ocupação; renda do trabalhador – sem renda, inferior a três salários mínimos, de três a seis salários mínimos e superior a seis salários mínimos. A segunda compreendeu informações sobre tempo de uso e circunstância da intoxicação - uso crônico ou uso agudo do álcool, histórico da ocorrência toxicológica e desfecho clínico; forma como o paciente deixou de ser considerado internado - alta hospitalar, transferência ou óbito. (Apêndice 2)

O Roteiro Família foi constituído por três partes: caracterização da família, caracterização da familiar respondente e questões norteadoras. A primeira parte compreendeu dados socioeconômicos e demográficos da família, com questões sobre número de moradores na mesma residência; renda familiar mensal – sem renda, inferior a três salários mínimos, de três a seis salários mínimos e superior a seis salários mínimos; tipo de assistência à saúde na família- SUS, Unimed, PAM, Prever ou outros; tipo de lazer que os membros da família realizam juntos - almoço familiar, festas/bailes, confraternizações com vizinhos, shopping ou outros; uso de álcool por outro membro da família; existência de alguma patologia crônica nos membros da família - diabetes, hipertensão arterial, transtorno mental, epilepsia, problemas renais/urinários, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças gastrointestinais ou outras. (Apêndice 3)

A segunda parte foi destinada aos dados socioeconômicos e demográficos, visando a caracterizar o familiar respondente, com questões: idade, sexo - masculino e feminino; estado civil - organizado em solteiro, casado, divorciado, amasiado ou viúvo; escolaridade – analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo; religião e se praticante ou não; grau de parentesco com o trabalhador em estudo, ocupação profissional; renda do respondente - sem renda, inferior a três salários mínimos, de três a seis salários mínimos e superior a seis salários mínimos.

A terceira parte foi composta de cinco questões norteadoras e perguntas de amparo, a fim de compreender o impacto do uso do álcool em trabalhadores da construção civil nas suas famílias: *1. Como seu familiar Sr\_\_\_\_\_ iniciou o uso do álcool? Ele faz uso de outro tipo de droga de abuso? 2. Atualmente o Sr\_\_\_\_\_ ainda ingere bebida alcoólica?Se*

*não, qual motivo o fez parar? 3. Comente sobre o significado do uso de álcool do Sr \_\_\_\_\_ significa para a família? O que vocês “falam” sobre o assunto com ele? 4. Comente sobre o que o internamento do Sr \_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_\_ produziu em seu meio familiar? 5. Comente sobre o uso do álcool e o trabalho do Sr \_\_\_\_\_? Ele já sofreu acidente de trabalho alcoolizado? (Apêndice 3)*

Foram utilizadas duas escalas de classificação, a escala do Risco Familiar (COELHO; SAVASSI, 2004), para estratificar o risco social e de saúde da família, e a Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (TESSLER; GAMACHE, 1996), a qual visa a avaliar a sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes com sofrimento psíquico.

A Escala do Risco Familiar é um instrumento que vem sendo utilizado por equipes da estratégia saúde da família (ESF), que estratifica itens observados, classificando sua situação de risco com base em dados que já são colhidos pelos agentes comunitários de saúde. Oferece subsídios para a equipe destinar tempo e metodologias de intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território. Com base nos critérios de riscos identificados, classifica as famílias em Risco 1 ou leve, Risco 2 ou moderado e Risco 3 ou grave. A escala auxilia na compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas pelas famílias (COELHO; SAVASSI, 2004). (Anexo 2)

A Escala de Avaliação da Sobrecarga dos familiares, denominada “Escala FBIS – BR” foi traduzida e adaptada para o Brasil por Bandeira, Calzavara e Varella (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005), tendo seguido os procedimentos recomendados pela literatura internacional para a adaptação transcultural de instrumentos de medida (GUILLEMIN; BOMBARDIER.; BEATON, 1993; JORGE, 2000; VALLERAND, 1989), incluindo tradução e retradução, análise por uma comissão de especialistas e estudo-piloto com a população-alvo. Avalia cinco dimensões da sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos. As dimensões avaliadas são: a) assistência na vida cotidiana do paciente; b) supervisão aos comportamentos problemáticos do paciente; c) gastos financeiros do familiar com o paciente; d) impacto nas rotinas diárias da família; e e) preocupações do familiar com o paciente. As questões da escala se referem aos últimos 30 dias. A escala avalia as sobrecargas objetiva e subjetiva (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008).



A sobrecarga objetiva é avaliada por meio da frequência de assistência e supervisões do familiar no cuidado cotidiano com o paciente e a frequência de alterações na rotina de sua vida, com as seguintes alternativas de resposta: 1 = nenhuma vez, 2 = menos que uma vez por semana, 3 = uma ou duas vezes por semana, 4 = de três a seis vezes por semana e 5 = todos os dias. A sobrecarga subjetiva é avaliada por meio do grau de incômodo sentido pelo familiar ao exercer o papel de cuidador e das suas preocupações com o paciente. Para a avaliação do grau de incômodo, as opções de resposta são: 1 = nem um pouco, 2 = muito pouco, 3 = um pouco e 4 = muito. Para a avaliação das preocupações, as alternativas de resposta são: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre ou quase sempre (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008). (Anexo 3).

A primeira dimensão da escala (Subescala A) avalia as sobrecargas objetivas e subjetivas, por meio, respectivamente, de nove questões que avaliam a frequência da assistência prestada pelo familiar ao paciente e de nove questões que avaliam o grau de incômodo sentido ao prestar essa assistência. A segunda dimensão (Subescala B) também avalia as sobrecargas objetivas e subjetivas, por meio, respectivamente, de oito questões que avaliam a frequência com que o familiar precisou supervisionar os comportamentos problemáticos do paciente e de oito questões que avaliam grau de incômodo sentido pelo familiar ao lidar com esses comportamentos (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008). (Anexo 3).

A terceira dimensão (Subescala C) avalia a sobrecarga financeira e é composta por cinco questões, que não entram no cálculo dos escores de sobrecarga, embora forneçam informações adicionais. A primeira questão dicotômica avalia se o familiar cobriu alguma despesa do paciente sem receber o dinheiro gasto de volta. A segunda questão avalia os gastos que o paciente teve com 14 itens de despesas, tais como transporte, alimentação, medicamentos, moradia, plano de saúde, entre outras. A terceira e a quarta questões são abertas e avaliam a contribuição do paciente para cobrir suas próprias despesas e a quantia gasta pela família com as despesas do paciente. A última questão avalia a frequência com que o familiar sentiu pesados os gastos com o paciente para o orçamento familiar (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008). (Anexo 3).

A quarta dimensão (Subescala D) avalia a sobrecarga objetiva, por meio de quatro questões que avaliam o impacto do papel do cuidador na vida do familiar, em termos da frequência das alterações ocorridas na rotina familiar nos últimos 30 dias. Além disso, uma

quinta questão, que não entra no cálculo dos escores desta subescala, avalia, de forma global, em que grau o cuidador teve mudanças permanentes na sua vida social e ocupacional. Uma última questão avalia quais foram essas mudanças ocorridas em seis aspectos da vida do cuidador. A quinta dimensão da escala (Subescala E) é constituída por sete questões que avaliam a sobrecarga subjetiva do cuidador, em termos da frequência das suas preocupações com o paciente (BANDEIRA; CALZAVARA;VARELLA, 2005). (Anexo 3)

O modelo de diário de campo utilizado no estudo foi adaptado de Bogdan e Biklen (1994). Segundo esses autores, é um instrumento de registro de dados do pesquisador, que permite “[...] o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da coleta de dados” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 150). (Apêndice 4).

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a julho de 2013 em duas fases distintas: análise documental e entrevista domiciliar. Na fase de análise documental, foram obtidas informações factuais nos documentos, a partir de questões de interesse referente ao evento e à população pesquisada.

Para a definição dos sujeitos, foram separadas, inicialmente, todas as fichas OT/IA do período estudado, com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica crônica ou aguda do CCI/HUM, e coletados dados de identificação do trabalhador e ocorrência toxicológica. Em seguida, foram compilados das fichas OT/IA os dados de identificação do trabalhador, o endereço residencial e o número telefônico, para localização dos familiares, e dados da ocorrência toxicológica, para contextualização dos eventos. Os dados foram registrados no segundo item do Roteiro Trabalhador.

O familiar foi convidado a participar da entrevista por meio de contato telefônico, com explicação prévia da entrevista, sendo agendada a data e horário conveniente para o respondente. A pessoa constatada, quando não era o (a) familiar referencial, informava o nome e o número telefônico do familiar mais adequado para participar da pesquisa. Nas fichas que não traziam o registro de número telefônico, a entrevistadora foi *in loco*. Em um caso, foi necessário cinco visitas, mas a entrevista foi realizada com sucesso.

Foram utilizados recursos do meio eletrônico - *Google maps* e o mapa da cidade de Maringá para a localização dos endereços. Também houve auxílio dos moradores do bairro no encontro dos endereços.

Após estes procedimentos, foram agendadas as entrevistas. A entrevista, procedimento mais usual de trabalho de campo, também é uma forma de interação social, constituindo-se uma forma de diálogo, no qual uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 1999; MINAYO, 2002).

Embora César et al.(1996) estabeleçam para as questões genéricas de morbidade o período de duas semanas como ideal para obtenção de informações fidedignas, tem-se que o atendimento em unidades de urgência e emergência e a internação hospitalar são eventos marcantes, podendo esse prazo ser estendido para até 90 dias. Desta forma, a entrevista com os familiares foram todas realizadas em até 90 dias após o cadastro no CCI/HUM, pois as lembranças e sentimentos em relação à intoxicação do familiar continuam presentes detalhadamente na memória dos cuidadores.

Os encontros foram realizados no domicílio. Foi adotado o conceito de visita domiciliar, que enquanto técnica de abordagem de grupo familiar reúne pelo menos três tecnologias: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando no diálogo com a devida finalidade em que os entrevistados revelam fatos de suas vidas; e o relato oral ou história, momento em que as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, em único encontro domiciliar, e gravadas em meio digital, para garantir a fidedignidade dos relatos, e tiveram a duração média de 30 minutos ( $\pm 9,04$ ). No início da entrevista foi explicado novamente o objetivo da pesquisa e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para ser assinado em duas vias. (Apêndice 5).

Durante a entrevista, foi observada a condição de moradia quanto ao tipo - casa alugada, casa cedida, casa própria, de alvenaria ou madeira; o número de cômodos; o número de dormitórios. Também foi questionado ao familiar sobre a renda da família.

### 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio de análise descritiva e de análise de conteúdo temática. A análise dos resultados das escalas foi realizada pelo dimensionamento da porcentagem dos escores de respostas aos itens da escala de Risco Familiar e da FBIS-BR.

O conteúdo das gravações das entrevistas, das quais foram extraídos os dados qualitativos, foi transcrito na íntegra, pela própria pesquisadora, e analisado por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010). Os dados quantitativos foram transcritos para planilha do *Software Microsoft Excel® 2010* e, para a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, com descrição das frequências absoluta e relativa das respostas.

A técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. Operacionalmente, abrange as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

No processo de análise dos dados, realizaram-se leituras flutuantes do material coletado, seguidas da organização dos dados em categorias e exploração das interpretações dos resultados obtidos. Neste estudo, seguiram-se as três etapas da análise temática: pré-análise e exploração do material, com organização e leitura dos dados; tratamento dos resultados obtidos e interpretação - unidades de significação, categorias temáticas e temas (BONILHA, 2012; MINAYO, 2010).

A análise do diário de campo foi baseada nos pressupostos de Bogdan e Biklen (1994).

Para assegurar o anonimato e facilitar a apresentação dos dados, as famílias foram identificadas de acordo com a ordem da entrevista, representadas pelo número do caso, a inicial do trabalhador e sua idade. Alguns trechos dos depoimentos foram readequados do ponto de vista ortográfico, sem alteração no conteúdo.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Uma vez que o estudo envolveu uma população considerada vulnerável - usuários de álcool - na qual a capacidade de autodeterminação pode apresentar-se reduzida, as entrevistas foram realizadas sem a presença dos trabalhadores.

Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente, sendo cumpridas as normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 5) e o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), obtendo Parecer nº 207.377/2013. (Anexo 4).

## 4 ARTIGO 1

### USO DE ÁLCOOL POR TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL: IMPACTO NAS FAMÍLIAS<sup>1</sup>

#### ALCOHOL USE IN THE CONSTRUCTION WORKERS: IMPACT ON FAMILIES

#### CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS TRABAJADORES DE CONSTRUCCIÓN: IMPACTO EN LAS FAMILIAS

Beatriz Ferreira Martins\*  
Magda Lúcia Félix de Oliveira\*\*

### RESUMO

O estudo objetivou analisar o impacto do uso de álcool em famílias de trabalhadores da construção civil e usuários de álcool. O estudo caracteriza-se por qualitativo, descritivo e transversal, com delineamento de série de casos de 11 famílias de trabalhadores do Noroeste do Paraná. A coleta de dados deu-se pela aplicação de roteiros para entrevistas semiestruturadas, analisados por meio de análise de conteúdo, com configuração de três unidades temáticas: relações familiares e uso abusivo de álcool, apontando a preocupação recorrente da família com a segurança e a saúde do trabalhador, e a sobrecarga emocional e física dos membros da família; O álcool destruindo os laços conjugais, com indicação de conflitos e *stress* nestes relacionamentos; e Violência na família e reflexos na comunidade de convivência, com relatos de violência doméstica, desemprego e instabilidade financeira na família. O consumo álcool foi determinante no adoecimento do trabalhador e de membros de sua família.

**Palavras-chave:** Relações Familiares; Alcoolismo; Saúde do trabalhador; enfermagem.

### ABSTRACT

The study aimed to analyze the impact of alcohol use in families of construction workers and alcohol users. Qualitative, descriptive, cross-sectional study, design case series of 11 families of workers in the Northwest of Paraná. Data collection took place by applying semi-structured interview scripts, analyzed through thematic content analysis, configuring three thematic units: Family relationships and alcohol abuse, pointing the recurring family concern about the worker's safety and health, and family member's physical and emotional burden; The alcohol destroying the marital bond, indicating stress

---

<sup>1</sup> Resultado parcial da dissertação de Mestrado *Impacto do uso abusivo de álcool: estudo em famílias de trabalhadores da construção civil*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

\*Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Prefeitura Municipal de Flórida. E-mail: biaferreira.martins@gmail.com

\*\* Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: mlfoliveira@uem.br.

and conflicts in these relationships, and Family violence and reflections on the living community, with reports of domestic violence, unemployment and family's financial instability. The alcohol consumption was determinative to ill the worker and his family members.

**Key words:** Family Relations; Alcoholism; Occupational Health; Nursing.

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar el impacto del uso de alcohol en las familias de los trabajadores de la construcción civil y usuarios de alcohol. Estudio cualitativo, descriptivo y transversal, con delineación de serie de casos de 11 familias de trabajadores del Noroeste de Paraná. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de guiones para entrevistas semiestructuradas, analizados mediante análisis de contenido temático, con configuración de tres unidades temáticas: Relaciones familiares y el uso abusivo del alcohol, señalando la preocupación recurrente de la familia con la seguridad y la salud del trabajador, y la sobrecarga emocional y física de los miembros de la familia; El alcohol destruyendo los lazos conyugales, con indicación de conflictos y estrés en estas relaciones; y Violencia en la familia y reflejos en la comunidad de convivencia, con relatos de violencia doméstica, desempleo e inestabilidad financiera en la familia. El consumo de alcohol fue determinante en el enfermarse del trabajador y de miembros de su familia.

**Palabras clave:** Relaciones Familiares; Alcoholismo; Salud del trabajador; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Nas famílias, consideradas um grupo de pessoas unificado pela convivência e afeto e que funciona como um elo importante no cuidado de seus membros, o comportamento aditivo de um de seus membros repercute no grupo, com transformações permanentes ou temporárias no ambiente domiciliar (BROGIN, 2012; ANDRADE, MARTINS, 2011)<sup>(1,2)</sup>.

Em famílias psicologicamente saudáveis, este comportamento pode desencadear a união, reforçando os laços de afeto entre os membros. No entanto, quando são acometidas por fraquezas e dificuldades, a sobrecarga torna difícil suportar as transformações decorrentes e conflitos, gerando consequências indesejadas, como sentimentos de sofrimento, desgaste físico e emocional e frustração (BROGIN, 2012; GONÇALVES; GALERA, 2010)<sup>(1,3)</sup>.

O uso de substâncias psicoativas é considerado pelas organizações internacionais de saúde um grave problema social e de saúde pública. Dentre essas substâncias, o álcool apresenta maior prevalência de consumo; afeta a população mundial por meio de doenças agudas e crônicas, como indicador de poliuso de drogas e pelas consequências sociais do

abuso (PEREIRA et al., 2013; BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; VARGAS VILELA et al., 2010)<sup>(4,5,6)</sup>.

O consumo de álcool está entre os 20 maiores problemas de saúde no mundo e tem aumentado entre os trabalhadores, tratando-se, portanto, de um problema relacionado ao trabalho. No Brasil, a Associação dos Estudos do Álcool e outras Drogas – ABEAD estimou que o alcoolismo é o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho e causa frequente de acidentes de trabalho e aposentadoria precoce (BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; FONSECA, 2007)<sup>(5,7)</sup>.

Em estudo sobre o consumo de álcool em trabalhadores de uma indústria no México, as consequências do consumo encontradas foram: cansaço físico, redução do rendimento de trabalho e diminuição de reflexos, o que proporcionou maior risco de acidentes de trabalho (NAPPO et al., 2010)<sup>(8)</sup>. Por outro lado, estudo que utilizou metodologia de rastreamento do risco para o abuso de álcool, tabaco e outras drogas em trabalhadores da construção civil no município de Maringá - Paraná encontrou associação estatisticamente significativa de níveis moderado e elevado para o uso de drogas e a baixa remuneração, ausência de religião, estado civil solteiro e ausência de filhos. A prevalência de uso de álcool na vida desses trabalhadores foi de 91%, e a prevalência de consumo atual de álcool foi de 10,5% (GAVIOLI, 2012)<sup>(9)</sup>.

Estudos relacionados ao uso abusivo de drogas em trabalhadores da construção civil apontaram o álcool como a droga mais freqüente, ligando ao alcoolismo, à doença mental, às doenças psicossomáticas, e uma fração (22%) aos acidentes de trabalho (BORGES; MARTINS, 2004)<sup>(10)</sup>. Em 2011, uma investigação realizada no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá - CCI/HUM, com o propósito de caracterizar os trabalhadores atendidos com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica e/ou outras drogas de abuso, encontrou 28,3% com vinculação à construção civil (ROSA et al., 2013)<sup>(11)</sup>.

O consumo de drogas dificilmente dá condições ao usuário de manter-se no trabalho, levando a dificuldades econômicas. Na família, a situação complica-se com o avanço da dependência, tendo em vista a ruptura social que leva o usuário a utilizar manobras ilícitas. Mentiras recorrentes, roubos praticados no próprio domicílio e violência doméstica são relatos comuns nas famílias e alguns dependentes passam a viver em situação transitória ou permanente de rua, expostos aos riscos da marginalidade e da exclusão social (NAPPO; OLIVEIRA, 2010)<sup>(8)</sup>.



Em estudo com cuidadores familiares de pacientes usuários de álcool internados em terapia intensiva, observou-se que o consumo crônico do álcool foi determinante causa de adoecimento e morte precoces e os problemas comportamentais decorrentes do uso conduziram à separação conjugal e ao afastamento da família nuclear. Os principais sentimentos relatados pelos cuidadores familiares foram sofrimento, tristeza, desespero e culpa (ANTUNES, 2012)<sup>(12)</sup>.

Pesquisa com esposas de pessoas com síndrome de dependência do álcool apontou a presença de um alto índice de *stress* patológico na maioria das mulheres, justificando preocupação não apenas com o estado de saúde física e psíquica dessas esposas, mas também com as repercussões em todo o ambiente familiar, principalmente sobre os filhos (LIMA, AMAZONAS E MOTTA, 2007)<sup>(13)</sup>.

Neste contexto, o presente estudo objetivou analisar o impacto do uso de álcool em famílias de trabalhadores da construção civil de um município da região Noroeste do Paraná.

## **METODOLOGIA**

O estudo caracteriza-se por descritivo e transversal, de abordagem qualitativa, com delineamento de uma série de casos de 11 famílias de trabalhadores da construção civil e usuários de álcool. O estudo de série de casos consiste na descrição de um grupo maior de pacientes com uma doença ou problema em particular, sendo comum análise retrospectiva da vida dos indivíduos (HULLEY et al., 2003)<sup>(14)</sup>.

Foi realizado no município de Maringá - Paraná, com casos originários do banco de dados do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), unidade de referência macrorregional para atenção às urgências toxicológicas. Em razão da carência de informações disponíveis sobre o evento intoxicação, os registros dos centros de informação e assistência toxicológica brasileiros são considerados sentinelas, captadores de problemas sociais. Desta forma, a sociedade e o sistema de saúde podem enxergar esses casos e encontrar formas adequadas para enfrentá-los (GANDOLFI; ANDRADE, 2006)<sup>(15)</sup>.

A população foi composta por 11 familiares de trabalhadores da construção civil, atendidos em unidades de urgência com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica, aguda ou crônica, e cadastrados no CCI/HUM no período de janeiro a junho de 2013. Os

trabalhadores atendiam aos seguintes critérios: atividade na construção civil na data da ocorrência toxicológica; idade igual ou superior a 18 anos, independente de sexo; alta hospitalar como desfecho do evento clínico; residência no município de Maringá; com referência familiar. O critério para a escolha do familiar a ser entrevistado seguiu a disponibilidade e prontidão da pessoa de contato.

A fonte de dados foi a Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso - OT/IA, um instrumento com modelo padronizado nacionalmente, com dados referentes ao paciente e ao acidente toxicológico, objetivando facilitar o acompanhamento dos casos notificados e a vigilância epidemiológica dos eventos (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013; SÃO PAULO, 2012)<sup>(16,17)</sup>.

Foram compilados da ficha OT/IA dados relativos à idade e ao sexo do trabalhador, agente e tipo de intoxicação e histórico e evolução clínica do caso. Quanto ao tipo, a intoxicação é considerada aguda quando foi única ou múltipla num período de tempo não superior a 24 horas e crônica quando o evento se repete durante um longo período de tempo (TURINI; FOOK, 2007)<sup>(19)</sup>.

Os instrumentos de coleta de dados foram dois roteiros para entrevista semiestruturada: Roteiro Trabalhador, constituído pela caracterização do trabalhador e dados da ocorrência toxicológica e desfecho clínico, compilados da ficha OT/IA; e Roteiro Família, constituído por três partes: caracterização da família, caracterização do familiar respondente e cinco questões norteadoras – quando iniciou o uso do álcool e uso atual e se não, o motivo que o fez parar; significado do uso abusivo de álcool no meio familiar e o reflexo do atendimento hospitalar na família; a influência uso do álcool no trabalho e ocorrência de acidente de trabalho; além de um diário de campo (BOGDAN; BIKLEN, 1994)<sup>(19)</sup>.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a julho de 2013. As entrevistas foram realizadas pela própria investigadora, em único encontro domiciliar, e gravadas em meio digital, para garantir a fidedignidade dos relatos. Tiveram a duração média de 30 minutos ( $\pm 9,04$ ) e, imediatamente ao final de cada entrevista, foi preenchido o diário de campo.

Para análise dos dados, foram utilizados os preceitos da análise de conteúdo temática de Minayo (2010)<sup>(20)</sup>. A partir da organização dos dados obtidos pelas entrevistas, foram compostas três unidades temáticas, emergidas das falas dos participantes e discutidas com o referencial teórico disponível.

Para assegurar o anonimato e facilitar a apresentação dos dados, as famílias foram identificadas de acordo com a ordem da entrevista e representadas pelo número do caso, a inicial do trabalhador e sua idade. Alguns trechos dos depoimentos foram readequados do ponto de vista ortográfico, sem alteração no conteúdo.

Considerando que o estudo envolve população considerada vulnerável, na qual a capacidade de autodeterminação pode apresentar-se reduzida, todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente (BRASIL, 2012)<sup>(21)</sup>. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá com parecer 207.377/2013.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A identificação dos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas no âmbito familiar permite o conhecimento das características que facilitam ou dificultam o uso dessas substâncias pelos indivíduos e contribui para o entendimento e ação efetiva em relação às possibilidades de prevenção (DALGALARRONDO et al., 2005)<sup>(22)</sup>. Sendo assim, antes do conhecimento do impacto do uso abusivo de álcool na família, é importante caracterizar os sujeitos deste estudo e suas famílias.

### **Conhecendo os trabalhadores e as famílias**

Todos os trabalhadores eram do sexo masculino, com faixa etária entre 26 a 67 anos, e média de 44 anos de idade. Nove eram casados e/ou em união estável, com pelo menos um filho. A maior parte informou baixa escolaridade - nove com ensino fundamental incompleto; e baixa renda individual - seis trabalhadores com remuneração menor de três salários mínimos. A ocupação mais citada foi pedreiro.

Os resultados corroboram a literatura nos aspectos sociais do trabalho na construção civil, pois, apesar do aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, a construção civil é exercida por homens adultos jovens. Os resultados referentes à escolaridade, remuneração individual e renda familiar permitem inferir que os trabalhadores apresentam um baixo padrão socioeconômico e educacional (MENDES et al., 2012)<sup>(23)</sup>.

A média de idade encontrada na presente série de casos foi similar àquela de usuários de álcool adultos na população geral, predominando homens em idade economicamente ativa. No entanto, chama atenção o caso de trabalhadores idosos que permanecem na atividade laboral, exposto aos riscos inerentes da atividade (SOUZA; OLIVEIRA, 2010; MARTINS et al., 2013)<sup>(24,25)</sup>.

Estudo realizado em Maringá – Paraná, para caracterizar o perfil dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool e/ou outras drogas de abuso apontou que a maioria convivia com companheira (o) em *status* marital, tinha filhos, com até oito anos de estudo e recebia uma remuneração inferior a três salários mínimos. Os fatores socioeconômicos indicativos de vulnerabilidade, como baixa remuneração, baixa renda familiar e baixa escolaridade, foram associados a riscos relacionados ao consumo de álcool (GAVIOLI, 2012)<sup>(9)</sup>.

Todos os trabalhadores foram atendidos em unidades de Pronto Socorro, sendo que dez necessitaram de internamento em enfermaria e um em unidade de terapia intensiva. O horário de maior ocorrência dos atendimentos foi o noturno, em seis casos, e o principal motivo foram as causas externas de adoecimento e a violência: cinco trabalhadores, após ingestão de bebida alcoólica, tiveram queda da própria altura ou de bicicleta, acompanhada de ferimento corto-contuso (FCC) e dois apresentaram FCC após agressão física. O tempo médio de permanência hospitalar dos trabalhadores foi sete dias ( $\pm 8,9$ ) e todos evoluíram para alta hospitalar.

Uma hospitalização não planejada interfere no cotidiano familiar. Quando a internação é prolongada, desestrutura o núcleo familiar e, caso o doente necessite de algum acompanhante, há o agravamento da situação, pois são dois elementos que estão ausentes do convívio familiar, sendo necessária uma nova organização na dinâmica da família (BROGIN, 2012)<sup>(1)</sup>.

O número de familiares dos trabalhadores da construção civil habitando na mesma residência variou de duas a sete pessoas, sendo famílias com dois moradores em sete cômodos até famílias com cinco moradores em três cômodos.

Quatro famílias tinham outro familiar etilista além do trabalhador. O sistema familiar é um fator importante, tanto em contextos de risco como em contextos de proteção ao uso de drogas, e comportamento aditivo de um membro da família pode estimular o outro e quanto maior o número de etilistas no domicílio, maior o risco a impactos negativos na família (PRATTA; SANTOS, 2009)<sup>(26)</sup>.

## **Impacto do uso abusivo de álcool na família**

*Impacto* pode ser definido também como choque emocional e expectativa diante de algum fato ou ocorrência (FERREIRA, 2011)<sup>(27)</sup>. O uso de drogas por um de seus membros pode impactar as famílias de diversos modos e formas e a compreensão do impacto pode apontar possibilidades de prevenção e enfrentamento ao uso de drogas em diversas áreas.

O uso abusivo do álcool está associado a consequências negativas diversas, tanto para o usuário quanto para seus familiares. Dentre os problemas de ordem biopsicossocial decorrentes do uso abusivo de drogas de abuso relatados na literatura, destacam-se complicações físicas e mentais, desemprego, violência, acidentes e criminalidade. O uso abusivo do álcool está associado a consequências negativas diversas, tanto para o usuário quanto para seus familiares (SAIDE, 2011; BERNARDY; OLIVEIRA, 2012)<sup>(5,28)</sup>.

Por meio da análise de dados e de acordo com os preceitos de Minayo (2010)<sup>(20)</sup>, os dados do presente estudo foram agrupados em três unidades temáticas, que refletem as dificuldades, transformações e sentimento das famílias frente ao trabalhador usuário de álcool.

## **Relações familiares e o uso abusivo de álcool**

As relações interpessoais entre a pessoa alcoolista e os demais membros familiares modificam o cotidiano familiar - da pessoa alcoolista e das pessoas com ela convive (SAIDE, 2011)<sup>(28)</sup>. Nesta categoria de análise foram incluídas as consequências do uso abusivo de álcool na família dos trabalhadores, representadas no Quadro 1.

Os principais impactos na vida familiar foram adoecimento do trabalhador e preocupação recorrente com a saúde do familiar, afastamento e/ou rejeição entre os membros da família e sobrecarga emocional e física dos membros familiares, demonstrados nos depoimentos que seguem.

*“Minha mãe sofre muito com isso, já tentou falar várias vezes com ele, mas ele não para,[...] a família sofre muito. A gente fala pra ele parar, até um amigo nosso morreu por causa do álcool, mas não adianta.”*  
(Caso 5, RB, 51 anos)

*“É ruim, ele fica muito nervoso, muito irritado. Já sumiu um monte de vezes por causa da bebida. Eu queria que ele mudasse. É triste; os filhos não ficam dentro de casa por causa dele. Cada dia está pior; ele gasta muito dinheiro na bebida [...] eu que trabalho nessa casa [...]”*  
(Caso 8, JFS, 53 anos)

*“[...]Não adianta, ele acha que a gente está falando por mal, minha irmã fala para ele parar, para ele pensar na filha dele de 15 anos e que ele está morrendo, ele fala: deixa morrer”. (Caso 10, GMS, 39 anos)*

*[...]Está sendo problema, porque ele bebe e logo após usa maconha, perde dia de serviço, ele tem uma filha para dar pensão [...] se for para a cadeia vai ficar lá, eu não vou atrás, o irmão está preso devido uso de crack. Eu falo para ele parar, ele não fala nada, escuta e dá risada”. (Caso 9, JLM, 23 anos)*

Quadro 1 - Nível de impacto na vida familiar dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool. Maringá, janeiro a junho, 2013

C	I	ID	Vida familiar
1	AMM	26	Não é atencioso com os filhos.
2	PDR	44	Preocupa os filhos, pois “bebe e deita no chão da casa”. A bebida influencia negativamente a família e os filhos se revoltam contra o pai.
3	JLM	48	A saúde dele sempre preocupou a família. Quando ele bebia não era agressivo ou deixava de cumprir as responsabilidades, porém a saúde ficou prejudicada
4	JV	67	Não há significado negativo no uso de bebida alcoólica e é forma de recreação para a família.
5	RB	51	Causa sofrimento e preocupação para a família. Os filhos não convivem com o pai.
6	CCS	40	O uso da bebida causa sofrimento á família; há diminuição da contribuição financeira. Já fez uso de <i>crack</i> e ficou internado.
7	VLS	52	A família fala sobre o assunto da bebida com o trabalhador, mas ele não acata as sugestões e reage agressivamente.
8	JFS	53	Agride verbalmente os familiares e não contribui financeiramente.
9	JLM	23	O uso do álcool prejudica “as responsabilidades” do trabalhador.
10	GMS	39	A família pede para o trabalhador parar de beber, mas ele não se importa e não quer parar.
11	OW	39	A esposa não relaciona o uso de álcool como um problema presente, mas teme o futuro.

Legenda: I = iniciais; ID = Idade.

Diversos sentimentos são vivenciados por famílias de usuários de álcool, tais como angústia, tristeza, dor, insegurança, dificultando o enfrentamento da doença. A preocupação com o ente usuário de álcool interfere, ainda, negativamente no trabalho, pois, para o cuidador, é difícil administrar as tarefas de cuidar com o tempo dedicado ao emprego; a tarefa de cuidar pode dificultar a execução das atividades extradomiciliares (ANTUNES, 2012; ALMEIDA et. al., 2009)<sup>(12, 29)</sup>.

Porém, nas entrevistas foi constatado que, embora a maioria das famílias tivesse momentos de angústia e raiva ao conviver com os trabalhadores, as falas dos familiares

indicavam afeto e vontade de proteger o familiar alcoolista. Uma esposa expôs que, apesar dos filhos rejeitarem o pai, ela preferia o marido em casa a “ficar” em situação de rua, sem proteção.

*“Ele foi morar sozinho, não se cuidava, andava sujo, trabalha e o que trabalha gasta na bebida e como ele bebia demais, acabou caindo e me chamaram [...] eu ainda me sinto responsável [...] agora que ele mora comigo eu não me preocupo com a moradia. Ele sempre bebe e cai pela casa preocupando todos os filhos [...] não aceitam nem que eu ajude. (Caso 2, PDR, 46 anos)*

Os familiares também relatam preocupação com as repercussões do alcoolismo na vida dos filhos, principalmente quando eles são crianças e adolescentes. Os filhos, por sua vez, se afastam dos pais alcoolistas por medo e vergonha, devido a atitudes constrangedoras e imorais dos pais, como a apresentação pessoal e o roubo de dinheiro para o consumo de bebida (PANASSOLLO et al., 2012)<sup>(30)</sup>.

*“No dia que ele foi pro hospital, chegou em casa bêbado, xingava meu filho de todos os nomes, corno, vagabundo, falou que não prestava. [...] No outro dia que ele está bom, eu dou conselho, falo para ele largar da bebida, que ele está perdendo a família dele, mas ele não quer saber, quando ele escuta, a noite ele chega pior ainda”. (Caso 7, VLF, 52 anos)*

Os transtornos causados pelo uso abusivo das bebidas alcoólicas penalizam os membros da família, o que contribui para o aumento da violência doméstica, afastamento das pessoas próximas e elevados níveis de conflitos pessoais (SILVA et. al., 2012)<sup>(31)</sup>.

No decorrer das entrevistas, uma esposa apontou que, pelo uso constante de bebida alcoólica, o trabalhador deixou de se comunicar de forma eficaz com a família.

*“Ele é ia trabalhar cedinho e direto do serviço ele já ia para o bar, então ele já chegava, tomava banho e dormia.” (Caso 1, AMM, 26 anos)*

Uma esposa informou que, como o marido era o “esteio da família”, quando o mesmo adoeceu o impacto alcançou a todos.

*“É difícil para a família, porque ele é o cabeça de tudo, depende de tudo dele, o médico não dava chance, foi difícil para a família. [...] Era difícil, às vezes bebia [...] ia dormir, não comia [...] (Caso 3, JLM, 48 anos)*

Outra esposa previa um “futuro negro” para o trabalhador. Referiu que no presente o álcool não representa nenhum malefício ao trabalhador e à família, porém teme o futuro. Além dos danos que a bebida alcoólica causa ao organismo do próprio trabalhador, a respondente nota, diante da experiência de vida, a destruição dos lares.

*“É normal, pois ele nunca brigou comigo, nem com as crianças.[...]A única diversão dele é essa. Eu falo mas ele não quer parar, eu falo que a bebida faz mal e as vezes destrói a família, pois a gente vê nas famílias que estraga”.* (Caso 11, OW, 39 anos)

A dependência do álcool é condição frequente, atingindo cerca de 10% da população adulta brasileira. No indivíduo que consome bebidas alcoólicas de forma excessiva ao longo do tempo, pode ocorrer uma falta no controle do consumo e a transição de usuário esporádico para usuário frequente, do etilista agudo para o etilista crônico (NASCIMENTO, 2011)<sup>(32)</sup>.

Em um relato, a filha do trabalhador informou que o uso de álcool não influencia negativamente a família e afirmou ser um meio de recreação, divertimento e confraternização para os familiares:

*“[...] a gente tá acostumado, desde que eu sou criança que eu vejo ele beber então eu acho isso normal, a gente bebe, todo mundo brinca, da risada, acabou, passou. Mas eu não vejo o jeito que ele bebe [...] tão preocupante, porque ele sabe parar”.* (Caso 4, JV, 67 anos)

Um fator complicador no enfrentamento ao uso de drogas é que os usuários crônicos de álcool “mascaram” sua verdadeira patologia. Em nossa cultura, o uso de álcool é componente fundamental de celebrações. Assim, há o uso do álcool em confraternizações de família e, quase sem perceber, as pessoas passam a necessitar da droga para ir à festa e depois passam a necessitar em todas as situações (SAIDE, 2011)<sup>(28)</sup>.

A presença do álcool, enquanto substância facilmente aceita e com uma conotação positiva, vai-se edificando de geração em geração. Mais do que a existência de um membro etilista, o álcool em si mesmo parece ocupar, de forma progressiva, um lugar central na família, no casal e na própria relação pais e filhos. Relacionar-se com usuários de álcool pode se tornar uma experiência repleta de conflitos e decepções, podendo resultar até mesmo em violências corporais (HAYATI et al., 2011)<sup>(33)</sup>.



## O álcool destruindo os laços conjugais

Entende-se por vida conjugal a relação entre pessoas que se unem, com intuito de atividades, interesses e construções em comum. Ao longo da vida a dois, tendem a restabelecer e a redefinir características individualmente e, enquanto casal, formando as expectativas conjugais (FERREIRA, 2011; LOURENÇO; MONTEIRO, 2011)<sup>(27,34)</sup>.

As relações conjugais de casais álcool discordantes, em que um dos parceiros não é alcoolista, são afetadas por efeitos destrutivos na vida da família, preditores de uma baixa qualidade na relação e de instabilidade conjugal (FLOYD et al.,2006)<sup>(35)</sup>. O Quadro 2 detalha o nível de impacto na vida conjugal dos trabalhadores.

Quadro 2 - Nível de impacto na vida conjugal dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool. Maringá – PR, janeiro a junho, 2013

<b>C</b>	<b>I</b>	<b>ID</b>	<b>Vida conjugal</b>
<b>1</b>	AMM	26	O álcool prejudica a relação conjugal, tanto que foi o motivo da separação conjugal.
<b>2</b>	PDR	44	A bebida foi o motivo da separação conjugal.
<b>3</b>	JLM	48	A esposa sempre advertiu o marido quanto o uso da bebida alcoólica.
<b>4</b>	JV	67	O trabalhador tem uma boa relação com a esposa e ajuda nos afazeres domiciliares.
<b>5</b>	RB	51	Iniciou o uso do álcool após separação conjugal.
<b>6</b>	CCS	40	A esposa sente muita preocupação com o trabalhador.
<b>7</b>	VLS	52	O alcoolismo incomoda a esposa com grande intensidade.
<b>8</b>	JFS	53	Ofende a esposa com várias denominações.
<b>9</b>	JLM	23	Atualmente não vive com a esposa, o uso da droga de abuso influenciou na separação.
<b>10</b>	GMS	39	O trabalhador agride verbalmente a esposa.
<b>11</b>	OW	39	A vida do casal não é prejudicada diretamente pelo uso do álcool.

Legenda: I = iniciais; ID = Idade.

O álcool no seio da relação conjugal aumenta a probabilidade de ocorrência de rupturas e divórcios, pois os cônjuges consideram a separação como forma de solução do problema. Também ocasiona elevados níveis de conflitos, violência, agressividade e *stress*, corroborando o presente estudo, em que as esposas demonstraram sofrimento e descontentamento com o casamento (PANASSOLLO et al.,2012; LOURENÇO; MONTEIRO FERNANDES; 2011)<sup>(30, 34)</sup>.

Para duas respondentes, o uso abusivo de álcool foi responsável pela separação do casal, apesar da reaproximação.

*“Destruíu a família, separei dele por causa do álcool, porque ele começou ver coisa onde não tinha”. (Caso 2, PDR, 46 anos)*

*“[...] eu não aguentava mais. É difícil. Ele chegava em casa uma hora da manhã, bêbado; eu não tinha marido[...].” (Caso 1, AMM, 26 anos)*

Os usuários quando se tornam dependentes do álcool, muitas vezes recusam ajuda profissional e dos familiares, pois há dificuldade de aceitação de orientações e encaminhamentos, uma vez o vício é prioridade para eles (VARGAS; OLIVEIRA; LUÍS, 2010)<sup>(6)</sup>. Os sentimentos relatados a seguir foram de tristeza, sensação de incômodo e preocupação o ente querido.

*“[...]Para mim o álcool significa um terror, pelo amor de Deus”. (Caso 6, CCS, 40 anos)*

*“A gente falava né?!Mas é que sempre a pessoa quando você fala, não leva a sério: a isso não é nada, chama eu de delegada: ah! a delegada ta falando”. (Caso 3, JLM, 48 anos)*

A violência doméstica também foi evidenciada. Três respondentes familiares informaram que os trabalhadores “brigam” com as esposas quando ingerem álcool, com agressões verbais e ameaças, culminando em problemas na relação marido e mulher.

*“Tem vezes que ele chega impertinente, qualquer coisa irrita ele, acho que até o barulho do vento perturba ele, faz escândalo, deixa a gente até com depressão de tanto que perturba. Eu tive que abandonar muita coisa por causa dele [...]”. (Caso 7, VLF, 52 anos)*

*“[...]xinga eu pela rua de biscate. Enquanto ele estava internado era bom, eu não ficava preocupada porque eu ficava direto lá, acompanhei ele durante todo esse tempo, precisava internar ele direto.[...]A gente não tem mais nada”. (Caso 8, JFS, 53 anos)*

*“Ele quando está bêbado insulta minha irmã, incomoda um pouco mas a gente finge que não incomoda, porque como diz o ditado em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”. (Caso 10, GMS, 39 anos)*

Levantamento nacional sobre o padrão de consumo de álcool na população brasileira evidenciou que 25% dos entrevistados disseram que o (a) companheiro (a) ou pessoa com quem morou ficou irritado (a) com a bebida alcoólica ou com seu comportamento quando bebiam e 12% disseram ter iniciado discussão ou briga com o parceiro quando bebiam (LARANJEIRA et al., 2007)<sup>(36)</sup>.

O uso de droga de abuso é geralmente indutor do rompimento dos casais, mas um dos casos estudados chamou a atenção, pois o trabalhador iniciou o uso do álcool após a separação com a esposa. A bebida alcoólica, neste caso, foi utilizada como instrumento de fuga pelo trabalhador, uma vez que tal substância tem como um de seus efeitos a sensação de alteração da realidade dos fatos vivenciados.

*“Começou a beber desde quando ele separou da mulher, entrou em depressão, vivia trancado.” (Caso 5, RB, 51 anos)*

De forma geral, acredita-se que a depressão e os problemas com drogas de abuso são temas interligados. É observado que o sujeito “no fundo do poço” pode iniciar o uso abusivo de álcool. O uso pode ser a justificativa de um “trauma”, que parece condizer com a equação popular: desgosto = uso de álcool, ou “Ele bebe para esquecer...”, ou seja, utiliza o álcool para superar as fraquezas e sobreviver às frustrações (SAIDE, 2011)<sup>(28)</sup>.

Em contrapartida, um trabalhador jovem afastou-se da esposa e da filha. Atualmente, além do álcool, esse trabalhador faz uso de maconha, o que preocupa sua família, e seu irmão está preso devido ao envolvimento com tráfico de drogas/*crack*.

*“Eu fico preocupada porque ele já se afastou na mulher e da filha, eu tenho medo de ele cair em uma pior, ele não pode chegar nem perto da filha mais.” (Caso 9, JLM, 23 anos)*

### **Violência na família e reflexos na comunidade de convivência**

Além de impacto na família e na vida conjugal, o consumo de bebida alcoólica pode ter consequências no meio laboral e interferir na vida da comunidade de convivência e no contexto de vida social da família, levando a dificuldades sociais e econômicas (NAPPO; OLIVEIRA, 2010)<sup>(8)</sup> (Quadro 3).

Além das rupturas familiares, o uso abusivo do álcool e outras drogas também pode levar à perda de emprego e bens materiais, resultando em instabilidade financeira, além do distanciamento de práticas religiosas (SILVA et al., 2010)<sup>(37)</sup>. A relação do uso de álcool com o trabalho ficou evidente em quatro relatos, dispostos a seguir:

*“[...] ele começou a usar bastante quando trabalhava de gari pela prefeitura, pois tinha mais facilidade, ganhava bebidas nos bares [...]”.*  
(Caso 1, AMM, 26 anos)

*“A bebida interfere no trabalho, porque, se bebe em um dia, no outro já não vai trabalhar”.* (Caso 9, JLM, 23 anos)

*“Ele fala que começou a beber com 13 ou 14 anos[...] Iniciou uso do álcool trabalhando [...] o tempo dele era marmita uma pinga, acho que para esquentar”.* (Caso 4, JV, 67 anos)

*“Já sofreu acidente de trabalho alcoolizado quando trabalhava de pedreiro, machucou várias vezes, caindo da escada, caiu do telhado”.* (Caso 5, RB, 51 anos)

Os relacionamentos descritos pelos familiares mostraram, também, que a violência estava presente no cotidiano, após o uso abusivo de álcool. A convivência com a família, muitas vezes, mostrava-se “desgastada”, com presença constante de ameaças verbais aos familiares e à comunidade e, então, não conseguiam manter uma relação pacífica com os usuários de álcool. Quatro entrevistados citaram alguma forma de agressividade após a ingestão da bebida alcoólica.

*“A gente fala, mas ele não aceita, e a gente começa falar alguma coisa, ele já se altera, briga”.* (Caso 2, PDR, 46 anos)

*“Não dá para fazer nada em casa [...] porque não sabemos como ele vai chegar, às vezes ele chega xingando todo mundo. Ele não pode beber que fica meio doido [...] Uma vez, ele fumou 3 cigarros de crack, ficou doido e queria matar todo mundo. Uma vez ficou tomando soro e deu muito trabalho até para as enfermeiras, depois ele voltou para casa e continuou dando trabalho em casa”.* (Caso 7, VLF, 52 anos)

*“[...]Já sumiu um monte de vezes por causa da bebida. É ruim, ele fica muito nervoso, muito irritado. É triste, ele xinga os meninos, xinga eu, ele fica me chamando, se eu não for ele me xinga”.* (Caso 8, JFS, 53 anos)

*“[...]Esse aí não para de beber mais não, hoje ele não entra mais em casa. Estão precisando dele no serviço e ele não foi, foi beber. [...] Às vezes ele vai trabalhar alcoolizado”.* (Caso 10, GMS, 39 anos)

Duas esposas relataram que o uso do álcool cessou após o atendimento hospitalar realizado devido a alguma patologia associada ao etilismo crônico.

*“[...] Depois do acidente dele, ele parou de beber, não teve jeito né?![...]”* (Caso 1, AMM, 26 anos. Foi atendido no pronto atendimento devido ingestão de bebida alcoólica e queda do próprio nível. Apresentou ferimento corto-contuso em região e foi necessário intervenção cirúrgica)

- laparotomia exploratória e colostomia, com internação hospitalar de 16 dias.)

“[...] não atrapalhou em nada, prejudicou ele mesmo. [...] Hoje ele não bebe mais, foi quando ele descobriu que tava com cirrose e a médica falou que ou ele parava (silêncio)...” (Caso 3, JLM, 48 anos. Foi atendido no pronto atendimento, encaminhado da Unidade de Pronto atendimento - Zona Sul de Maringá, com histórico de hemorragia digestiva alta (HDA) por varizes esofágicas, foi necessária a internação em unidade de terapia intensiva, totalizando 28 dias internado.)

Quadro 3 - Nível de impacto na comunidade e violências nas famílias dos trabalhadores usuários de álcool da construção civil entrevistados. Maringá – PR, janeiro a junho, 2013

C	I	ID	Comunidade	Violências na família
1	AMM	26	Sempre ingeriu álcool após o trabalho.	Não há relatos de violência. Atualmente não ingere mais bebida alcoólica.
2	PDR	44	O álcool prejudica a vida social e laboral. Foge de casa e deambula solitário pelas ruas deixa de trabalhar Já sofreu acidente de trabalho alcoolizado.	Ocorre violência verbal quando a família fala sobre o assunto da bebida. Atualmente ingere álcool.
3	JLM	48	Nenhum tipo de impacto negativo na comunidade.	Não há relatos de violência. Atualmente não ingere bebida alcoólica.
4	JV	67	O meio laboral influenciou ao início do uso de álcool.	Não há relatos de violência. Atualmente não ingere bebida alcoólica.
5	RB	51	Já sofreu acidente de bicicleta e acidente de trabalho após uso de bebida alcoólica.	Não houve relatos de violências. Atualmente ingere álcool.
6	CCS	40	Foi usuário de <i>crack</i> e ficou internado no hospital psiquiátrico.	Não houve relatos de violências. Atualmente não ingere bebida alcoólica.
7	VLS	52	É agressivo e violento sob efeito do álcool. Houve um episódio de briga na rua quando usou <i>crack</i> .	Insulta a família e torna-se agressivo. Atualmente ingere bebida alcoólica.
8	JFS	53	Fica nervoso e incomoda as pessoas nas ruas.	Agride verbalmente a esposa e filhos. Atualmente ingere bebida alcoólica.
9	JLM	23	A droga de abuso influencia na vida social e laboral.	Não houve relatos de violências. Atualmente ingere bebida alcoólica e fuma maconha.
10	GMS	39	O álcool influencia na vida social e laboral.	Quando ingere bebida alcoólica insulta verbalmente a esposa e os filhos. Atualmente ingere bebida alcoólica
11	OW	39	O álcool não influencia na vida social e laboral.	Não houve relatos de violências. Atualmente ingere bebida alcoólica

Legenda: I = iniciais; ID = Idade.

O usuário pode “cair em si” a partir de um evento ou repentinamente tentar parar de fazer uso da droga de abuso, na fase denominada *turning point* (ponto da virada). Esse é momento em que mudanças na vida da pessoa, principalmente doenças, nascimento e morte, fazem com que uma tendência ou um comportamento dê uma “guinada” e se acabe. No entanto, o usuário pode ter recaídas, com o fracasso ao tentar atingir objetivos estabelecidos e não recomeçar a vida de uma forma mais consciente (GLADWELL, 2009; ÁLVAREZ, 2007)<sup>(38,39)</sup>.

## CONCLUSÃO

O consumo abusivo do álcool foi causa determinante de adoecimento, crise conjugal, afastamento da família nuclear, desemprego e sobrecarga de outros membros familiares, corroborando outras investigações constantes na literatura.

Diante das entrevistas e o histórico dos trabalhadores, foram apontadas preocupações recorrentes da família com a segurança e a saúde do trabalhador e a sobrecarga emocional e física de membros da família, indicação de conflitos e *stress* nestes relacionamentos, e relatos de violência doméstica, desemprego e instabilidade financeira na família.

O estudo em questão contribui para que nós, enfermeiros, (re) pensemos atitudes frente a essas famílias, assim como prestemos assistência ao usuário e ao conjunto familiar de forma menos preconceituosa e repressiva, a partir do apoio biopsicossocial e da busca, junto à família, por meios efetivos para a recuperação do dependente químico.

As limitações do presente estudo são relacionadas à mensuração do alcoolismo, pois a estratégia utilizada pode superestimar a prevalência do consumo, visto que o episódio de recente atendimento hospitalar foi um “trauma” à família e pode ter influenciado na mudança de percepção do impacto. Ao mesmo tempo, estudos transversais são dependentes do depoimento do entrevistado e passíveis de viés de memória.

Por fim, mesmo com as limitações do delineamento transversal e de série de casos, a presente abordagem tem intenção de apontar, com o processo de contextualização, a necessidade de suporte aos familiares dos trabalhadores usuários de álcool em serviços de

atenção à saúde do trabalhador, visto que as famílias, muitas vezes, encontram-se em estado de risco social e sanitário.

## REFERÊNCIAS

1. Brogin PP. Transformações sofridas no grupo familiar diante de acidente de trabalho [Trabalho de conclusão de curso]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2012.
2. Andrade AINP, Martins RML. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*. 2011;40:185-99.
3. Goncalves JRL, Galera SAF. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2010;18(esp).
4. Pereira SS, Teixeira CAB, Juniro EBC, Reisdorfer E, Reis LN, Gherardi-Donato ECS. Consumo de álcool e tabaco entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital geral. IV Congresso Internacional sobre Drogas; 2013; Juiz de Fora. Juiz de Fora: Crepeia; 2013. p. 39.
5. Bernardy CCF, Oliveira MLF. Uso de drogas por jovens infratores. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(supl.):168-75.
6. Vargas Vilela M, Ventura CAA, Silva EC. Conocimientos de estudiantes de enfermería sobre alcohol y drogas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(spe).
7. Fonseca FF. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool. *Esc Anna Nery*. 2007;11(4):599-604.
8. Nappo S, Oliveira LG. O crack em São Paulo, 20 anos depois: consciência alterada o universo paralelo das drogas. *Sci Am*. 2010;8(esp). Edição especial. Brasil. Editora Duetto.
9. Gavioli A. Risco relacionado ao consumo de drogas de abuso em trabalhadores da construção civil: avaliação pelo método do rastreamento [Dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2012.
10. Borges H, Martins A. Migração e sofrimento psíquico do trabalhador da construção civil: uma leitura psicanalítica, *Physis*. 2004;14(1).
11. Rosa NM, Hungaro A, Martins BF, Mishiyama LSK, Silva DMPP, Oliveira, MLF. Perfil clínico e epidemiológico das intoxicações por drogas de abuso em trabalhadores. XII Congresso Internacional de Saúde Mental y Derechos Humanos; 2013; Buenos Aires.
12. Antunes F. Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva [Dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2012.

13. Lima RAS, Amazonas MCLA, Motta JAG. Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. *Estud. Psicol.* 2007;24(4).
14. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineado a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
15. Gandolfi E, Andrade MGG. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2006;40(6):1056-64.
16. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto & Contexto Enferm.* 2013;22(3):662-70.
17. São Paulo. Prefeitura do município de São Paulo. Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. *Intoxicações: manual de vigilância - programa municipal de prevenção e controle das intoxicações*. São Paulo; 2012.
18. Turini CA, Fook SML. *Curso de toxicologia*. Brasília (DF): Anvisa; 2007. Módulo 3: fundamentos de toxicologia.
19. Bogdan RC, Biklen SK. Notas de campo. In: Bogdan RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora; 1994. p. 150-75.
20. Minayo MCS. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.
22. Dalgarrondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(3):182-90.
23. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saude Publica.* 2012;28(5):955-64.
24. Souza FSP, Oliveira EN. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Cienc Saude Colet.* 2010;15(3).
25. Martins BF, Campos APS, Correia LM, Meschial WC, Oliveira MLF. Acidentes ocupacionais por serpentes em idosos do noroeste do Paraná. II Simpósio Maringaense de Gerontologia e I Simpósio Paranaense de Gerontologia; 2013; Maringá.
26. Pratta EMM, Santos MA. Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio. *Psico.* 2009;40(1):32-41.
27. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio Júnior*. Curitiba: Positivo; 2011.



28. Saide OL. Depressão e uso de drogas. HUPE-UERJ. 2011;10.
29. Almeida AS, Aragão NRO, Moura E, Lima GC, Hora EC, Silva LASM. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(6):844-9.
30. Panassollo AB, Cardoso E, Fernanda G, Vasconcelos J, Soares K. Sobrecarga de familiares de alcoolistas [Internet]. [citado 2013 Set 30]. Disponível em: <[http://nossapsique.blogspot.com.br/2012/12/sobrecarga-de-familiares-de-alcoolistas\\_4343.html](http://nossapsique.blogspot.com.br/2012/12/sobrecarga-de-familiares-de-alcoolistas_4343.html)>
31. Silva SED, Padilha MI, Lucialba MMSS, Araujo JS. Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de álcool: implicações do relacionamento familiar. *Psicologia e Saber Social*, 2012;1(1):129-39.
32. Nascimento FG. Alcoolismo: uma discussão sobre o consumo do álcool pelas mulheres [Dissertação]. Fortaleza: Fundação Edson Queiroz Universidade de Fortaleza, Fortaleza; 2011.
33. Hayati PT, Högberg U, Hakimi M, Ellsberg MC, Emmelin M. Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. *BMC Womens Health*, 2011;11(52).
34. Lourenço ST, Monteiro FO. “O Álcool entre Nós”: impacto do consumo de álcool no casal. *Revista CES Psicología*, 2011;4(2),15-28.
35. Floyd F, Cranford J, Daugherty M, Zucker R, Fitzgerald H. Marital interaction in alcoholic and nonalcoholic couples. *J Abnorm Psychol.* 2006; 115(1):121-30.
36. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília (DF): Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
37. Silva MCM, Sousa RMC, Padilha KG. Destino del paciente después de recibir el alta médica de la unidad de cuidados intensivos: ¿unidad de internación o intermedia? *Rev Latino-am Enfermagem.* 2010;18(2).
38. Gladwell M. O ponto da virada. Rio de Janeiro: Sextante; 2009.
39. Álvarez AMA. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(3):188-93.

## 5 ARTIGO 2

### VULNERABILIDADE SOCIAL E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE FAMÍLIAS DE TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL USUÁRIOS DE ÁLCOOL<sup>2</sup>

#### SOCIAL VULNERABILITY AND RISK CLASSIFICATION OF HOUSEHOLD WORKERS OF CONSTRUCTION USERS OF ALCOHOL

#### VULNERABILIDAD SOCIAL Y RIESGO DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRABAJADORES DEL HOGAR DE USUARIOS DE CONSTRUCCIÓN DE ALCOHOL

Beatriz Ferreira Martins<sup>\*</sup>  
Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>\*\*</sup>

### RESUMO

O objetivo foi classificar o risco social de famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool, residentes em município do estado Paraná – Brasil. Estudo descritivo e transversal, realizado com familiares de 11 trabalhadores da construção civil com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica aguda ou crônica e cadastrados em um Centro de Intoxicações, por um período de seis meses. Os instrumentos de coleta de dados foram dois roteiros para a entrevista semiestruturada e a Escala do Risco Familiar de Coelho e Savassi, analisados por meio de estatística descritiva simples e pelo dimensionamento dos escores das respostas. Em dez famílias identificadas com risco, foram encontradas características de vulnerabilidade social epidemiológica, de relevância sanitária e de impacto na dinâmica familiar, como desemprego, baixas condições de saneamento, hipertensão arterial sistêmica e drogadição em mais de um membro da família. Os resultados deste estudo reiteram os aspectos sociais já dimensionados para famílias de trabalhadores na construção civil, agravados pelo comportamento aditivo no ambiente domiciliar. Refletem o potencial de vulnerabilidade e adoecimento de cada núcleo familiar, evidenciando associação inversa entre alcoolismo e indicadores socioeconômicos.

**Palavras-chave:** Grupos de Risco; Relações familiares; Bebidas alcoólicas; Enfermagem.

---

<sup>2</sup> Resultado parcial da dissertação de Mestrado *Impacto do uso abusivo de álcool: estudo em famílias de trabalhadores da construção civil*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

<sup>\*</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Prefeitura Municipal de Flórida. E-mail: biaferreira.martins@gmail.com

<sup>\*\*</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: mlfoliveira@uem.br

## ABSTRACT

The objective was to classify the social risk for families of construction workers who are alcohol users residing in a city of Paraná state - Brazil, Cross and descriptive study, conducted with family members of 11 construction workers with medical diagnosis of acute or chronic alcohol intoxication and registered at a Poison Center , in a six months period . The instruments for data collection were two scripts for the semi-structured and Family Risk Scale of Coelho and Savassi, analyzed using simple descriptive statistics, thru scaling of response scores. In ten families with identified risk, were found epidemiological social vulnerability features, with sanitation relevance and impact on family dynamics, such as unemployment, low sanitation conditions, hypertension and drug addiction in more than one family member. The results of this study reaffirm the social aspects already dimensioned to families of construction workers, aggravated by the addictive behavior in the household environment. Reflect the vulnerability potential and illness of each household, showing an inverse association between alcohol consumption and socioeconomic indicators.

**Keywords:** Risk Groups; Family Relations; Alcoholic Beverages; Nursing.

## RESUMEN

El objetivo fue clasificar el riesgo social de familias de trabajadores de la construcción civil usuarios de alcohol residentes en municipio del estado de Paraná – Brasil. Estudio descriptivo y transversal, realizado con familiares de 11 trabajadores de la construcción civil con diagnóstico médico de intoxicación alcohólica aguda o crónica y catastrados en un Centro de Intoxicaciones por un período de seis meses. Los instrumentos de recolección de datos fueron dos guiones para la entrevista semiestructurada y la Escala del Riesgo Familiar de Coelho y Savassi, analizados por medio de estadística descriptiva simple y por el dimensionamiento de los resultados de las respuestas. En diez familias identificadas con riesgo, fueron encontradas características de vulnerabilidad social epidemiológica, de relevancia sanitaria y de impacto en la dinámica familiar; como desempleo, bajas condiciones de saneamiento, hipertensión arterial sistémica y drogadicción en más de un miembro de la familia. Los resultados de este estudio reiteran los aspectos sociales ya dimensionados para familias de trabajadores en la construcción civil, agravados por el comportamiento adictivo en el ambiente domiciliario. Reflejan el potencial de vulnerabilidad y enfermarse de cada núcleo familiar, evidenciando asociación inversa entre alcoholismo e indicadores socioeconómicos.

**Palabras clave:** Grupos de Riesgo; Relaciones familiares; Bebidas alcohólicas; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A família é uma das principais fontes de apoio do indivíduo e quando um de seus membros encontra-se fragilizado, ela precisa ser fortalecida na sua integridade. É compreendida como o elo entre as diversas esferas da sociedade, implica no

desenvolvimento saudável ou não de seus membros e difunde fatores de risco e fatores protetores para o surgimento do abuso de drogas no meio familiar (BRASIL, 2013; BERNARDY; OLIVEIRA, 2012)<sup>(1,2)</sup>.

O uso de bebida alcoólica é mais comum em pessoas com baixa renda, baixa escolaridade e na faixa etária economicamente ativa, circunscrevendo-se ao usuário, sua família e ao meio social e laboral. Viver em um "ambiente aditivo" afeta negativamente os descendentes e estima-se que, para cada alcoolista, cinco ou seis pessoas da família são afetadas e o álcool tem considerável peso na gênese da violência no ambiente familiar, nos acidentes de trabalho, no adoecimento e morte (GAVIOLI et al., 2011; WHO, 2010; FUREGATO, 2011)<sup>(3,4,5)</sup>.

A construção civil é reconhecida por sua capacidade de absorver grandes contingentes de trabalhadores, sendo responsável por grande parte do emprego das camadas pobres da população masculina. É caracterizada, também, por apresentar relações trabalhistas precarizadas, grande contingente de trabalhadores informais, alta rotatividade, nocividade das condições de trabalho e muitos trabalhadores experimentam, ao longo de suas vidas, processos progressivos de desgaste e vulnerabilidade, freqüentemente devido a condições relacionadas ao trabalho (GAVIOLI, 2012; LEITE, 2012)<sup>(6,7)</sup>.

Grupos ou indivíduos fragilizados, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania, podem ser denominados vulneráveis. A vulnerabilidade pode ser conceituada como as condições de maior ou menor fragilidade de grupos de pessoas da sociedade, de modo a incluir dimensões políticas e econômicas, além dos aspectos comportamentais e de saúde (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013, MANN; TARANTOLA, 1996)<sup>(8,9)</sup>.

O referencial da vulnerabilidade pode ser empregado para compreender a "epidemia do uso de drogas" e estabelecer ações de enfrentamento, sendo analisado nos três componentes de análise: o individual, referente às características demográficas e econômicas e aos comportamentos e às práticas; o programático, associado à capacidade de resposta das instituições públicas às necessidades do grupo social analisado; e o social ou determinante de vulnerabilidade social (SANT'ANNA; AERTS; LOPES, 2005; MANN; TARANTOLA, 1996)<sup>(9,10)</sup>.

O componente social considera que a obtenção de informações, as possibilidades de metabolizar essas informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas não depende só dos indivíduos, mas de aspectos diversos, como acesso a meios de comunicação, grau

de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas e possibilidade de enfrentar barreiras culturais (MANN; TARANTOLA, 1996)<sup>(9)</sup>.

O campo de estudo sobre famílias em vulnerabilidade social tem sido bastante explorado em pesquisas sociológicas e comportamentais. Famílias vulneráveis são aquelas cujos indivíduos que a compõem apresentam déficits em seus recursos pessoais e de condições de vida - social ou ambiental, denominadas em alguns estudos como famílias problema e famílias disfuncionais (COSTA; DIAS, 2012; PRATTI, 2009)<sup>(11,12)</sup>.

Tomando por ponto de partida a conceitualização de família como um sistema interacional em desenvolvimento, a vulnerabilidade social pode ser expressa no adoecimento de um ou vários membros, por situações recorrentes de uso de drogas, em situação de violência doméstica e outras condições que impeçam ou detenham o desenvolvimento saudável desse grupo, e coadjuvam ou incrementam a probabilidade de seus membros passarem a viver em situação de exclusão (PRATTI et al., 2009)<sup>(12)</sup>.

Contextos de vulnerabilidade, como condições ambientais ou espaços psicológicos onde vivem as pessoas, também podem estimular o uso da bebida alcoólica. Pessoas com contextos familiares prejudicados ou que (com) vivam em condições de risco social tem maior predisposição a ter membros com comportamento aditivo (BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009)<sup>(2,13)</sup>.

Para que os serviços de saúde consigam reorganizar o processo de trabalho à demanda de seu território, faz-se necessário estabelecer prioridades, principalmente no atendimento às famílias com vulnerabilidade social, nas quais o cuidado aos seus membros pode estar prejudicado em determinadas situações, no presente estudo, determinada pelo uso de drogas de abuso pelo trabalhador responsável pela família, ou seja, aquele que traz o “sustento” aos familiares (BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; MENEZES et al., 2012)<sup>(2,14)</sup>.

Neste contexto de riscos sociais, o estudo objetivou classificar o risco social de famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este estudo se caracteriza por transversal, de caráter descritivo e abordagem mista, com delineamento de uma série de casos de famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool. A investigação mista é uma metodologia em que o pesquisador analisa

e integra dados qualitativos e quantitativos em um único estudo (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007)<sup>(15)</sup>.

Foi realizado em município do Noroeste do Paraná - Brasil, com casos originários do banco de dados de um centro de intoxicações de um Hospital Universitário (CCI/HUM). Em razão da carência de informações disponíveis sobre intoxicações, principalmente agravos relacionados ao uso de drogas de abuso, os registros dos centros de intoxicações brasileiros são considerados sentinelas, captadores de problemas sociais local e nacional. Desta forma, a sociedade e o sistema de saúde podem enxergar esses casos e encontrar formas adequadas para enfrentá-los (GANDOLFI; ANDRADE, 2006)<sup>(16)</sup>.

A população foi composta por 11 familiares de trabalhadores da construção civil, atendidos em unidades de urgência, com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica aguda ou crônica, cadastrados no CCI/HUM, no período de janeiro a junho de 2013, e que atendiam aos seguintes critérios: atividade na construção civil na data da ocorrência toxicológica; idade superior ou igual a 18 anos, independente de sexo; alta hospitalar como desfecho do evento clínico; residência no município de Maringá; e com referência familiar. O critério para a escolha do familiar a ser entrevistado seguiu a disponibilidade e prontidão da pessoa que foi mantida contato.

A fonte de dados para a seleção dos casos foi a Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso - OT/IA. Trata-se de um instrumento de registro com modelo padronizado nacionalmente e que fornece dados referentes ao paciente e ao acidente toxicológico, objetivando facilitar o acompanhamento dos casos notificados e a vigilância epidemiológica dos eventos (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013; SÃO PAULO, 2012)<sup>(08,17)</sup>.

Foram compilados da ficha OT/IA dados relativos à idade e ao sexo do trabalhador; ao agente e tipo de intoxicação; e ao histórico e à evolução clínica do caso. Os instrumentos de coleta de dados foram dois roteiros para entrevista semiestruturada - Roteiro Trabalhador e Roteiro Família- e uma Escala do Risco Familiar, para estratificar o risco social e de saúde. O Roteiro Trabalhador foi constituído pela caracterização do trabalhador/dados socioeconômicos e demográficos e pelos dados da ocorrência toxicológica e desfecho clínico, retirados da ficha OT/IA. O Roteiro Família foi constituído pela caracterização da família, caracterização do familiar respondente e uma questão norteadora específica para o presente estudo; “o que o alcoolismo/internação do seu familiar produziu em seu meio familiar?”.

A Escala de Risco Familiar de Coelho - ERF - CS é um instrumento com informações sentinelas para avaliação das situações de risco a que as famílias possam estar expostas no cotidiano e a vulnerabilidade social, e é utilizada por equipes da Atenção Primária de Saúde no Brasil. É uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde e, desta forma, oferece subsídios para realizar a prevenção, promoção e planejamento da saúde, conforme os riscos apresentados (SAVASSI et al., 2012; PEREIRA et al., 2009)<sup>(18,19)</sup>. (Quadro 1)

A utilização das sentinelas de risco da ERF-CS justifica-se pelas características presentes no seio familiar e são classificadas de acordo com os critérios de riscos identificados. São relacionadas à relevância epidemiológica – acamado, deficiências física e mental, baixas condições de saneamento, desnutrição grave, drogadição, desemprego, analfabetismo, menor de seis meses, maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, relação morador/cômodo; à relevância sanitária - baixas condições de saneamento, desnutrição grave, desemprego, analfabetismo, relação morador/cômodo; e o impacto na dinâmica familiar – acamado, deficiências física e mental, desnutrição grave, drogadição, desemprego, analfabetismo, menor de seis meses, maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, relação morador/cômodo (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012)<sup>(18)</sup>.

A ERF - CS oferece uma visão ampliada da família, vislumbrando ações no sentido de minimizar os agravos e situações apontados como sentinelas. Auxilia na avaliação da vulnerabilidade das famílias, com importante potencial de utilização no planejamento das ações, e também serve como ponto de partida para o mapeamento da rede social para o núcleo familiar (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012)<sup>(18)</sup>.

Geralmente, a ERF - CS é preenchida a partir da compilação de dados de fichas preenchidas pelo agente comunitário de saúde, no Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB (BRASIL, 2011)<sup>(20)</sup>, na primeira visita que o agente realiza às famílias de sua comunidade. No presente estudo, a ERF-CS foi preenchida pela pesquisadora, como um módulo de entrevista domiciliar realizada com o objetivo maior de avaliar o impacto do uso abusivo de álcool em famílias de trabalhadores da construção civil.

A coleta de dados foi realizada, nos meses de abril a julho de 2013, e as entrevistas feitas pela própria investigadora, em único encontro domiciliar, gravadas em meio digital para garantir a fidedignidade dos relatos, com duração média de 30 minutos ( $\pm 9,04$ ). O

conteúdo das gravações das entrevistas, das quais foram extraídos os dados qualitativos, foi transcrito, na íntegra, pela própria pesquisadora.

Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva simples, a descrição dos escores de respostas e a análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010)<sup>(21)</sup> foi utilizada para construir os depoimentos dos familiares, segundo a questão norteadora indicada.

Quadro 1 - Escore de pontuação de risco familiar

<b>Indicador do risco social familiar</b>		<b>Escore</b>
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição grave		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses de idade		1
Maior de 70 anos de idade		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
<i>Diabetes Mellitus</i>		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
<b>Escore total</b>	<b>Classificação de risco</b>	
Menor que 5	R0 – Sem risco	
5 a 6	R1 – Risco menor	
7 a 8	R2 – Risco médio	
9 ou mais	R3 – Risco máximo	

Fonte: Coelho e Savassi (2004)

Para assegurar o anonimato da família e facilitar a interpretação e apresentação dos dados, as famílias foram identificadas de acordo com a ordem da entrevista e representadas pelo número do caso, a inicial do trabalhador e sua idade. Alguns trechos dos depoimentos



foram readequados em respeito à norma culta da língua portuguesa, sem alteração no conteúdo.

Devido ao fato de o estudo envolver uma população considerada vulnerável, na qual a capacidade de autodeterminação pode apresentar-se reduzida, todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente (BRASIL, 2012)<sup>(22)</sup>. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, com parecer 207.377/2013.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Previamente à classificação do risco social de famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool, será apresentada uma síntese das características dos sujeitos do estudo.

### **Perfil dos trabalhadores e suas famílias**

Todos os trabalhadores eram do sexo masculino, com média de 44 anos de idade, baixa escolaridade e baixa renda individual - seis trabalhadores com remuneração menor de três salários mínimos brasileiros para o ano de 2012, e a maioria com a ocupação de pedreiro. A baixa escolaridade implica, entre outros aspectos, em menor inserção no mercado formal e menor disponibilidade financeira (MENDES et al., 2012)<sup>(23)</sup>.

Todos tinham histórico de intoxicação crônica e foram atendidos em unidades de Pronto Socorro, mas dez necessitaram de internamento em enfermaria e um em unidade de terapia intensiva. A intoxicação é considerada aguda quando única ou múltipla, num período de tempo não superior a 24 horas, e crônica quando o evento se repete durante um longo período de tempo (TURINI; FOOK, 2007)<sup>(24)</sup>.

O horário de maior ocorrência dos atendimentos foi o noturno, em seis casos, e o principal motivo foi a violência: cinco trabalhadores, após ingestão de bebida alcoólica tiveram queda da própria altura ou de bicicleta, acompanhadas de ferimento corto-contuso (FCC) e dois apresentaram FCC após agressão física. O tempo de permanência hospitalar dos trabalhadores foi de sete dias ( $\pm$  8,9) e todos evoluíram para alta hospitalar.

O número de familiares dos trabalhadores da construção civil habitando na mesma residência variou de duas a sete pessoas, sendo famílias com dois moradores em sete

cômodos até famílias com cinco moradores em três cômodos. A renda familiar prevalente em oito famílias foi menor de três salários mínimos brasileiros para o ano de 2012. Oito famílias informaram alguma atividade de lazer, como almoço familiar, participação em festas, passeios para compras e pequenas viagens.

No Brasil, apesar da desigualdade de renda apresentar declínio de forma contínua e acentuada, ela permanece elevada e as famílias maiores são as que possuem menor nível de renda *per capita*. As famílias com cinco membros ou mais foram as que tiveram menores ganhos de renda ao longo do tempo em relação às famílias com menor número de membros (FERRARIO; CUNHA, 2012)<sup>(25)</sup>.

Os familiares respondentes eram na maioria do sexo feminino, adultos jovens, de baixa renda individual e baixa escolaridade. Estudos evidenciam que, quanto menor o nível de escolaridade, maior as alterações emocionais, evidenciadas pela maior dificuldade do enfrentamento à situações de crise, ocasionando impactos em toda a família (SANTOS; PAVARINI, 2010; FERNANDES; GARCIA, 2009)<sup>(26,27)</sup>.

Todos os familiares refeririam ter alguma inserção religiosa e apenas um era não praticante, mas dos dez trabalhadores com alguma inserção religiosa, quatro não eram praticantes. A religiosidade tem papel importante na manutenção e recuperação da saúde mental dos membros familiares e a religião pode desempenhar importante função apaziguadora para o enfrentamento de eventos estressantes e dolorosos, auxiliando o familiar a entender o estado clínico do ente e o sofrimento causado por essa situação (OLIVEIRA et al., 2012; WAIDMAN et al., 2009)<sup>(28,29)</sup>.

### **Risco social e vulnerabilidade das famílias**

Apesar de fragilizada, pela desestabilização da condição salarial e pela vulnerabilidade individual de seus provedores, a família vê, paradoxalmente, aumentar suas responsabilidades como mecanismo de proteção social. As estratégias colocadas em prática pelos trabalhadores buscam na solidariedade familiar seu principal ponto de articulação, minimizando os efeitos causados pela vulnerabilidade das condições de vida e trabalho de seus membros.

Aspectos da relevância epidemiológica e de saúde e do impacto do risco social na dinâmica familiar foram encontrados em todas as famílias de trabalhadores da construção civil usuários crônicos de álcool. Dentre os 13 indicadores sentinela estabelecidos na ERF-

CS, não foram encontrados apenas três deles nas famílias investigadas: membros acamados, membros com desnutrição grave e membros com idade inferior a seis meses. (Quadro 2)

Quadro 2 – Distribuição dos indicadores sentinela da ERF-CS em famílias dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool. Maringá – PR, janeiro – junho, 2013

<b>Indicador do risco social familiar</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>F5</b>	<b>F6</b>	<b>F7</b>	<b>F8</b>	<b>F9</b>	<b>F10</b>	<b>F11</b>	<b>TOTAL</b>
Acamado												
Deficiência física									X	X		2
Deficiência mental			X			X			X	X		4
Baixas condições de saneamento			X		X	X		X	X	X	X	7
Desnutrição grave												-
Drogadição	X	X				X		X	X	X		6
Desemprego	X		X	X	X	X	X	X	X	X		9
Analfabetismo				X		X	X				X	4
Menor de 6 meses de idade												
Maior de 70 anos de idade									X			1
Hipertensão arterial sistêmica		X	X			X	X	X	X	X		7
Diabetes Mellitus			X				X	X		X		4
Relação morador/cômodo	9/5	7/4	5/5	2/7	2/5	5/3	6/9	5/6	7/7	5/7	6/4	
<b>Classificação do risco social</b>	<b>R2</b>	<b>R1</b>	<b>R3</b>	<b>R0</b>	<b>R1</b>	<b>R3</b>	<b>R1</b>	<b>R3</b>	<b>R3</b>	<b>R3</b>	<b>R3</b>	<b>R2</b>

Legenda: F1= família 1; F2 = Família 2...; Total F = total de famílias; R0 = sem risco; R1 = risco menor; R2 = risco médio; R3 = risco máximo.

Foi possível estabelecer duas fontes de vulnerabilidade às quais os indivíduos estão sujeitos: vulnerabilidade extrínseca – ocasionada por circunstâncias externas, como desemprego, baixa renda familiar e baixa escolaridade ou carência de recursos; e vulnerabilidade intrínseca – ocasionada por características da própria família, como doença mental, deficiência mental e física, e os extremos de idade (idosos e crianças). Frequentemente, famílias vulneráveis intrinsecamente também são extrinsecamente vulneráveis, pois geralmente não têm poder e, provavelmente, vivem em condições muito próximas da exclusão (ROGERS; BALLANTYNE, 2008)<sup>(30)</sup>.

No plano social, os contextos encontrados relacionam as situações vivenciadas na família a indicadores sociais desfavoráveis e, entre os achados mais contundentes para determinação da vulnerabilidade social, estão o desemprego, presente em nove famílias, as baixas condições de saneamento, em sete famílias, e o analfabetismo, em quatro delas. As condições de moradia eram regulares, mas as condições higiênicas, na maioria delas, eram ruins.

A condição socioeconômica desfavorável se associa a condições inadequadas de moradia, ausência ou baixa escolaridade, subemprego ou desemprego e a outras condições, que contribuem para o aumento de conflitos, da violência doméstica e extramuros, além estimular a participação, direta ou indireta, em pequenos crimes e mentiras para aquisição do álcool (ROGERS; BALLANTYNE, 2008)<sup>(30)</sup>.

Chamou atenção também a convivência cotidiana com condições sociais desfavoráveis causada por doenças crônicas e degenerativas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica e a *diabetes mellitus*, presentes em sete e quatro famílias, respectivamente, além da drogadição e da deficiência mental de mais de um membro.

A família é capaz de identificar problemas na saúde e acompanhar todo processo saúde/doença do membro afetado, porém, a capacidade para cuidar pode tornar-se prejudicada quando há a ocorrência de doenças agudas ou crônicas constantes e prolongadas. Em se tratando de doenças crônicas, a família convive permanentemente com a problemática da doença e os cuidados que a mesma demanda, o que pode alterar todo seu cotidiano (MARCON et al., 2005)<sup>(31)</sup>.

Grande parte dos familiares dos trabalhadores relatou ser difícil a convivência com dependente de álcool, pois muitas vezes há exposição a diversas formas de violência, além do fato dos dependentes de álcool serem pouco receptivos a algum tipo de tratamento terapêutico. As famílias sentem-se sobrecarregadas com o cuidado de seu familiar com doença crônica, mas sentem a necessidade de oferecer um cuidado adequado às suas necessidades e este cuidado precisa se pautar em suas potencialidades, o que, entretanto, não pode significar uma desobrigação do serviço de saúde e do Estado (WAIDMAN et al., 2009)<sup>(29)</sup>.

Em um dos depoimentos, um irmão do trabalhador falou a respeito do dia do atendimento hospitalar, presente nos registros do trabalhador, e demonstra a preocupação da família:

*“Era dia de ano novo e nós ficamos desesperados, tanto eu quanto a família toda, minha filha pegou o carro dela para procurá-lo e não achava.” (Caso 5, RB, 51 anos)*

O Quadro 3 sintetiza os escores para a classificação do risco social, com as famílias identificadas pela ordem das entrevistas, as iniciais do nome, o sexo e a idade do trabalhador da construção civil.

Quadro 3 - Classificação do risco social das famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool. Maringá – PR, janeiro – junho, 2013

<b>N</b>	<b>Iniciais</b>	<b>S</b>	<b>Id</b>	<b>Escore de risco</b>	<b>Risco familiar</b>
1	AMM	M	26	7	R2 – Risco médio
2	PDR	M	44	6	R1 – Risco menor
3	JLM	M	48	12	R3 - Risco máximo
4	JV	M	67	3	R0 - Sem risco
5	RB	M	51	5	R1 - Risco menor
6	CCS	M	40	12	R3 - Risco máximo
7	VLS	M	52	5	R1 - Risco menor
8	JFS	M	53	9	R3 - Risco máximo
9	JLM	M	23	17	R3 - Risco máximo
10	GMS	M	39	15	R3 - Risco máximo
11	OW	M	39	7	R2 - Risco médio

Legenda: N = número da entrevista; S = sexo; Id = idade.

A análise dos dados e a pontuação dos escores evidenciaram apenas uma família classificada como R0 ou sem risco, apesar de serem apontados o desemprego e o analfabetismo na ERF – CS.

Em uma dessas famílias, a filha foi a respondente e no início da entrevista enfatizou que o pai não era etilista e bebia apenas “socialmente”. Os pais moram em residência própria e com sete cômodos e informaram que desenvolvem atividades de lazer em família, principalmente recreacionais, como almoços e festas.

A filha afirmou sobre o pai: *“meu pai é muito certinho, o internamento dele não tem nada ver com o álcool e sim devido uma inflamação e infecção muscular, porque se esforçou demais carregando tijolos”*[...]. Informou que o uso de álcool não influencia negativamente a família e afirmou ser um meio de recreação, divertimento e confraternização para os familiares:

*“[...] a gente ta acostumado, desde que eu sou criança que eu vejo ele beber então eu acho isso normal, a gente bebe, todo mundo brinca, da*

*risada, acabou, passou. Mas eu não vejo o jeito que ele bebe [...] tão preocupante, porque ele sabe parar”*. (Caso 4, JV, 67 anos)

Na cultura brasileira, o uso de álcool é componente fundamental de celebrações e em confraternizações de família. Porém, do início recreacional e familiar, as pessoas passam a necessitar do álcool em outras situações do cotidiano (SAIDE, 2011)<sup>(32)</sup>. Na presente série de casos, duas famílias não percebem o uso de drogas como uma doença e, por isso, deixam de buscar assistência à saúde e as políticas públicas não as alcançam.

Evidenciou-se que no contexto das 11 famílias existia o comportamento aditivo e, em algumas delas, havia atitude permissiva e ao mesmo tempo estimuladora do consumo, na figura dos pais e filhos. Embora o consumo de drogas pelos pais esteja relacionado ao maior risco dos filhos se tornarem usuários, tendo em vista que o comportamento lhes “serve de modelo”, é a atitude permissiva que mais pesa na equação (SCHENKER; MINAYO, 2003)<sup>(33)</sup>.

Das dez famílias identificadas com algum nível de risco social, três foram categorizadas como R1 ou Risco menor, duas como R2 ou Risco médio e cinco como R3 ou Risco máximo.

As três famílias de *risco menor* apresentaram três elementos das sentinelas de risco, sendo o desemprego comum em duas delas. Baixas condições de saneamento, drogadição, analfabetismo, relação morador/cômodo maior que um, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, foram encontrados isolados em todas elas.

Em duas dessas residências, as respondentes se envergonharam de atender a pesquisadora no interior das mesmas. Apesar das famílias serem identificadas com *risco menor* pela soma dos escores da ERF-C, a carência habitacional encontrada nesses lares são de alto impacto e indicam uma maior vulnerabilidade social dessas famílias.

Duas famílias com *risco médio* tiveram em comum apenas o item relação morador/cômodo maior que um, sendo a drogadição, o desemprego, as baixas condições de saneamento e o analfabetismo identificados de forma isolada. Esse fato demonstra que a relação morador/cômodo também pode ser utilizada como uma sentinela importante para a classificação das famílias, pois foi determinante para essa classificação de risco (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012)<sup>(18)</sup>.

Houve maior prevalência de famílias com *risco máximo* na população em estudo. Em todas as residências foram apontadas baixas condições de saneamento, membros

desempregados e com hipertensão arterial. Em quatro delas informaram a presença de indivíduos com deficiência mental e drogadição; três tiveram em comum a presença de morador com *diabetes mellitus*; duas relataram pessoas com deficiência mental; e apenas uma tinha familiar idoso.

A seguir alguns trechos de depoimentos dos respondentes dessas famílias, as quais merecem destaque para o âmbito social:

*“Ele já sumiu várias vezes de casa por causa da bebida, é triste, ele xinga os meninos, xinga eu pela rua de biscate. Ele não me ajuda em casa, eu que trabalho[...]”*. (Caso 8, JFS, 53 anos)

*“Eu falo que ele tem que trabalhar, comprar roupa, se vestir bem, porque se cair em uma pior vai ser difícil acudir se ele não quiser.”* (Caso 9, JLM, 23 anos)

*“[...]Esse ai não para de beber mais não, hoje ele não entra mais em casa. Estão precisando dele no serviço e ele não foi, foi beber. [...] Às vezes ele vai trabalhar alcoolizado”*. (Caso 10, GMS, 39 anos)

No presente estudo destacou-se a presença de indivíduos com algum tipo de patologia crônica, além do alcoolismo, em algum membro da família. Estes dados estão de acordo com as mudanças do padrão demográfico do país, marcado pela diminuição da fecundidade e aumento da longevidade e consequente aumento das doenças crônico-degenerativa (MENEZES et al., 2012)<sup>(14)</sup>.

A dependência de drogas reflete um profundo impacto na família do dependente, pois afeta todos os membros da estrutura familiar. Esse impacto reflete-se na alteração da dinâmica das relações, gera conflitos e diminui a autoestima familiar. O familiar do usuário crônico do álcool busca não somente cuidar e manter a saúde do ente dependente, como também procura reestruturar toda família para impedir a desintegração de seus membros e seus comportamentos e atitudes refletem e contagiam todo o ambiente familiar (GONÇALVES; GALERA, 2010; MELO et al., 2005)<sup>(34,35)</sup>.

A classificação do risco familiar possibilita determinar planejamento de saúde pelos diferentes profissionais de saúde, priorizando as famílias R3 e R2, as quais deverão ser assistidas com mais atenção e cujo acompanhamento deverá ocorrer em intervalos mais curtos que o das outras famílias. Da mesma forma, as famílias R1 também devem ser assistidas com frequência menor que a das R2 e maior que a das R0, possibilitando o

planejamento adequado das ações programáticas e melhoria da qualidade da assistência (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012)<sup>(18)</sup>.

O sistema familiar é um fator importante a ser considerado, tanto em contextos de risco, como em contextos de proteção. O uso do álcool por um membro da família pode estimular o outro e quanto maior o número de etilistas no domicílio, maior o risco aos impactos negativos nos familiares.

É necessário olhar para esse agrupamento humano como um núcleo no qual as pessoas se unem, essencialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum e compartilham o cotidiano, transmitido por meio das relações interpessoais, tradições e valores (SILVA; TOMANIK, 2011; PRATTA; SANTOS, 2009)<sup>(36,37)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu avançar nos contextos de vida de 11 famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool, consideradas política e socialmente fragilizadas porque, além das condições sociais deficitárias que unia a maioria delas, mantiveram-se “invisíveis” aos olhos da sociedade e dos profissionais de saúde.

Os resultados reiteram aspectos sociais do trabalho na construção civil e demonstram que a maioria das famílias de trabalhadores usuários crônicos de álcool estão classificadas com algum grau de risco social, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. A associação entre alcoolismo e indicadores socioeconômicos foi inversa e a estratificação do risco social apontou que, das onze famílias estudadas, apenas uma foi classificada *sem* risco social.

Em dez famílias foram encontradas características de vulnerabilidade social, como desemprego, baixas condições de saneamento, analfabetismo e drogadição em um dos membros da família. Cinco famílias estavam sob risco social máximo, que poderia ser determinante ou determinado pelo uso contínuo e permanente de álcool pelo provedor.

Os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de estratégias preventivas voltadas ao ambiente familiar que visem à captura precoce dos usuários de drogas, visando à quebra do ciclo vicioso nas famílias que vivem circunstâncias de vulnerabilidade nos planos individual, social e programático. No plano programático, os contextos encontrados referiam-se à acessibilidade a serviços de saúde, ao vínculo com



profissionais de saúde e às questões relacionadas à resolutividade e autonomia das famílias para o enfrentamento ao uso de drogas.

É importante salientar que a atuação de profissionais de saúde, particularmente a equipe de enfermagem, deveria ser trabalhada sob a perspectiva de redução de danos e reinserção social. Os trabalhadores usuários de álcool e suas famílias deveriam ser acolhidas e vinculadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), dentre outros dispositivos de atenção à saúde.

Os achados sugerem que a atuação dos profissionais de saúde na prevenção, adesão ao tratamento e reinserção social necessitam ser fortalecidos, porém as famílias também necessitam desse fortalecimento, visando ao empoderamento frente aos contextos de vulnerabilidade discutidos. Embora no trabalho com famílias em vulnerabilidade social o discurso mais marcante ainda se refira aos fatores de risco, há uma tentativa de quebra do discurso sobre a incapacidade de lidar com as dificuldades da vida.

Para atender a famílias vulneráveis, com membros usuários de álcool, é preciso oferecer um cuidado individualizado, integralizado e interdisciplinar. O profissional enfermeiro precisa oferecer um cuidado que ajude a família a enfrentar os problemas e as dificuldades do cotidiano, posto que o cuidado oferecido interfere, direta ou indiretamente, tanto positiva quanto negativamente, nas condições de vida da família.

## **REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Justiça (BR). Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2013.
2. Bernardy CCF, Oliveira MLF. Uso de drogas por jovens infratores. *Cienc Cuid Saude*, 2012; 11(supl.):168-75.
3. Gavioli A, Roseghine CFL, Marcon SS. As mudanças ocorridas no seio familiar do paciente vítima de acidente de trabalho grave. SELAENF - Seminário Latino Americano de Pesquisa e Assistência de Enfermagem à Família; 2011; Maringá; LEIFAMS; 2011; Maringá.
4. World Health Organization. Library Cataloguing-in-Publication Data. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup; 2010.

5. Furegato ARF. Alcohol y otras drogas: acciones en busca de soluciones. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19:663-4.
6. Gavioli A. Risco relacionado ao consumo de drogas de abuso em trabalhadores da construção civil: avaliação pelo método do rastreamento [Dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2012.
7. Leite I. O trabalho na construção civil: degradação e exclusão social. *Revista Espaço Acadêmico*, 2012;12(135):102-8.
8. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto & Contexto Enferm*. 2013;22 (3):662-70.
9. Mann JM, Tarantola DJM. Vulnerability: personal and programmatic. In: Mann JM, Tarantola DJM, editors. *AIDS in the world II - global dimensions, social roots, and responses*. Boston: Harvard University Press; 1996. p. 441-3.
10. Sant'Anna A, Aerts D, Lopes MJ. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. *Cad Saude Publica*, 2005;21(1):120-9.
11. Costa JM, Dias CMSB. Famílias recasadas: mudanças, desafios e potencialidades. *Psicol Teor Prat*. 2012;14(3),72-87.
12. Prati LE, Couto MCPP, Koller SH. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. *Psicol Teor Pesq*. 2009;25(3).
13. Jinez LJ, Souza JRM, Pillon SC. Drug use and risk factors among secondary students. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(2):246-52.
14. Menezes AHR, Cardelli AAM, Vieira GB, Martins JT, Fernandes MV, Marrero T. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi: um relato de experiência. *Cienc Cuid Saude*. 2012;11(1):190-5.
15. Johnson B, Onwuegbuzie A, Turner L. Toward a definition of mixed methods research. *J Mix Methods Res.*, 2007;1(2):112-33.
16. Gandolfi E, Andrade MGG. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2006;40(6):1056-64.
17. Prefeitura do município de São Paulo (São Paulo, SP). Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. *Intoxicações: manual de vigilância - programa municipal de prevenção e controle das intoxicações*. São Paulo; 2012.
18. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(2):179-85.

19. Pereira JG, Campinas LLSL, Martines WRV, Chueiri PS. Integração academia, serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de São Paulo. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 2009;33(1):99-107.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB: 2ª versão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
21. Minayo MCS. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
22. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.
23. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saude Publica*, 2012;28(5):955-64.
24. Turini CA, Fook SML. *Curso de toxicologia*. Brasília (DF): Anvisa; 2007. Módulo 3: fundamentos de toxicologia.
25. Ferrario MN, Cunha MS. Estrutura e renda familiar no Brasil. *Ens FEE*. 2012; 33(1):117-36.
26. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gauch Enferm*. 2010;31(1):115-22.
27. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3):393-9.
28. Oliveira WT, Antunes F, Inoue L, Reis LM, Araújo CRMA, Marcon SS. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. *Cienc Cuid Saude*. 2012;11(1):129-37.
29. Waidman MAP, Radovanovic CAT, Scardoelli MGC, Estevam MC, Pini JS, Brischiliari A. Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa. *Cienc Cuid Saude*. 2009;8(supl.):97-103.
30. Rogers W, Ballantyne A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. *RECIIS*. 2008;2(supl. 1):31-41.
31. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2005;14(spe):116-24.
32. Saide OL. *Depressão e uso de drogas*. HUPE-UERJ. 2011;10.

33. Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Cienc Saude Colet*. 2003;8(1):299-306.
34. Goncalves JRL, Galera SAF. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(esp).
35. Melo ZM, Caldas MT, Carvalho MMC, Lima AT. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. *Psicol Estud*. 2005;10(2):201-8.
36. Silva DMP, Tomanik EA. Condições de vida de famílias ribeirinhas moradoras nas residências populares do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. *Acta Sci*. 2011;33(2).
37. Pratta EMM, Santos MA. Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio. *Psico*. 2009;40(1):32-41.

**6 ARTIGO 3****SOBRECARGA EM FAMÍLIAS DE TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL USUÁRIOS DE ÁLCOOL<sup>3</sup>****OVERLOAD IN FAMILIES OF CONSTRUCTION WORKERS USERS OF ALCOHOL****SOBRECARGA EM FAMILIAS DE TRABAJADORES DE USUARIOS DE CONSTRUCCIÓN DE ALCOHOL**

Beatriz Ferreira Martins<sup>\*</sup>  
Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>\*\*</sup>

**RESUMO**

Objetivou-se descrever a sobrecarga dos familiares de trabalhadores da construção civil usuários de álcool. Estudo transversal e descritivo, em uma de série de casos de 11 famílias dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool. Foram aplicados dois roteiros para entrevista semiestruturada e a Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares, analisada por meio de estatística descritiva simples e pelo dimensionamento dos escores das respostas aos itens da escala. A análise da sobrecarga objetiva das famílias apontou transportar o trabalhador (100%), preparar ou auxiliar e/ou preparar os alimentos (81,8%), cuidar do dinheiro familiar (72,7%) ou lembrar o trabalhador da higiene pessoal (63,6%). A sobrecarga subjetiva indicou alta dificuldade dos familiares em realizar tarefas cotidianas para auxiliar os trabalhadores, seguida do acompanhamento ou lembrança das consultas médicas (85,7%). Esta sobrecarga acentua-se na falta de apoio eficiente dos serviços de saúde. Embora o estudo tenha sido realizado com uma população específica, tem intenção de aproximar os serviços de saúde e de assistência social como suporte dos familiares de trabalhadores usuários de álcool e apontar quais medidas efetivas e específicas devam se aplicadas pelos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, em todos os níveis de atenção.

**Palavras-chave:** Características da Família, Relações familiares; Bebidas alcoólicas; Enfermagem.

---

<sup>3</sup> Resultado parcial da dissertação de Mestrado *Impacto do uso abusivo de álcool: estudo em famílias de trabalhadores da construção civil*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

<sup>\*</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Prefeitura Municipal de Flórida. E-mail: biaferreira.martins@gmail.com

<sup>\*\*</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: mlfoliveira@uem.br

## ABSTRACT

Aimed to describe the burden of families of construction workers who are alcohol users. Cross sectional and descriptive study of a case series of 11 families of construction workers who are alcohol users. Two scripts were applied to the semi-structured interviews and the Family Overload Rating Scale, analyzed using simple descriptive statistics, and by scaling the responses scores to the scale items. The objective burden of households pointed transporting the worker (100%), preparation or assist in preparing food for the workers (81,8%), taking care of family money (72,7%) or reminding the worker of personal hygiene (63,6 %). The subjective burden indicated high difficulty by the family member in performing daily tasks to assist workers followed by monitoring or recollection of medical appointments (85,7%). This overload is accentuated in the absence of effective support from health services. Although the study was conducted with a specific population, has the intention of bringing health services and social support to families of workers who are alcohol users, and point to specific and effective measures be applied by health professionals, especially the nursing staff at all levels of care.

**Keywords:** Family Characteristics; Family Relations; Alcoholic Beverages; Nursing.

## RESUMEN

Tuvo el objetivo de describir la sobrecarga de los familiares de trabajadores de la construcción civil usuarios de alcohol. Estudio transversal y descriptivo, en una serie de casos de 11 familias de trabajadores de la construcción civil usuarios de alcohol. Fueron aplicados dos guiones para entrevista semiestructurada y la Escala de Evaluación de la Sobrecarga de los Familiares, analizados por medio de estadística descriptiva simple y por el dimensionamiento de los resultados de las respuestas a los ítems de la escala. El análisis de la sobrecarga objetiva de las familias apuntó: transportar al trabajador (100%), preparar o auxiliar y/o preparar los alimentos (81,8%), cuidar del dinero familiar (72,7%) o recordar al trabajador de la higiene personal (63,6%). La sobrecarga subjetiva indicó alta dificultad de los familiares en realizar tareas cotidianas para auxiliar a los trabajadores, seguida del acompañamiento o recuerdo de las consultas médicas (85,7%). Esta sobrecarga se acentúa en la falta de apoyo eficiente de los servicios de salud. Aunque el estudio haya sido realizado con una población específica, tiene la intención de aproximar los servicios de salud y de asistencia social al soporte a los familiares de trabajadores usuarios de alcohol, y señalar que medidas efectivas y específicas sean aplicadas por los profesionales de salud, principalmente el equipo de enfermería, en todos los niveles de atención.

**Palabras clave:** Características de la Familia, Relaciones familiares; Bebidas alcohólicas; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem retomou historicamente a dimensão do cuidado à família a partir da década de 1980, com intensificação da participação da família na reabilitação do ente adoecido e nos cuidados com o mesmo e a enfermagem atingiu um

círculo completo para que as famílias participem do cuidado de saúde com maior efetividade (WRIHT; LEAHEY, 2012)<sup>(1)</sup>. A família corresponde ao primeiro núcleo de aprendizado de muitos conhecimentos e crenças, construídos, compartilhados e imitados. É dentro da família que se presencia as primeiras regras e valores associados ao convívio social.

No entanto, embora o alcoolismo seja reconhecido na área da saúde como uma doença, a saúde da família que convive com o alcoolista é geralmente ignorada, uma vez que é vista apenas como mera coadjuvante do tratamento. A assistência ainda é fundamentada num modelo que privilegia a pessoa alcoolista, esquecendo-se das outras que também sofrem ao redor (SOUZA, 2008)<sup>(2)</sup>.

O consumo de substâncias psicoativas é visto pelas organizações internacionais de saúde como um grave problema de saúde pública. Dentre essas substâncias, o álcool apresenta maior prevalência de consumo, principalmente na faixa etária economicamente ativa, e em trabalhadores da construção civil. A Construção Civil é responsável por grande parte dos empregos das camadas pobres da população masculina e é considerada uma das áreas mais perigosas em todo o mundo (PEREIRA et al., 2013; TAKAHASHI, 2012; WHO, 2010)<sup>(3,4,5)</sup>.

As razões apontadas para a ocorrência destes problemas são os números elevados de cargas e riscos ocupacionais, como o trabalho em alturas significativas, o manejo de máquinas de grande porte e de equipamentos, posturas anti-ergonômicas. Inseridos nesta situação, refugiam-se no uso abusivo de álcool, ocasionando intercorrências indesejáveis no trabalho, no meio social e na família (TAKAHASHI et al., 2012; GAVIOLI et al., 2011; WHO, 2010)<sup>(4,5,6)</sup>.

No trabalho, podem ocorrer acidentes, rebaixamento de função e imposição de tarefas menos interessantes, desemprego, resultando em dificuldades econômicas. Dentro da família, podem ocorrer, ainda, mentiras recorrentes, prejuízos econômicos e desfalque no orçamento da família, os quais podem acarretar sobrecarga na vida dos familiares (NAPPO; OLIVEIRA, 2010; LIMA, 2010; BALLANI; OLIVEIRA, 2007)<sup>(7,8,9)</sup>.

Soares e Munari (2007)<sup>(10)</sup> definem a sobrecarga familiar como o estresse emocional e econômico aos quais as famílias ficam submetidas quando imersas em situações extremas. É um conceito multidimensional, pois envolve aspectos diversos, relacionados aos sintomas e comportamentos do paciente, que interferem na rotina e na dinâmica das famílias e que podem atingir várias dimensões da vida, como saúde, lazer,

trabalho, bem-estar físico e psicológico e o próprio relacionamento entre os membros da família.

Sobrecarga, de um modo geral, pode ser definida como o conjunto dos problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros decorrentes da prestação informal de cuidado, que envolvem duas dimensões e afetam diversas esferas da vida dos familiares, classificando-se em sobrecargas objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva consiste na quantidade de assistência e cuidados cotidianos prestados ao familiar, a frequência de supervisão aos seus comportamentos problemáticos e as perturbações na rotina, na vida social e profissional dos familiares. Essa sobrecarga objetiva pode gerar, nos familiares, o sentimento de sobrecarga subjetiva, que se refere às percepções, preocupações e sensação de incômodo gerados pelo papel de responsável por um etilista (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009; MAURIN; BOYD, 1990)<sup>(11,12)</sup>.

Geralmente, uma pessoa da família assume o papel de responsável, sendo denominado cuidador familiar ou familiar responsável, e responde pelas tarefas de cuidar e zelar de um membro que apresenta dependências, devido incapacidades funcionais temporárias ou definitivas. A sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar é grande, complexa e exige muito do responsável, causando-lhe sofrimento. Cuidadores de usuários de álcool sofrem mudanças nas suas rotinas e atividades para acompanhar o familiar dependente, seja em casa ou quando este está internado (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011; SANTOS; MARTIN, 2009)<sup>(13, 14)</sup>.

A sobrecarga contínua pode influenciar negativamente toda família, acarretando ansiedade e depressão, além de interferir na vida social e no trabalho de todos os membros. Pode ser agravada pela falta de informação sobre a doença do usuário crônico de álcool, sobre o tratamento utilizado e sobre as estratégias pertinentes para lidar com os comportamentos problemáticos dos alcoolistas e as situações de crise (PENA; GONÇALVES, 2010; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009)<sup>(10,14)</sup>.

Sabe-se que a dependência do álcool se constitui em uma doença progressiva, que exige cuidados permanentes e acarreta sobrecarga em diversas esferas da família, principalmente ao cônjuge ou familiar responsável (PENA; GONÇALVES, 2010)<sup>(15)</sup>. Pesquisas internacionais constataram sobrecarga em familiares cuidadores de usuários crônicos de drogas de abuso, mas no Brasil há poucos estudos nesta área.

A investigação sobre a sobrecarga familiar é recente e as publicações disponíveis em periódicos científicos indexados são escassas (ANTUNES, 2012)<sup>(16)</sup>. Neste contexto, o



estudo objetivou descrever a sobrecarga objetiva e subjetiva de uma série de casos de familiares de trabalhadores da construção civil usuários de álcool e os aspectos mais afetados de suas vidas.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O estudo caracteriza-se por descritivo e transversal, de abordagem mista, com delineamento de uma série de casos de famílias dos trabalhadores da construção civil usuários de álcool. A investigação mista é uma metodologia em que o pesquisador analisa e integra dados qualitativos e quantitativos em um único estudo (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007)<sup>(17)</sup>.

Foi realizado no município de Maringá - Paraná, com casos originários do banco de dados do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), unidade de referência macrorregional para as urgências toxicológicas. Em razão da carência de informações disponíveis sobre intoxicações, principalmente relacionadas ao uso de drogas de abuso, os registros dos centros de assistência toxicológica são considerados sentinelas e captadores de problemas sociais, alertando a sociedade e o sistema de saúde para “enxergar” esses casos e implantar formas adequadas para enfrentá-los (GANDOLFI; ANDRADE, 2006)<sup>(18)</sup>.

A população foi composta por 11 familiares de trabalhadores da construção civil, que foram atendidos em unidades de urgência, com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica aguda ou crônica, e cadastrados no CCI/HUM no período de janeiro a junho de 2013. Os trabalhadores atendiam aos seguintes critérios: atividade na construção civil na data da ocorrência toxicológica; idade superior ou igual a 18 anos, independente de sexo; alta hospitalar como desfecho do evento clínico; residência no município de Maringá; e com referência familiar. O critério para a escolha do familiar a ser entrevistado seguiu a disponibilidade e prontidão da pessoa com quem a entrevistadora manteve contato.

A fonte de dados foi a Ficha de Ocorrência Toxicológica de Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso - OT/IA, um instrumento de registro de com modelo padronizado nacionalmente que fornece dados referentes ao trabalhador e ao acidente toxicológico, objetivando facilitar o acompanhamento dos casos notificados e a vigilância epidemiológica dos eventos (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013; SÃO PAULO, 2012)<sup>(19,20)</sup>.

Foram compilados da ficha OT/IA dados sociodemográficos dos trabalhadores e do evento toxicológico - tipo de intoxicação e histórico e evolução clínica do caso. Quanto ao tipo, a intoxicação é considerada aguda quando for única ou múltipla num período de tempo não superior a 24 horas; e crônica quando o evento se repete durante um longo período de tempo (TURINI; FOOK, 2007)<sup>(21)</sup>.

Os instrumentos de coleta de dados foram dois roteiros para entrevista semiestruturadas - Roteiro Trabalhador e Roteiro Família- e a Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares - FBIS-BR, elaborada por Tessler e Gamache (TESSLER; GAMACHE, 1996)<sup>(22)</sup>, a qual visa avaliar a sobrecarga dos familiares responsáveis por pessoas com transtorno mental. Os Roteiros foram constituídos pela caracterização do trabalhador/dados socioeconômicos e demográficos e pelos dados da ocorrência toxicológica e desfecho clínico, retirados da ficha OT/IA; e pela caracterização da família, do familiar respondente e uma questão norteadora específica para o presente estudo: “Há comentários complementares que poderiam elucidar os questionamentos expostos anteriormente?”.

A FBIS-BR avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos em 52 itens, distribuídos em cinco subescalas: a) assistência na vida cotidiana; b) supervisão aos comportamentos problemáticos; c) gastos; d) impacto nas rotinas diárias; e) preocupação com o paciente. Avalia ainda o tipo e o valor das despesas com os pacientes, a contribuição dos pacientes para cobrir tais despesas e as alterações permanentes ocorridas na vida do cuidador (TESSLER; GAMACHE, 1996)<sup>(22)</sup>. No presente estudo a escala foi aplicada para avaliação da sobrecarga de familiares de pacientes usuários de álcool.

A sobrecarga objetiva é avaliada em escalas Likert (1 = nenhuma vez até 5 = todos os dias), indicando a frequência com que o familiar executou tarefas para cuidar do paciente, lidou com seus comportamentos problemáticos e sofreu alterações diárias na vida. A sobrecarga subjetiva é avaliada em escalas Likert de quatro pontos (1 = nem um pouco; até 4 = muito), para o grau de incômodo ao prestar assistência cotidiana e de alterações na vida, e por escalas de cinco pontos (1 = nunca; até 5 = sempre ou quase sempre), para a frequência de preocupações e peso das despesas com os pacientes (TESSLER; GAMACHE, 1996)<sup>(22)</sup>.

A coleta de dados foi realizada, nos meses de abril a julho de 2013, e as entrevistas foram realizadas pela própria investigadora, em único encontro domiciliar, gravadas em

meio digital para garantir a fidedignidade dos relatos, e tiveram duração média de 30 minutos ( $\pm 9,04$ ). O conteúdo das gravações das entrevistas, das quais foram extraídos os dados qualitativos, foi transcrito na íntegra, pela própria pesquisadora.

Os dados obtidos nos roteiros foram compilados em planilhas no *Software Microsoft Excel*® 2010 e analisados por meio da análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos dos trabalhadores e suas famílias. Para a caracterização da sobrecarga, analisou-se a porcentagem de respostas aos itens da FBIS-BR e os escores, pelo teste não paramétrico de Friedman, para identificar os itens que acarretaram maior sobrecarga aos familiares.

A análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010)<sup>(23)</sup> foi utilizada para compreender ecologicamente os resultados obtidos nos depoimentos dos familiares de acordo com a questão norteadora. Trechos dos depoimentos foram readequados do ponto de vista ortográfico, sem alteração no conteúdo, para assegurar o anonimato da família e facilitar a interpretação e apresentação dos dados. Desta forma, as famílias foram identificadas de acordo com a ordem da entrevista, representadas pelo número do caso, pela inicial do trabalhador e por sua idade.

Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram cumpridos rigorosamente (BRASIL, 2012)<sup>(24)</sup>. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, parecer 207.377/2013.

## **RESULTADOS**

O perfil das famílias de trabalhadores da construção civil usuários de álcool, dos trabalhadores e o respondente familiar será apresentado a seguir.

### **Perfil da série de casos**

O número de familiares moradores na mesma residência dos trabalhadores variou de duas a sete pessoas, com média de cinco pessoas e a quantidade de cômodos nas residências oscilou entre três e nove, com média de seis cômodos. Encontraram-se famílias com dois moradores em sete cômodos, até famílias com cinco moradores em três cômodos.

A renda familiar prevalente nas famílias foi menor de três salários mínimos em oito famílias, mas três delas utilizavam, além do SUS como assistência à saúde, plano de saúde privado. Oito famílias realizam alguma atividade de lazer, tais como almoço familiar,

festas e bailes, passeio no shopping e viagens. As patologias crônicas em família presentes foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes, algum tipo de transtorno mental, doença respiratória, paralisia cerebral, doença cardiovascular, hipotireoidismo. Quatro famílias apresentaram, ausência de patologias, mesmo número de famílias que informaram outro membro etilista além do trabalhador.

Em relação aos trabalhadores da construção civil usuários de álcool, todos eram do sexo masculino, com faixa etária entre 26 a 67 anos, e média de 44 anos de idade. Nove eram casados e/ou em união estável, com pelo menos um filho. A maior parte informou baixa escolaridade e baixa renda individual - seis trabalhadores com remuneração menor de três salários mínimos e a ocupação mais citada entre os trabalhadores foi pedreiro.

Dez familiares respondentes eram do sexo feminino, sendo oito companheiras dos trabalhadores e os outros foram irmão mãe e filha. A faixa etária variou entre 26 a 55 anos, com média de 42 anos. A maior parte dos entrevistados tinha baixa escolaridade e baixa renda individual. Sete familiares tinham uma atividade laboral definida, principalmente zeladora, costureira, auxiliar de serviços gerais, profissional do sexo e diarista. Um estava afastado do trabalho e os demais se consideravam do lar.

### **Sobrecarga objetiva: frequência da assistência e cuidados prestados no cotidiano**

Nas subescalas A (assistência na vida cotidiana), B (supervisão comportamentos problemáticos) e D (impacto na rotina), o escore médio foi de 2,33. Comparando-se com o estudo de validação da escala realizado por Bandeira, Calzavara e Castro (2008)<sup>(25)</sup>, com 100 participantes, a média da amostra quanto à sobrecarga objetiva foi de 2,29. Observa-se que a média das respostas obtidas neste estudo, apesar do pequeno número de participantes (onze), assemelha-se aos dados encontrados no estudo anterior.

Os valores da FBIS – BR objetiva foram analisados de maneira descritiva e os resultados estão apresentados na Tabela 1, segundo a média dos escores.

Tabela 1 – Resultados obtidos na escala objetiva da FBIS – BR, de acordo com as subescalas A, B e D da FBIS-BR. Janeiro – Junho, 2013. Maringá – Paraná

<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA FAMILIAR (FBIS-BR)</b>	
<b>Subescalas</b>	<b>Objetiva</b>
<b>A - Assistência na vida cotidiana</b>	2,64
<b>B - Supervisão comportamentos problemáticos</b>	2,14
<b>D - Impacto na rotina</b>	1,68
<b>Escore Global</b>	2,33

A descrição está representada em porcentagens encontrados na análise dos dados (Tabela 2), sendo a frequência de respostas 1 e 2 relacionada à sobrecarga baixa; 3 e 4 sobrecarga elevada e 5 sobrecarga muito elevada.

Os resultados da tabela 2 mostram que a maioria dos familiares realizou tarefas cotidianas para auxiliar os trabalhadores entre uma vez por semana e três dias, indicando a presença de sobrecarga objetiva relativamente baixa.

A assistência na vida cotidiana (subescala A) apontou que o peso de algumas tarefas foi significativamente mais elevada, no que tange preparar ou auxiliar no preparo dos alimentos para os trabalhadores, sendo a atividade que acarretou maior sobrecarga objetiva aos familiares (81,8%). Em seguida, auxiliá-los na realização de tarefas de casa (72,6%) contribuiu em maior relevância para a sobrecarga objetiva. Transportar o trabalhador (100%), cuidar do dinheiro (72,7%) e lembrá-lo da higiene pessoal (63,6%) contribuíram em menor relevância à sobrecarga objetiva dos familiares.

Em se tratando da supervisão dos comportamentos problemáticos (subescala B), os resultados indicaram que supervisionar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (54,4%) e fumar ou beber demais (bebidas não alcoólicas) dos trabalhadores (27,2%) foram os maiores geradores de sobrecarga objetiva nos familiares. Os itens que contribuíram menos para a sobrecarga objetiva nessa dimensão foram controlar o uso de drogas ilícitas (90,8%) acompanhado de autoagressão (90,8%).

No que se refere aos gastos dos trabalhadores (subescala C), não foi possível apresentar os dados com exatidão, devido à falta de conhecimento dos respondentes a respeito dos detalhes dos gastos. Assim, a apresentação dos dados foi em respostas dicotômicas (sim e não), demonstrados na seguinte ordem decrescente de frequência: alimentação, drogas de abuso, transporte, moradia e vestuário.

Tabela 2 - Porcentagens de respostas dos familiares dos trabalhadores da construção civil às questões que avaliam a sobrecarga objetiva, em cada item dos módulos A, B e D da FBIS-BR. Janeiro – Junho, 2013. Maringá – Paraná

Subescalas	Itens	R 1 e 2 <sup>a</sup>	R 3 <sup>b</sup>	R 5 <sup>c</sup>
<b>A: Assistência na vida cotidiana</b>	Higiene	63,6%	--	36,4%
	Medicação	45,4%	9,2%	45,4%
	Tarefas de casa	18,2%	9,2%	72,6%
	Compras	63,6%	18,2%	18,2%
	Alimentação	9,2%	9,2%	81,8%
	Transporte	100%	--	--
	Dinheiro	72,7%	--	27,4%
	Ocupação do tempo	63,6%	18,2%	18,2%
	Consultas médicas	54,4%	18,2%	27,4%
<b>B: Supervisão aos comportamentos problemáticos</b>	Comportamentos problemáticos	72,6%	9,2%	18,2%
	Pedir atenção excessiva	63,6%	36,4%	--
	Perturbação noturna	81,6%	9,2%	9,2%
	Heteroagressão	63,6%	36,4%	--
	Auto-agressão	90,8%	--	9,2%
	Beber demais	36,4%	9,2%	54,4%
	Fumar ou beber demais (bebidas não alcoólicas)	36,4%	36,4%	27,2%
	Usar drogas ilícitas	90,8%	--	9,2%
<b>C: Gastos financeiros</b>	Transporte	54,5% (SIM)	45,5% (NÃO)	
	Alimento	100% (SIM)		
	Vestuário	9,1% (SIM)	90,9% (NÃO)	
	Moradia	27,3% (SIM)	72,7% (NÃO)	
	Drogas de abuso (álcool, cigarro e outras drogas)	81,8% (SIM)	18,2% (NÃO)	
<b>D: Impacto na rotina diária do familiar</b>	Atrasos ou ausência a compromissos	72,8%	27,2%	--
	Alterações no lazer do cuidados	81,6%	9,2%	9,2%
	Alterações no serviço/rotina de casa	72,6%	27,4%	--
	Diminuição da atenção aos outros familiares	81,6%	9,2%	9,2%

Legenda: R = respostas; <sup>a</sup> 1 = nem um pouco ou nunca e 2 = muito pouco ou raramente; <sup>b</sup> 3 = um pouco ou às vezes, 4 = muito ou frequentemente, <sup>c</sup> 5 = sempre ou quase sempre.

Os depoimentos abaixo ilustram a realidade expostas por algumas respondentes:

*“Ultimamente ele não está trabalhando muito, ele tá bem feinho e eu não tenho nenhuma ajuda dele, parece mentira, mas eu nunca vejo a cor do dinheiro dele [...] eu preciso de ajuda de outras pessoas na alimentação”*  
(Caso 2, PDR, 46 anos)

*“Eu tenho que controlar o dinheiro o mês inteiro, ele fala que eu gasto muito, mas eu não gasto, ele que gasta tudo no bar”* (Caso 7, VLF, 52 anos)

*“Dinheiro? (risos). Foi R\$300,00 que ele me deu só esse ano, eu que trabalho nessa casa” (Caso 8, JFS, 53 anos)*

Referente ao impacto na rotina diária do familiar (subescala D), os resultados indicaram que, no geral, os itens avaliados não tiveram relevância para gerar elevada sobrecarga objetiva, apesar de alterações em algumas famílias, e as respostas imparciais tiveram maior frequência.

### **Sobrecarga subjetiva: intensidade do sofrimento na vida dos familiares**

Os valores da FIBS – BR subjetiva também foram analisados de maneira descritiva, e a média dos escores dos resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Resultados obtidos na escala subjetiva da FBIS – BR, de acordo com as subescalas A, B e E da FBIS-BR. Janeiro – Junho, 2013. Maringá – Paraná

<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA FAMILIAR (FBIS-BR)</b>	
<b>Subescalas</b>	<b>Subjetiva</b>
<b>A - Assistência na vida cotidiana</b>	1,44
<b>B - Supervisão comportamentos problemáticos</b>	1,46
<b>E - Preocupações com o usuário</b>	3,48
<b>Escore Global</b>	1,84

Em relação à sobrecarga subjetiva, o escore teve média de 1,84. Este número compreende a média das frequências das subescalas referentes ao grau de incômodo do cuidador quanto aos comportamentos de ajuda e de supervisão ao usuário, assim como a frequência com que se preocupam com ele. A média varia, conforme descrito na escala, com o incômodo sendo muito. Comparando-se este resultado com o estudo já citado anteriormente (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008)<sup>(25)</sup>, verifica-se que a obteve – se maior média desta sobrecarga com 2,89.

A descrição das porcentagens está representada na Tabela 4, sendo a sobrecarga elevada indicada pelas respostas 3 e 4 aos itens sobre o grau de incômodo na assistência cotidiana, supervisão dos comportamentos problemáticos e impacto na rotina do familiar responsável; e por respostas 5 aos itens sobre a frequência das preocupações com os trabalhadores e percepção de peso financeiro.

Tabela 4 - Porcentagens de respostas dos familiares dos trabalhadores da construção civil às questões que avaliam a sobrecarga subjetiva, em cada item dos módulos A,B, C e E da FBIS-BR. Janeiro – Junho, 2013. Maringá – Paraná

Subescalas	Itens	R 1 e 2 <sup>a</sup>	R 3 e 4 <sup>b</sup>	R 5 <sup>c</sup>
<b>A: Assistência na vida cotidiana</b>	Higiene	--	100%	
	Medicação	71,5%	28,5%	
	Tarefas de casa	66,7%	33,3%	
	Compras	25,0%	75,0%	
	Alimentação	90,9%	9,1%	
	Transporte	66,6%	33,4%	
	Dinheiro	60,0%	40,0%	
	Ocupação do tempo	33,3%	66,7%	
	Consultas médicas	14,2%	85,7%	
<b>B: Supervisão aos comportamentos problemáticos</b>	Comportamentos problemáticos		100%	
	Pedir atenção excessiva		100%	
	Perturbação noturna		100%	
	Heteroagressão		100%	
	Auto-agressão		100%	
	Beber demais	14,3%	85,7%	
	Fumar ou beber demais (bebidas não alcoólicas)	25,0%	75,0%	
	Usar drogas ilícitas		100%	
<b>C: Gastos</b>	Peso dos gastos com o trabalhador	81,8%	18,2%	
<b>D: Impacto na rotina diária do familiar</b>	D2: Impacto permanente na vida do familiar	54,6%	45,4%	
<b>E: Preocupação com os trabalhadores</b>	Segurança física	18,2%	18,2%	63,6%
	Qualidade do tratamento	54,6%	9,0%	36,4%
	Vida social	27,2%	18,1%	54,7%
	Saúde		9,1%	90,9%
	Moradia	63,6%	--	27,3%
	Finanças	63,6%	9,1%	27,3%
	Futuro	9,1%	--	90,9%

Legenda: R = respostas;<sup>a</sup> 1= nem um pouco ou nunca e 2 = muito pouco ou raramente;<sup>b</sup> 3 = um pouco ou às vezes, 4 = muito ou frequentemente, <sup>c</sup>5 = sempre ou quase sempre

Diante dos resultados apresentados observa-se que, apesar da sobrecarga objetiva (subescala A) ter sido baixa, o grau de incômodo entre os familiares que tinham que realizar tarefas cotidianas para auxiliar os trabalhadores foi relativamente alto, representando a sobrecarga subjetiva. A tarefa que mais contribuía para o sentimento de incômodo dos familiares foi lembrá-lo da higiene pessoal (100%), seguido do acompanhamento ou lembrança das consultas médicas (85,7%). Em terceiro lugar está a tarefa de solicitar ao trabalhador para que ocupe o tempo (66,7%); e o item de menor incômodo foi auxiliar e/ou preparar os alimentos para os trabalhadores (90,9%).



Uma responsável familiar (mãe do trabalhador), durante a entrevista, relatou: “*Na idade em que ele está a gente não precisaria ficar lembrando as coisas*”.

Os resultados também apontaram elevada sobrecarga subjetiva nos familiares ao supervisionar qualquer comportamento problemático dos trabalhadores (subescala B). Os itens de maiores incômodos para os familiares foram: comportamentos problemáticos (100%), heteroagressão (100%) e beber demais (85,7%); e o item que causou menor incômodo foi fumar ou beber demais (bebidas não alcoólicas) (75,0%).

Quanto à percepção dos familiares sobre o peso financeiro dos gastos do trabalhador no último ano (subescala C), os resultados indicam que uma considerável parte dos familiares (81,8%) não se sentiu sobrecarregada.

Quanto ao impacto permanente na vida dos familiares por serem responsáveis pelos trabalhadores etilistas (item D2), os resultados mostraram que 54,6% dos familiares não avaliaram esse impacto como fonte elevada de sobrecarga subjetiva. A análise do tipo de impacto existente (itens D3 – não apresentados na tabela 2 -) apontou que, com o etilismo do trabalhador, os familiares tiveram mudanças na vida social (54,67%), reduziram o número de visitas em casa ou deixaram de recebê-las (45,4%), deixaram de tirar férias (27,3%), aumentaram ou diminuíram sua jornada de trabalho, ou abandonaram o emprego (27,3%).

As preocupações com os trabalhadores (subescala E) também acarretaram elevada sobrecarga subjetiva aos familiares. Os aspectos que geraram maior preocupação referiram-se à saúde e o futuro dos trabalhadores (90,9%) e os itens que causaram menor preocupação foram a qualidade do tratamento (36,4%) e as condições de moradia dos trabalhadores (27,3%).

## **DISCUSSÃO**

No presente estudo, as famílias com cinco membros ou mais foram as que tiveram menores ganhos de renda ao longo do tempo em relação às famílias com menor número de membros. No Brasil, apesar da desigualdade de renda apresentar declínio de forma contínua e acentuada, ela permanece elevada e as famílias maiores são as que possuem menor nível de renda per capita (FERRARIO; CUNHA, 2012)<sup>(26)</sup>.

Quando há a impossibilidade do trabalhador usuário de álcool retornar ao mercado de trabalho e contribuir financeiramente com a família, ocorre a sobrecarga familiar

financeira, pois, além do usuário, o outro membro responsável precisa zelar pela subsistência da família. No caso dos usuários sem renda própria, outro membro assume a responsabilidade pelo seu sustento (SCHEIN; BOECKEL, 2012; BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008)<sup>(27,28)</sup>.

A média de idade encontrada na presente série de casos foi similar àquela de usuários de álcool adultos na população geral, predominando homens em idade economicamente ativa. No entanto, chama atenção o caso de trabalhadores idosos que permanecem na atividade laboral, exposto aos riscos inerentes da atividade (SOUZA; OLIVEIRA, 2010; MARTINS et al., 2013)<sup>(29,30)</sup>.

Os resultados corroboram a literatura nos aspectos sociais do trabalho na construção civil, pois, apesar do aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, a construção civil é exercida por homens adultos jovens. Os resultados referentes à escolaridade, remuneração individual e renda familiar demonstram que os trabalhadores apresentam um baixo padrão socioeconômico e educacional (MENDES et al., 2012)<sup>(31)</sup>.

Os respondentes familiares eram na maioria do sexo feminino, com alta prevalência de mulheres como responsáveis pelos usuários com transtorno mental, e pôde ser constatada em outros estudos, ou também pode ficar ao encargo por aquelas que pertencem à família (SCHEIN; BOECKEL, 2012; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009)<sup>(11,25)</sup>.

O nível de escolaridade encontrado entre os familiares acompanha a tendência de uma escolaridade predominantemente baixa entre os responsáveis por usuários de álcool, tornando-se um fato preocupante, pois o baixo nível de escolaridade interfere na prestação de cuidados e pode estabelecer uma barreira no processo da educação em saúde. Quanto menor o nível de escolaridade, maior as alterações emocionais, que podem ser evidenciadas pela maior dificuldade do enfrentamento da situação (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; SANTOS; PAVARINI, 2010; FERNANDES; GARCIA, 2009)<sup>(32,33,34)</sup>.

Evidencia-se que a maioria das entrevistadas era esposas dos trabalhadores e os homens como provedores da casa possuem maior conhecimento da contabilidade da residência. No entanto, chamou atenção três respondentes que informaram que o gasto médio dos trabalhadores com drogas de abuso é de R\$ 600,00 e sua renda individual é inferior a três salários mínimos.

Os dados encontrados nos mostram que a dependência química está diretamente associada à desestruturação familiar, sendo considerada por esses familiares um fator desencadeante de conflitos e desgastes, ocasionando uma sobrecarga em todos. Alguns trabalhadores, impossibilitados de retornar ao mercado de trabalho e contribuir financeiramente com a família, sobrecarrega o familiar responsável, que assume a subsistência do usuário e da sua família (ALVES et al., 2011; LIMA, 2010)<sup>(8,35)</sup>.

Tendo em vista a caracterização da sobrecarga objetiva e subjetiva nos familiares de trabalhadores investigados com transtorno mental, os resultados são consistentes aos estudos internacionais e nacionais sobre essa população (BANDEIRA, CALZAVARA, CASTRO, 2008; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; MARTÍNEZ et al., 2000)<sup>(25,36,37)</sup>.

O escore médio mais alto da sobrecarga objetiva foi o relacionado à assistência na vida cotidiana do usuário (subescala A), o qual avaliava a frequência com que os familiares ajudavam o usuário. A média desta subescala foi de 2,64 e compreendem o auxílio do familiar a comportamentos apresentados menos de uma vez por semana (=2) a uma ou duas vezes por semana (=3) pelo trabalhador. Os postos nesta subescala variaram entre nenhuma vez (=1) a todos os dias (=5), assemelhando-se a outros estudos (SCHEIN; BOECKEL, 2012; BANDEIRA, CALZAVARA, CASTRO, 2008)<sup>(25,27)</sup>.

As tarefas cotidianas já haviam sido identificadas como sendo as causadoras de uma maior sobrecarga objetiva. Este dado releva a passividade dos usuários frente às atividades do seu cotidiano, favorecendo o desenvolvimento da sobrecarga objetiva no cuidador (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007)<sup>(36)</sup>. Os escores médios menos elevados foram os relacionados à supervisão de comportamentos problemáticos (subescala B) e o impacto do cuidar na rotina diária do cuidador (subescala D). Ambas subescalas ficaram com média de 1,32, com os postos variando entre nenhuma vez (=1) a todos os dias (=5).

A assistência na vida cotidiana (subescala A) aos trabalhadores acarretou elevada sobrecarga objetiva para a maioria dos familiares e é explicada pela sua alta frequência em cotejo às demais subescalas. A necessidade de realizar frequentemente tais tarefas já havia sido observada em estudos como gerador de maior sobrecarga objetiva nos familiares. Com relação às atividades que contribuíram para essa sobrecarga, os resultados do presente estudo corroboram outra pesquisa que apontou como fator as atividades cotidianas, a alimentação e o auxílio nas tarefas domésticas (MARTÍNEZ et al., 2000)<sup>(37)</sup>.

A alta porcentagem na sobrecarga subjetiva (subescala A) demonstra que os respondentes familiares apresentavam desconforto no auxílio das atividades cotidianas, tendo como explicação a obrigação de realizá-las. Um estudo expõe que familiares responsáveis por um doente, mesmo se sentindo sobrecarregados, também sentiam satisfação no cuidado e um possível motivo é a satisfação por cuidar do membro familiar, apesar da quantidade de tarefas a serem realizadas (SCHEIN; BOECKEL, 2012; BARROSO et al., 2009)<sup>(11,27)</sup>.

Observou-se semelhança quanto à supervisão dos comportamentos problemáticos (subescala B) dos trabalhadores. Essa dimensão também gerou a maior sobrecarga subjetiva nos familiares. Os resultados corroboram os estudos anteriores, visto que a maioria dos familiares sentiu elevado grau de incômodo ao supervisionar qualquer comportamento problemático dos trabalhadores, mesmo os que ocorriam com baixa frequência (SCHEIN; BOECKEL, 2012; MARTÍNEZ et al., 2000b; LAUBER et al., 2003)<sup>(27,38,39)</sup>. Portanto, torna-se importante, que os serviços de saúde mental desenvolvam intervenções visando a orientar os familiares sobre como lidar com esses comportamentos problemáticos e traçar metas de tratamento terapêutico.

Ao contrário de outras referências, o presente estudo revelou que o consumo de drogas de abuso e álcool, item da supervisão aos comportamentos problemáticos, contribuiu significadamente para a sobrecarga subjetiva dos familiares (SCHEIN; BOECKEL, 2012; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007)<sup>(27,36)</sup>. Tal fato reporta-se ao tipo de transtorno mental analisado para a sobrecarga familiar, ou seja, o etilismo.

Com objetivo de avaliar a eficácia do treinamento da técnica de solução de problemas aos familiares responsáveis pelos trabalhadores etilistas um estudo indicou que conviver com um membro dependente de bebida alcoólica influencia negativamente o bem estar físico e psicológico de toda família (PENA; GONÇALVES, 2010)<sup>(15)</sup>.

Em se tratando da sobrecarga subjetiva da análise do impacto na rotina diária dos familiares, os resultados mostraram que a maioria dos familiares (75,3%) avaliou esse impacto como fonte de elevada sobrecarga subjetiva. A análise do tipo de impacto existente mostrou que, ao se tornarem cuidadores, os familiares tiveram que reduzir ou eliminar sua vida social (60,7%), reduzir o número de visitas em casa ou deixar de recebê-las (48%), deixar de tirar férias (46%), aumentar ou diminuir sua jornada de trabalho ou

abandonar o emprego (42%), aposentar-se para cuidar do paciente (6,7%). Muitos também perderam amizades (39,3%) (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007)<sup>(36)</sup>.

A família é compreendida como uma unidade primordial no âmbito da construção, formação e desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, transmitindo às gerações valores, regras, costumes, modelos e padrões de comportamentos, inclusive hábitos nocivos à saúde. É necessário olhar para esse agrupamento humano como um núcleo no qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum e compartilham o cotidiano, transmitindo, por meio das relações interpessoais, tradições e valores. É nesta instituição que se estabelecem as mais intensas relações (SILVA; TOMANIK, 2011; BRUSAMARELLO et al., 2010)<sup>(40,41)</sup>.

Vale salientar ainda que, apesar de se tratar de uma população vulnerável e da existência da sobrecarga familiar, todos os respondentes receberam a entrevistadora com cortesia, mesmo aqueles que não foram contatados previamente. Cinco acolheram no interior da residência e as demais demonstraram vergonha e preferiram responder na parte externa.

Apenas três domicílios estavam em boas condições de higiene e conforto. Três trabalhadores estavam na residência durante a entrevista. Dez entrevistados eram comunicativos, sete com estilo casual de se vestir e sem vaidade, com olhar de sofrimento, e três tiveram muita dificuldade para entender as questões, mesmo com reformulações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nos estudos encontrados na base de dados, a escala da FIBS – BR não havia sido aplicada para avaliação da sobrecarga de familiares de pacientes usuários de álcool, pois muitos ignoram o fato do alcoolista ser um problema de saúde mental.

A sobrecarga das famílias, tanto objetiva quanto subjetiva, pôde ser observada. A sobrecarga objetiva apontou maior frequência em preparar ou auxiliar no preparo dos alimentos para os trabalhadores, seguida de auxiliá-los nas tarefas de casa. A sobrecarga subjetiva indicou maior porcentagem no grau de incômodo na realização das tarefas cotidianas de auxílio os trabalhadores.

A maioria dos familiares apresentou elevada sobrecarga objetiva relativa à alta frequência de ajuda aos pacientes nas tarefas cotidianas e elevada sobrecarga subjetiva, referente às preocupações com os pacientes, ao elevado grau de incômodo ao supervisionar

seus comportamentos problemáticos e à percepção de mudanças permanentes na vida social e profissional dos familiares.

Os resultados confirmaram dados de estudos internacionais com cuidadores de pacientes psicóticos e de estudos nacionais com cuidadores de pacientes com depressão e demência. Os resultados da presente pesquisa mostram a necessidade de desenvolver programas de informação, orientação e apoio aos familiares dos pacientes psiquiátricos.

Ficou evidente que não é tarefa fácil conviver com o alcoolista, em atenção às diferentes histórias familiares que são únicas, pela experiência singular de cada sujeito e, ao mesmo tempo, semelhantes por serem acompanhadas dos mesmos percalços.

Esta sobrecarga é ainda maior devido à falta de um apoio eficiente dos serviços de saúde e da saúde mental, em particular, e dos profissionais da área. Mesmo com as modificações que vêm ocorrendo na assistência à saúde nas últimas décadas, ainda são poucos os serviços de saúde mental no Brasil que, além de tratarem o doente, também oferecerem às famílias o apoio e o cuidado necessários.

É importante salientar que a atuação de profissionais de saúde, particularmente a equipe de enfermagem, deveria ser trabalhada sob a perspectiva de redução de danos e reinserção social. Os trabalhadores usuários de álcool e suas famílias deveriam ser acolhidos e vinculados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), dentre outros dispositivos de atenção à saúde.

A comunidade científica e o cotidiano da enfermagem têm buscado refletir sobre a profissão como a atividade e arte de cuidar, enquanto ciência, cuja essência e especificidade são o cuidado humano de modo integral, holístico e humanizado. O enfermeiro desenvolve, de forma autônoma ou em equipe, atividades de promoção e proteção à saúde, prevenção e recuperação de doenças. Contudo, o momento atual exige reflexões e atitudes que promovam a reconsideração dos antigos modos de pensar e agir, a partir de mudanças paradigmáticas que incluam a família nessa nova visão da realidade.

A presente pesquisa não esgota a possibilidade de futuros estudos com esta temática, mas espera-se que os dados encontrados possam estimular reflexões sobre a promoção de saúde e a assistência a essas famílias, de modo a minimizar os impactos sociais que as drogas causam.

Neste contexto, é importante refletir sobre uma aproximação do enfermeiro e da equipe de enfermagem no acolhimento e orientação dos familiares dos trabalhadores com

uso crônico de álcool, uma vez que a atenção aos seus anseios se torna uma necessidade de cuidado especial. Os familiares devem ser preparados para enfrentar as consequências que o uso abusivo de álcool do trabalhador pode ocasionar nas relações familiares, sociais e laborais.

## REFERÊNCIAS

1. Wriht LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca; 2012.
2. Souza, J. Filhos de alcoolistas: afetividade e conflito nas relações familiares [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
3. Pereira SS, Teixeira CAB, Juniro EBC, Reisdorfer E, Reis LN, Gherardi-Donato ECS. Consumo de álcool e tabaco entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um Hospital Geral. IV Congresso Internacional sobre Drogas; 2013; Juiz de Fora. Juiz de Fora: Crepeia; 2013. p. 39.
4. Takahashi MABC, Silva RC, Lacorte LEC, Oliveira GCC, Vilela RAG. Precarização do trabalho e risco de acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho (ACT). Saude Soc. 2012;21(4):976-88.
5. World Health Organization. Library Cataloguing-in-Publication Data. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup; 2010.
6. Gavioli A, Roseghine CFL, Marcon SS. As mudanças ocorridas no seio familiar do paciente vítima de acidente de trabalho grave. SELAENF- Seminário Latino Americano de Pesquisa e Assistência de Enfermagem à Família; 2011; Maringá; LEIFAMS; 2011; Maringá.
7. Nappo S, Oliveira LG. O crack em São Paulo, 20 anos depois: consciência alterada o universo paralelo das drogas. Sci Am. 2010;8(esp). Edição especial. Brasil. Editora Duetto.
8. Lima MEA. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. Rev Bras Saude Ocup. 2010;122(35):260-8.
9. Ballani TSL, Oliveira MLF. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. Texto & Contexto Enferm. 2007;16(3): 488-94.
10. Soares CB, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. Cienc Cuid Saude, 2007;6(3):357-62.

11. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2009;25(9):1957-68.
12. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. *Arch Psychiatr Nurs*. 1990;4(2):99-107.
13. Uesugui HM, Fagundes DS, Pinho DLM. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(5):689-94.
14. Santos ECV, Martin D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):194-9.
15. Pena APS, Gonçalves JRL. Atención de enfermería a familiares cuidadores de pacientes alcohólicos. *SMAD, Rev Eletronica Saude Mental Alcool Drog*. 2010;6(1):1-13.
16. Antunes F. Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva [Dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2012.
17. Johnson B, Onwuegbuzie A, Turner L. Toward a definition of mixed methods research. *J Mix Methods Res.*, 2007;1(2):112-33.
18. Gandolfi E, Andrade MGG. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*, 2006;40(6):1056-64.
19. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto & Contexto Enferm*. 2013;22(3):662-70.
20. São Paulo. Prefeitura do município de São Paulo (São Paulo, SP). Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. Intoxicações: manual de vigilância - programa municipal de prevenção e controle das intoxicações. São Paulo; 2012.
21. Turini CA, Fook SML. Curso de Toxicologia. Brasília (DF): Anvisa; 2007. Módulo 3: fundamentos de toxicologia.
22. Tessler RC, Gamache GM. The family burden interview schedule: short form (FBIS/SF). In: Sederer L, Dickey B, editors. *Outcome assessment in clinical practice*. Baltimore: Williams & Williams; 1996. p. 110-2.
23. Minayo MCS. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
24. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.
25. Bandeira M, Calzavara MGP, Castro I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(2).



26. Ferrario MN, Cunha MS. Estrutura e renda familiar no Brasil. *Ens FEE*, 2012;33(1): 117-36.
27. Schein S, Boeckel MG. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. *Saúde & Transformação Social*. 2012;3(2):32-42.
28. Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):588-94.
29. Souza FSP, Oliveira EN. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(3).
30. Martins BF, Campos APS, Correia LM, Meschial WC, Oliveira MLF. Acidentes ocupacionais por serpentes em idosos do noroeste do Paraná. II Simpósio Maringaense de Gerontologia e I Simpósio Paranaense de Gerontologia; 2013; Maringá.
31. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saude Publica*, 2012;28(5):955-64.
32. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17(2):266-72.
33. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gauch Enferm*. 2010;31(1):115-22.
34. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3):393-9.
35. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor Prat*. 2011;13(3):152-66.
36. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev Psiq Clin*. 2007;34(6):270-7.
37. Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P. El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. *ANALES Sis San Navarra*. 2000;23(1):111-22.
38. Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *ANALES Sis San Navarra*. 2000b;23(1):101-10.
39. Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rössler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2003;18: 285-9.

40. Silva DMP, Tomanik EA. Condições de vida de famílias ribeirinhas moradoras nas residências populares do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. *Acta Sci.* 2011;33(2).

41. Brusamarello T, Maftum MA, Mazza VA, Silva AG, Silva TL, Oliveira VC. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. *Cienc Cuid Saude.* 2010;9(4):766-73.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção civil no Brasil absorve grande parte dos empregos das camadas pobres da população masculina. A principal causa ocupacional de morbidade entre seus trabalhadores são os acidentes de trabalho, os quais foram associados ao consumo de drogas, um grave problema de saúde pública dos dias atuais.

No presente estudo, todos os trabalhadores eram do sexo masculino, com faixa etária entre 26 a 67 anos e média de 44 anos de idade. Nove eram casados e/ou em união estável, com pelo menos um filho. A maior parte informou baixa escolaridade - nove com ensino fundamental incompleto - e baixa renda individual - seis trabalhadores com remuneração menor de três salários mínimos. A ocupação mais citada pelos trabalhadores foi pedreiro.

Os entrevistados eram na maioria do sexo feminino, adultos jovens, de baixa renda individual e baixa escolaridade. O número de familiares dos trabalhadores da mesma residência variou de duas a sete pessoas, sendo famílias com dois moradores em sete cômodos até famílias com cinco moradores em três cômodos. A renda familiar prevalente foi menor de três salários mínimos brasileiros para o ano de 2012 em oito famílias. Oito famílias informaram alguma atividade de lazer, como almoço familiar, participação em festas, passeios para compras e pequenas viagens.

Diante das entrevistas e do histórico dos trabalhadores, foram apontadas as preocupações recorrentes das famílias com a segurança e com a saúde do trabalhador. A sobrecarga emocional e física de membros da família, indicação de conflitos e *stress* nestes relacionamentos e relatos de violência doméstica, desemprego e instabilidade financeira na família também foram apontados.

Ficou evidente que o uso abusivo de álcool por um dos membros prejudica as relações familiares e podem refletir em violências domésticas. Porém, chamou a atenção uma família que se destacou pelo fato de fazer uso da bebida como fator recreativo e a entrevistada não ponderava como um problema. Outra entrevistada referiu que no presente a casuística não era evidente, porém revelou temer o futuro e que tem consciência de que álcool fragiliza as relações familiares, podendo ocorrer separação conjugal.

A aplicação da Escala de Risco Familiar foi importante para reconhecer as necessidades de planejamento de ações de saúde. No entanto, podemos reforçar as

limitações para realização do estudo no que tange ao grau de risco, levando em consideração o número de pessoas acometidas com determinada sentinela. Sendo assim, por exemplo, um domicílio que tem um indivíduo acamado está com risco igual a um outro domicílio com três indivíduos acamados.

A sobrecarga das famílias, tanto objetiva quanto subjetiva, pôde ser evidenciada. A sobrecarga objetiva apontou maior frequência em preparar ou auxiliar no preparo dos alimentos para os trabalhadores, seguida da tarefa de auxiliá-los nos afazeres de casa. A sobrecarga subjetiva indicou maior porcentagem no grau de incômodo na realização das tarefas cotidianas para auxiliar os trabalhadores.

A maioria dos familiares apresentou elevada sobrecarga objetiva, relativa à alta frequência de ajuda aos pacientes nas tarefas cotidianas e elevada sobrecarga subjetiva referente às preocupações com os pacientes, ao elevado grau de incômodo ao supervisionar seus comportamentos problemáticos e à percepção de mudanças permanentes na vida social e profissional dos familiares.

Entre os respondentes, ficou claro que, apesar da sobrecarga ocasionada por cuidar do trabalhador usuário de álcool, o amor por ele se sobrepunha. As respondentes, maioria esposas, demonstraram preocupação e dedicação com os usuários, mas já estavam cansadas de lidar com as consequências do comportamento dos mesmos pelo uso abusivo do álcool. Sofrimento, tristeza, frustração, desânimo e preocupação foram os sentimentos expostos pelos familiares.

Aponta-se como uma limitação para realização do estudo a falha no preenchimento da OT/IA, fonte importante para a pesquisa dos indivíduos que foram atendidos em unidade hospitalar, pois houve perda de alguns sujeitos da pesquisa. Também ocorreram dificuldades por omissão ou falas não verídicas dos respondentes, devido ao medo ou à insegurança de expor a realidade da família.

Outra limitação refere-se à mensuração do alcoolismo, pois há controversas e a estratégia utilizada pode subestimar a prevalência do consumo, em vez de memória no atendimento hospitalar, uma vez que o episódio foi um “trauma” para a família, o que pode ter influenciado na seleção das recordações e no desenho do estudo, apesar de ser um meio de descrever eventos ou agravos de um grupo pequeno de indivíduos.

Por fim, mesmo com as limitações do delineamento transversal e série de casos, a abordagem desta problemática tem intenção de suscitar discussões a respeito da necessidade de prover suporte aos familiares dos trabalhadores usuários de álcool, uma vez

que as famílias, muitas vezes, encontram-se em estado de desespero e precisando de orientações. Desta forma, medidas efetivas e específicas devem ser aplicadas, principalmente pelos profissionais de saúde, contribuindo para o avanço de um tipo de conhecimento ainda pouco pesquisado.

A dependência do álcool altera a convivência entre o usuário e sua família, principalmente nas relações maritais, que se tornam fragilizadas. O relacionamento com os filhos também se apresenta prejudicado, haja vista a tendência à rejeição dos usuários de álcool, que são levados a afastar-se do lar. Desta forma, a enfermagem como uma profissão relacionada à promoção da saúde, tem por função o aconselhamento familiar no enfrentamento da problemática, resultando em redução do impacto negativo.

É importante salientar que a atuação de profissionais de saúde, particularmente a equipe de enfermagem, deveria ser trabalhada sob a perspectiva de redução de danos e reinserção social. Os trabalhadores usuários de álcool e suas famílias deveriam ser acolhidos e vinculadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), dentre outros dispositivos de atenção à saúde.

### **7.1 Implicações para enfermagem**

O alcoolismo e os agravos à saúde do trabalhador são eventos emergentes e atendidos em todos os níveis de atenção pela equipe multiprofissional, incluindo a equipe de enfermagem. O enfermeiro reúne a formação adequada para intermediar a relação entre o usuário de drogas e seu empregador, haja vista a possibilidade de aplicar seus conhecimentos da área da saúde e de segurança no trabalho, para atuar nas áreas administrativa, assistencial, educativa e de pesquisa, assessoria e auditoria.

Poderá, ainda, o enfermeiro redimensionar seu conhecimento científico, para interferir de maneira prática e positiva nas relações entre o trabalhador usuário de drogas e o mundo do trabalho, tornando-o mais saudável e capaz de contribuir efetivamente para a recuperação do indivíduo.

Neste contexto, é importante refletir sobre uma aproximação entre o enfermeiro e a equipe de enfermagem no acolhimento e orientação dos familiares dos trabalhadores com uso crônico de álcool, uma vez que a atenção aos seus anseios se torna uma necessidade de

cuidado especial. Os familiares devem ser preparados para enfrentar as consequências que a o uso abusivo de álcool pode ocasionar nas relações familiares, sociais e laborais.

Este estudo, apesar de realizado com uma população específica, ou seja, familiares de trabalhadores da construção civil usuários de álcool, traz implicações para o ensino da enfermagem, pois seus achados mostram uma realidade presente e passível de intervenção: o crescente consumo do álcool pela população brasileira e mundial, bem como os graves problemas relacionados à saúde do indivíduo que faz o uso abusivo dessa droga e os reflexos nas relações familiares e no ambiente de trabalho.

Considerando que o enfermeiro frente aos familiares de usuários de álcool é importante em todos os níveis de atenção, com atividades de prevenção, acompanhamento e orientação, pois essas famílias vivenciam o medo e a insegurança, é preciso um novo olhar da enfermagem para as famílias de alcoolistas. Por ser um assunto atual e ainda escasso em estudos da enfermagem, há a necessidade de pesquisas com essa população, a fim de conhecer suas necessidades e promover uma melhor assistência.

A abordagem desta problemática tem intenção de esclarecer aos órgãos competentes a necessidade de suporte aos familiares dos trabalhadores usuários de álcool, visto que as famílias, muitas vezes, se encontram em estado de desespero e carecem de orientação. Também é necessário delineamento de ações de saúde por meio de um planejamento que identifique os reais problemas da população, o que resultará na prioridade dos atendimentos às famílias vulneráveis.

Desta forma, medidas efetivas e específicas devem ser aplicadas, principalmente, pelos profissionais de saúde. Os achados deste estudo contribuem para o avanço de um tipo de conhecimento ainda pouco pesquisado no que se refere ao impacto do uso de álcool em famílias de trabalhadores da construção civil.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.
- ALMEIDA, A. S. et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 6, p. 844-849, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In:\_\_\_\_\_. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 149-177.
- ÁLVAREZ, A. M. A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 188-193, 2007.
- ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. Teor. Prat.**, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-72, 2008.
- ANDRADE, A. I. N. P.; MARTINS, R. M. L. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium**, Viseu, v. 40, p. 185-199, 2011.
- ANTUNES, F. **Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.
- ANTUNES, F. et al. Toxicovigilância, interdisciplinariedade e educação em saúde: considerações sobre um projeto de extensão. In: CONGRESSO CIENTÍFICO DA REGIÃO CENTRO – OCIDENTAL DO PARANÁ, 4., Campo Mourão. **Anais Campo Mourão**, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, 2008 .
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P; VARELLA, A. A .B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, 2005.

BALDA-CABELLO, N.; SILVA, E. C. Opinión de universitarios bolivianos sobre el uso de alcohol en el contexto universitario. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. esp., 2011.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 3, n. 16, p. 488-494, 2007.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G.; VARELLA, A. A. B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.

BARROSO, S. M; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, 2009.

BARROSO, S. M; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas por jovens infratores. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, supl, p. 168-175, 2012.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Notas de campo. In: BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994. p. 150-175.

BONILHA, A. L. L. Reflexões sobre análise em pesquisa qualitativa. **Rev. Gauch Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 33, 2012.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n 4, p. 588-594, 2008.

BORGES, H.; MARTINS, A. Migração e sofrimento psíquico do trabalhador da construção civil: uma leitura psicanalítica, **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**: 2ª versão. Brasília, DF, 2011.



BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, DF, 2012.

BROGIN, P. P. **Transformações sofridas no grupo familiar diante de acidente de trabalho.** 2012. 16 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 766-773, 2010.

BUB, L. I. R. et al. **Marcos para a prática da enfermagem com famílias.** Florianópolis: UFSC, 1994.

CESAR, J. A. et al. Hospitalizações em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 67-71, 1996.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

COSTA, J. M; DIAS, C. M. S. B. Famílias recasadas: mudanças, desafios e potencialidades. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2012.

DALGALARRONDO, P. et al. Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 182-190, 2005.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, 2007.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 393-399, 2009.

FERRARIO, M. N.; CUNHA, M. S. Estrutura e renda familiar no Brasil. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 117-136, 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Júnior.** Curitiba: Positivo, 2011.

FLOYD, F. et al. Marital interaction in alcoholic and nonalcoholic couples. **J. Abnorm. Psychol.**, Washington, D.C., v. 115, n. 1, p. 121-130, 2006.

- FONSECA, F. F. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 599-604, 2007.
- FONTAINE, A. **Double vie – les drogues et le travail**. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2006.
- FUREGATO, A. R. F. Alcohol y otras drogas: acciones en busca de soluciones. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, p. 663-664, 2011.
- GANDOLFI, E.; ANDRADE, M. G. G. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1056-1064, 2006.
- GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambui: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, 2005.
- GAVIOLI, A. **Risco relacionado ao consumo de drogas de abuso em trabalhadores da construção civil: avaliação pelo método do rastreamento. 2012**. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.
- GAVIOLI, A.; ROSEGHINE, C. F. L.; MARCON, S. S. As mudanças ocorridas no seio familiar do paciente vítima de acidente de trabalho grave. In: SEMINÁRIO LATINO AMERICANO DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA - SELAENF E ENCONTRO LEIFAMS, 2011, Maringá. **Anais**.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GLADWELL, M. **O ponto da virada**. Rio de Janeiro: Sextante, 2009.
- GONÇALVES, J. R. L.; GALERA, S. A. F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., 2010.
- GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da AIDS. **Rev. Bioet.**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 229-240, 2008.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.**, New York, v. 46, n.12, p. 1417-1432, 1993.
- HAYATI, P. T. et al. Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. **BMC Womens Health**, v. 11, n. 52, 2011.
- HULLEY, S. B. et al. **Delineado a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- IBGE. **Cidades: Maringá – Pr. 2010**.

JINEZ, L. J.; SOUZA, J. R. M.; PILLON, S. C. Drug use and risk factors among secondary students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 246-252, 2009.

JOHNSON, B.; ONWUEGBUZIE, A.; TURNER, L. Toward a definition of mixed methods research. **J Mix Methods Res.**, Thousand Oak, v. 1, n. 2, p. 112-133, 2007.

JORGE, M. R. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S.; ZUARDI, A. W. (Ed.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatriapsicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000. p. 53-58.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LAUBER, C. et al. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. **Eur. Psychiatry**, v. 18, p. 285-289, 2003.

LEITE, I. O trabalho na construção civil: degradação e exclusão social. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 12, n. 135, p. 102-108, 2012.

LIMA, M. E. A. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 122, n. 35, p. 260-268, 2010.

LIMA, R. A. S.; AMAZONAS, M. C. L. A.; MOTTA, J. A. G. Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 24, n. 4, 2007.

LOURENÇO, S. T.; MONTEIRO F. O. “O Álcool entre Nós”: impacto do consumo de álcool no casal. **Revista CES Psicologia**, Medellín, v. 4, n. 2, p. 15-28, 2011.

LOBRONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não-experimentais. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 110-121.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

LOPEZ, M. A. C. et al. The special severity of occupational accidents in the afternoon: “The lunch effect”. **Accident Anal. Prev.**, Elmsford, v. 43, n. 3, p. 1104-1116, 2011.

MACHADO, T. C. M. et al. Cuidando de uma família de acordo com o modelo Calgary em uma unidade básica de saúde da cidade de Marília. **Reme, Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 10, n.1, p. 69-74, 2006.

MAGALLON, T. J. C.; ROBAZZI, M. L. C. Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en Monterrey, México. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, 2005.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M. (Ed.). **Vulnerability**: personal and programmatic. In: AIDS in the world II: global dimensions, social roots and responses. The Global Aids Policy Coalition. New York: Oxford University Press, 1996. p. 441-443.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013.

MARCON, S. S.; ELSÉN, I. A enfermagem com um novo olhar...A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 21-26, 1999.

MARCON, S. S. et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 116-124, 2005.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Planilha de metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde**: prioridades e objetivos. Maringá, 2011.

MARTÍNEZ, A. et al. El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. **ANALES Sis San Navarra.** v. 23, n. 1, p. 111-122, 2000.

MARTÍNEZ, A. et al. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. **ANALES Sis San Navarra.**, v. 23, n. 1, p. 101-110, 2000b.

MARTINS, B. F. et al. **Acidentes ocupacionais por serpentes em idosos do noroeste do Paraná.** In: SIMPÓSIO MARINGAENSE DE GERONTOLOGIA E I SIMPÓSIO PARANAENSE DE GERONTOLOGIA, MARINGÁ – PARANÁ, 2., 2013, Maringá. **Anais.**

MAURIN, J. T.; BOYD, C. B. Burden of mental illness on the family: a critical review. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, Philadelphia, v. 4, n. 2, p. 99-107, 1990.

MELO, Z. M. et al. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.10, n.2, p. 201-208, 2005.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

MENEZES, A. H. R. et al. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi – Um relato de experiência. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 190-195, 2012.

MICHEL, O. R. **Alcoolismo e drogas de abuso**: problemas ocupacionais e sociais: a realidade do trabalhador brasileiro. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

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

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

MORENO, R. S.; VENTURA, R. N.; BRETÃS, J. R. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 27, p. 354-360, 2009.

NAPPO, S.; OLIVEIRA, L. G. O crack em São Paulo, 20 anos depois: consciência alterada o universo paralelo das drogas. **Sci. Am.**, São Paulo, v. 8, n. esp., 2010. Edição especial. Brasil. Editora Duetto.

NARDI, E. F. R. **Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente**. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

NASCIMENTO, F. G. **Alcoolismo**: uma discussão sobre o consumo do álcool pelas mulheres. Fortaleza. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade de Fortaleza, Fundação Edson Queiroz, Fortaleza, 2011.

NASCIMENTO, M. M. A. et al. **Intervindo junto a famílias de alcoolistas de um PSF do município de São Carlos**. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL., 8., Ribeirão Preto; ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 7., Ribeirão Preto. **Resumos...** Ribeirão Preto: EERP, 2004. p. 215.

OCHOA MANGADO, E.; MADDOZ GURPIDE, A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. **Med. Segur. Trab.**, Madrid, v. 54, n. 213, 2008.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

OLIVEIRA, G.F; LUCHESI, L. B. O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., 2010.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 129-137, 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho**: evolução para a prevenção. 1. ed. Genebra, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on alcohol 2004**. Disponível em <[www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/)>. Acesso em: 15 jul. 2012.

PANASSOLLO, A. B. et al. **Sobrecarga de familiares de alcoolistas**. Disponível em: <[http://nossapsique.blogspot.com.br/2012/12/sobrecarga-de-familiares-de-alcoolistas\\_4343.html](http://nossapsique.blogspot.com.br/2012/12/sobrecarga-de-familiares-de-alcoolistas_4343.html)>. Acesso em: 30 set. 2013.

PENA, A. P. S.; GONCALVES, J. R. L. Atención de enfermería a familiares cuidadores de pacientes alcohólicos. **SMAD, Rev. Electronica Saude Mental Alcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010.

PEREIRA, S. S. et al. Consumo de álcool e tabaco entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um Hospital Geral. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE DROGAS, 4., 2013, Juiz de Fora. **Anais**.

PEREIRA, J. G. et al. Integração academia, serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 99-107, 2009.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 32-41, 2009.

PRATI, L. E.; COUTO, M. C. P. P.; KOLLER, S. H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, 2009.

RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 41, n. 6, 2007.

ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, M. A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 353-357, 2008.

ROGERS, B. **Enfermagem do trabalho: conceitos e prática**. Lisboa: Lusociencia. 1994.

ROSA, N. M. et al. **Perfil clínico e epidemiológico das intoxicações por drogas de abuso em trabalhadores**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL Y DERECHOS HUMANOS, 12., 2013, Buenos Aires. **Anais...** Local: Editora, 2013.

ROSENTAL, C.; FRÉMONTIER-MURPHY, C. **Introdução aos métodos quantitativos em ciências humanas e sociais**. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2001.

SAIDE, O. L. Depressão e uso de drogas. **HUPE-UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, 2011.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

SAMHSA. Office of Applied Studies. National Survey on Drug Use and Health. **Results from the 2002**. 2002. Disponível em: <<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#nhsdainfo>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

SANT'ANNA, A.; AERTS, D.; LOPES, M. J. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 120-129, 2005.

SANTANA, V. S.; OLIVEIRA, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. ?-?, 2004.

SANTOS, E. C. V.; MARTIN, D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 194-199, 2009.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev. Gauch Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 115-122, 2010.

SÃO PAULO. Prefeitura do município de São Paulo. Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. **Intoxicações: manual de vigilância - programa municipal de prevenção e controle das intoxicações**. São Paulo, 2012.

SELEGHIM, M. R. et al. Acidentes por serpentes e utilização de soroterapia antipeçonhenta. **Arq Cienc Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 2, p. 141-148, 2011.

SCHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. 2005. ??? f. Tese (Doutorado)-Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Saude & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 32-42, 2012.

SILVA, D. M. P.; TOMANIK, E. A. Condições de vida de famílias ribeirinhas moradoras nas residências populares do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. **Acta Sci.**, Maringá, v. 33, n. 2, 2011.

SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G. Destino del paciente después de recibir el alta médica de la unidad de cuidados intensivos: ¿unidad de internación o intermedia?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, 2010.

SILVA, M. R. S. et al. Resiliência e promoção da saúde. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 95-102. 2005.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de álcool: implicações do relacionamento familiar. **Psicologia e Saber Social**, v. 1, n. 1, p. 129-139, 2012.

SOARES, C. B; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 357-362, 2007.

- SOUZA, J. et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, 2011.
- SOUZA, D. P. O.; ARECO, K. N.; SILVEIRA FILHO, D. X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 585-592, 2005.
- SOUZA, F. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2010.
- TAKAHASHI, M. A. B. C. et al. Precarização do trabalho e risco de acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho (ACT). **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 976-988, 2012.
- TESSLER, R. C; GAMACHE, G. M. The family burden interview schedule – short form (FBIS/SF). In: SEDERER, L.; DICKEY, B. (Ed.). **Outcome assessment in clinical practice**. Baltimore: Williams & Williams, 1996. p. 110-2.
- TRUCCO BURROW, M. et al. Detección de consumo de alcohol y drogas em accidentes graves del trabajo. **Boletin Cientifico Asociacion Chilena de Seguridad**, p. 49-52, 1999.
- TURINI, C. A.; FOOK, S. M. L. **Curso de toxicologia**. Brasília, DF: Anvisa, 2007. Módulo 3: fundamentos de toxicologia.
- UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 689-694, 2011.
- VALLERAND, R. J. Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. **Can. Psychol.**, Calgary, v. 30, n. 4, p. 662-89, 1989.
- VARGAS VILELA, M.; VENTURA, C. A. A.; SILVA, E. C. Conocimientos de estudiantes de enfermería sobre alcohol y drogas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. ?-?, 2010.
- WAIMAN, M. A. P. et al. Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 8, supl, p. 97-103, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Library Cataloguing-in-Publication Data. **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva, 2010.
- WRIHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2012.



## APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### DESCRIÇÃO DOS CASOS

---

**Caso 1 – AMM, 26 anos. Familiar: LMSS, 26 anos.**

---

**Ocorrência toxicológica**

Homem, etilista, servente de pedreiro, residência localizada na zona urbana, amasiado, possui um filho, Ensino Médio completo, católico, porém não praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário de Maringá (CCI/HUM) e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 12/01 às 23:54 deu entrada no Pronto Atendimento do HUM (PA/HUM) devido ingestão de bebida alcoólica e queda do próprio nível. Apresentou ferimento corto-contuso em região ignorada. Foi realizada intervenção cirúrgica - laparotomia exploratória e colostomia -, tratamento sintomático e observação clínica. Permaneceu 16 dias internado e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 90 dias da alta hospitalar, foi realizado contato telefônico com a familiar, a fim de agendar a visita domiciliar, com explicação prévia de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A cônica do trabalhador concordou, sem resistência, em receber a visita e optou pelo dia conveniente a ela.

**Respondente**

LMSS, mulher, do lar, amasiada, Ensino Médio completo, católica, porém não praticante. Comunicativa e receptível. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

**Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, na sala da residência. A casa estava em boas condições e boas condições de saneamento básico. O trabalhador estava na residência durante a entrevista, porém permaneceu no quarto.

A família, de sete pessoas, mora em casa de aluguel e com cinco cômodos. A renda estimada deles é menor de seis salários mínimos. Os serviços de saúde utilizados por eles são o SUS e Prever. Desenvolvem atividades de lazer, tais como: almoço familiar, festas e passeio no shopping.

De acordo com a entrevistada, o trabalhador fazia uso de maconha e bebida alcoólica. No dia da ocorrência toxicológica registrada na ficha OT/IA, eles estavam temporariamente separados e o motivo foi a drogadição.

No decorrer da entrevista a familiar ouvia as perguntas e respondia sinceramente. Manifestou risos em certos questionamentos. Algumas questões não foram bem compreendidas, sendo necessária a reformulação, apesar disso, obtiveram-se respostas deficientes.

A esposa referiu que conheceu o trabalhador em uso de bebida alcoólica e tabaco. *“Ele usava socialmente e há uns dois anos ele começou de pouquinho, pouquinho, exagerando e um ano atrás ele ficou bem feio”* [...].

---

---

### **Caso 2 – PDR, 44 anos. Familiar: OVL, 44 anos.**

---

---

#### **Ocorrência toxicológica**

Homem, etilista, pedreiro, residência localizada na zona urbana, casado, possui dois filhos, Ensino Fundamental incompleto, católico, porém não praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 06/01 às 00:20 deu entrada no PA/HUM devido ingestão de bebida alcoólica e queda de bicicleta. Apresentou ferimento corto-contuso em face e politraumatismo. Queixava-se de cefaleia e vertigem. Foi realizado tratamento sintomático, observação neurológica e clínica. Permaneceu 01 dia internado e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 90 dias da alta hospitalar, foi realizado contato telefônico com o familiar, a fim de agendar a visita domiciliar, com explicação prévia de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A esposa, concordou, sem resistência, em receber a visita e optou pelo dia conveniente a ela.

#### **Respondente**

OVL, mulher, zeladora, casada, Ensino Fundamental completo, católica e praticante. Comunicativa, acessível, humilde, olhar de sofrimento, sem vaidade e preocupada com os filhos. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

### **Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, na varanda, pois a entrevistada tinha vergonha da casa. A casa estava em condições deficientes, baixas condições de saneamento básico. O trabalhador estava no trabalho no momento da entrevista.

A família, de seis pessoas, mora em casa de própria e com quatro cômodos. A renda estimada deles é menor de três salários mínimos. Os serviços de saúde utilizados por eles são o SUS e Santa Rita. Desenvolvem atividades de lazer, tais como: festas e bailes, passeio no shopping e confraternização da igreja.

No decorrer da entrevista, a familiar ouvia as perguntas e respondia sinceramente. Mesmo com a simplicidade, procurou auxiliar ao máximo a pesquisa, sem restrições quanto às respostas. Foi emocionante o modo que se expressava ao referir sobre o trabalhador e uso do álcool.

A esposa afirmou que separou dele uma vez por causa da bebida: “*quando ele morava sozinho, andava sujo e não comia*”[...]. Referiu que o trabalhador teve outra entrada no PA/HUM no outro mês, por ingestão de bebida alcoólica e queda da própria altura, contudo permaneceu poucas horas em observação, “*ele sempre bebe e cai pela casa, preocupando todos os filhos*”[...].

Ficou evidente o quanto a esposa se preocupa com o marido, e relata querer ajudá-lo, mas não consegue.

---

---

### **Caso 3 – JLM, 48 anos. Familiar: DM, 45 anos.**

---

---

#### **Ocorrência toxicológica**

Homem, ex-etilista, trabalhava como marceneiro e atualmente está aposentado, residência localizada na zona urbana, casado, possui dois filhos, Ensino Fundamental incompleto, católico e praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 05/01 às 13:30 deu entrada no PA/HUM, encaminhado da Unidade de Pronto atendimento - Zona Sul de Maringá, com histórico de hemorragia digestiva alta (HDA) por varizes esofágicas. Foi realizado tratamento sintomático, suporte e observação clínica. Permaneceu 28 dias internado na UTI/HUM e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 90 dias da alta hospitalar, foi realizado contato telefônico com o familiar a fim de agendar a visita domiciliar, com explicação prévia de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A esposa concordou, sem resistência, em receber a visita e optou pelo dia conveniente a ela.

### **Respondente**

DM, mulher, do lar, casada, Ensino Médio completo, católica e praticante. Comunicativa, com necessidade especial e sem vaidade. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

### **Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, na varanda, pois a entrevistada tinha vergonha da casa. A casa estava em condições deficientes, sem reboco e baixas condições de saneamento básico. O trabalhador estava na residência no momento da entrevista.

A família, de cinco pessoas, mora em casa própria e com cinco cômodos. A renda estimada deles é menor de três salários mínimos. O serviço de saúde utilizado por eles é o SUS. O almoço familiar é a única atividade de lazer juntos.

DM é uma esposa dedicada, preocupada com a saúde do marido e faz bastante esforço para auxiliá-lo, mesmos com as limitações dela. “*Já estou acostumada a cuidar dele*”[...]. Ela informou que o marido deixou de beber há seis anos em virtude da doença.

---

---

### **Caso 4 – JV, 67 anos. Familiar: IVAT, 42 anos.**

---

---

### **Ocorrência toxicológica**

Homem, ex-etilista, mestre de obras, residência localizada na zona urbana, casado, possui quatro filhos, analfabeto, católico e praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 28/02 às 13:40 deu entrada no PA/HUM devido febre e lombalgia e histórico de etilismo crônico. Queixava-se de dor. Foi realizado tratamento sintomático e observação clínica. Permaneceu oito dias internado e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 90 dias da alta hospitalar, foi realizado contato telefônico com o familiar a fim de agendar a visita domiciliar, com explicação prévia de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A filha concordou, com um pouco de

resistência, em receber a visita e optou pelo dia conveniente a ela. Ela solicitou responder a entrevista em sua residência apesar de não morar com o pai, referiu ser responsável por ele. Argumentou ainda que sua mãe não poderia responder a pesquisa, pois o pai não se considera alcoólatra.

### **Respondente**

IVAT, mulher, costureira, casada, Ensino Médio completo, católica e praticante. Comunicativa, receptiva e com vaidade. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

### **Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, na cozinha, a casa estava em boas condições e presença de saneamento básico. Antes de iniciar a entrevista a filha queria deixar claro que o pai não era etilista e bebia apenas “*socialmente*”.

Os pais moram em residência própria e com sete cômodos. A renda estimada deles é menor de três salários mínimos. O serviço de saúde utilizado por eles é o SUS. Desenvolvem atividades de lazer, tais como: almoço, jantar e festas familiares.

A filha afirmou sobre o pai: “*meu pai é muito certinho, o internamento dele não tem nada ver com o álcool e sim devido uma inflamação e infecção muscular, porque se esforçou demais carregando tijolos*”[...].

Os pais e os filhos são unidos, a respondente referiu que o uso do álcool pelo pai não repercute males à família, todos bebem juntos e a bebida representa um elemento de confraternização para eles.

---

## **Caso 5 – RB, 51 anos. Familiar: JB, 52 anos.**

---

### **Ocorrência toxicológica**

Homem, etilista, trabalhava como pedreiro e atualmente é catador de recicláveis, residência localizada na zona urbana, divorciado, possui dois filhos, Ensino Fundamental incompleto, católico, porém não praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 01/01 às 21:40 deu entrada no PA/HUM devido ingestão de bebida alcoólica e queda de bicicleta. Foi realizado

tratamento sintomático e observação clínica. Permaneceu um dia internado e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 90 dias da alta hospitalar, foi tentado contato telefônico com o familiar a fim de agendar a visita domiciliar, porém o telefone constante na ficha OT/IA do trabalhador era inexistente. A pesquisadora foi até o endereço disponível e explicou previamente de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. O irmão concordou, sem resistência, em responder a entrevista.

### **Respondente**

JB, homem, afastado, divorciado, Ensino Fundamental incompleto, católica e praticante. Comunicativo e receptivo. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

### **Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, na cozinha. A casa estava em condições deficientes, baixas condições de saneamento básico. O trabalhador não estava na residência no momento da entrevista.

Os irmãos moram em casa própria e com cinco cômodos. A renda estimada deles é menor de três salários mínimos. Os serviços de saúde utilizados por eles são SUS e Unimed. Desenvolvem atividades de lazer, tais como almoço familiar e bares.

RB relatou que o trabalhador iniciou o uso abusivo de álcool quando separou da esposa: “*entrou em depressão, vivia trancado*”[...]. E quando falamos a respeito da conversa deles sobre a bebida, o respondente expôs: “*ele leva na brincadeira o que eu falo, ele bebe mesmo e não tem jeito*” [...].

---

---

### **Caso 6 – CCS, 51 anos. Familiar: VR, 47 anos.**

---

---

### **Ocorrência toxicológica**

Homem, ex-etilista, trabalhava como pintor e atualmente está desempregado, residência localizada na zona urbana, casado, possui três filhos, Ensino Fundamental incompleto, católico e praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 29/04 às 20:26 deu entrada no PA/HUM devido ingestão de bebida alcoólica e queda da própria altura. Foi realizado

tratamento sintomático e observação clínica. Permaneceu 14 dias internado e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 60 dias da alta hospitalar, foi realizado contato telefônico com o familiar a fim de agendar a visita domiciliar, com explicação prévia de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A esposa concordou, sem resistência, em receber a visita e optou pelo dia conveniente a ela.

### **Respondente**

VR, mulher, do lar, casada, escolaridade Ensino Fundamental incompleto, católica e praticante. Comunicativa, receptiva, humilde e olhar sofrido quando falava marido. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

### **Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, na sala. A casa estava em condições deficientes, com dificuldades para entrar e baixas condições de saneamento básico. O trabalhador não estava na residência no momento da entrevista.

A família, de cinco pessoas, mora em casa própria e com três cômodos. A renda estimada deles é menor de três salários mínimos. O serviço de saúde utilizado por eles é o SUS. Não desenvolvem atividades de lazer juntos.

A esposa representou alívio ao perceber que o marido parou de beber, mas foi impactante a maneira da ocorrência, ou seja, após o internamento no HUM. Ela ainda ressaltou: “*depois disso ficou sem trabalhar até hoje, né?*”[...].

---

---

### **Caso 7 – VLS, 52 anos. Familiar: IAS, 50 anos.**

---

---

### **Ocorrência toxicológica**

Homem, etilista, pintor, residência localizada na zona urbana, casado, possui dois filhos, Ensino Fundamental incompleto, católico, porém não praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 06/04 às 17:08 deu entrada no PA/HUM devido ingestão de bebida alcoólica e queda da própria altura. Foi realizado tratamento sintomático. Permaneceu 14 dias internado e recebeu alta hospitalar.



Após aproximadamente 60 dias da alta hospitalar, foi entrado em contato telefônico com o familiar a fim de agendar a visita domiciliar, com explicação prévia de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A esposa concordou, sem resistência, em receber a visita e optou pelo dia conveniente a ela.

### **Respondente**

VR, mulher, do lar, casada, Ensino Fundamental incompleto, evangélica e praticante. Comunicativa, receptiva, colaborativa e olhar sofrido quando falava marido. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

### **Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, na varanda. A casa estava em condições boas condições e boas condições de saneamento básico. A esposa foi a respondente da entrevista, porém a nora ficou presente quase todo período. O trabalhador não estava na residência no momento da entrevista.

A família, de seis, mora em residência própria e com nove cômodos. A renda estimada deles é menor de três salários mínimos. O serviço de saúde utilizado é o SUS. Não desenvolvem atividades de lazer juntos.

A esposa respondeu algumas perguntas com dificuldade, sendo necessário repetilas, mesmo com a simplicidade, procurou auxiliar ao máximo a pesquisa, sem restrições quanto às respostas. A nora interferia a todo o momento e a sua presença dificultou o desenvolvimento da entrevista. Quando ela saiu um pouco a esposa expressou melhor os sentimentos e demonstrou que além das preocupações com o marido a nora também “dá trabalho”, “é agressiva” e tem histórico de uso de bebida alcoólica, chorou ao desabafar.

As respostas obtidas foram com qualidade, atingindo as expectativas da pesquisa. De acordo com a respondente, os pais do trabalhador bebiam, a mãe faleceu por consequências do uso de álcool e lamentou muito o fato do marido ser etilista. “*Essa vida de bêbado não desejo nem a um cachorro, a bebida destrói a família, o meu marido chega em casa e xinga muito a família. As vezes as esposas matam os maridos por causa da bebida*”[...]

---

**Caso 8 – JFS, 53 anos. Familiar: MMS, 55 anos.**

---

**Ocorrência toxicológica**

Homem, etilista, trabalhava como servente de pedreiro e atualmente está desempregado, residência localizada na zona urbana, casado, possui quatro filhos, Ensino Fundamental incompleto, evangélico, porém não praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 01/04 às 12:06 deu entrada na clínica médica do HUM com queixa de disúria e hematúria. Apresentou tremores em MMSS, síndrome de abstinência e agitação. Foi realizado tratamento sintomático e observação clínica. Permaneceu 05 dias internado e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 60 dias da alta hospitalar, foi realizado contato telefônico com o familiar a fim de agendar a visita domiciliar, com explicação prévia de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A esposa concordou, sem resistência, em receber a visita e optou pelo dia conveniente a ela.

**Respondente**

MMS, mulher, diarista, estado civil casada, escolaridade Ensino Fundamental incompleto, evangélica e praticante. Comunicativa, receptiva, olhar sofrido e receoso quando falava marido. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

**Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, na cozinha. A casa estava em condições deficientes, com dificuldades para entrar e baixas condições de saneamento básico. O trabalhador estava na residência no momento da entrevista.

A família, de cinco pessoas, mora em residência própria e com seis cômodos. A renda estimada deles é menor de três salários mínimos. O serviço de saúde utilizado por eles é SUS. Não desenvolvem atividades de lazer juntos.

MMS respondeu algumas perguntas com dificuldade, sendo necessária a reformulação, apesar disso, obtiveram-se respostas deficientes. Ficou receosa, pois o marido estava na sala durante a entrevista. Em algumas questões ela olhava para o lado para ver se o marido estava escutando e respondia, porém demonstrava em seu olhar que queria dizer algo diferente.

Repeti algumas questões fora da residência quando foi me acompanhar até o portão. Ela desabafou: “*Ele já sumiu várias vezes de casa por causa da bebida, é triste, ele xinga os meninos, xinga eu pela rua de biscate. Ele não me ajuda em casa, eu que trabalho*”[...].

---

---

**Caso 9 – JLM, 23 anos. Familiar: VLBM, 42 anos.**

---

---

**Ocorrência toxicológica**

Homem, etilista, servente de pedreiro, residência localizada na zona urbana, solteiro, possui um filho, Ensino Fundamental incompleto, sem religião e com renda mensal menor de três salários mínimos.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 06/04 às 18:05 deu entrada no PA/HUM devido ingestão de bebida alcoólica, agressão física e dependência química. Apresentava escoriações, fraturas, edema. Foi realizado tratamento sintomático e observação clínica. Permaneceu quatro dias internado e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 60 dias da alta hospitalar, foi realizado contato telefônico com o familiar a fim de agendar a visita domiciliar. O telefone disponível nos registros era da tia do trabalhador, foi ligado duas vezes e não houve sucesso. A pesquisadora foi até o endereço três vezes para encontrar a familiar, explicou previamente de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A mãe concordou, sem resistência, em responder a entrevista.

**Respondente**

VLBM, mulher, auxiliar de serviços gerais, solteira, Ensino Fundamental incompleto, evangélica, porém não praticante. Comunicativa e receptiva. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

**Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, no quintal, a casa estava em condições deficientes, sem reboco e baixas condições de saneamento básico. O trabalhador não estava na residência durante a entrevista.

A família de sete pessoas, mora em casa própria e com sete cômodos. A renda estimada deles é entre três e seis salários mínimos. O serviço de saúde utilizado por eles é o SUS. Desenvolvem atividades de lazer, tais como: almoço familiar, festas e bailes.

No decorrer da entrevista, a familiar ouvia as perguntas e respondia sinceramente, foi concisa e rápida nas respostas. A mãe não soube detalhar a respeito da ocorrência toxicológica, pois o filho encontrava-se morando com ex - namorada.

“Eu fico preocupada porque ele já se afastou da mulher e da filha, eu tenho medo de ele cair em uma pior, ele não pode chegar nem perto da filha mais. Eu falo que ele tem que trabalhar, comprar roupa, se vestir bem, porque se cair em uma pior vai ser difícil acudir se ele não quiser.”

A mãe demonstrou-se preocupada com o filho, mas deixou claro que não se esforçará muito para ajudá-lo caso for preso. Chamou atenção para a observação sobre a bebida, disse que o trabalhador não bebia há um mês, porém, fui ao local três vezes e em uma delas ele atendeu a porta com hálito etílico.

---

---

### **Caso 10 – GMS, 39 anos. Familiar: SS, 30 anos.**

---

---

#### **Ocorrência toxicológica**

Homem, etilista, pedreiro, residência localizada na zona urbana, casado, possui um filho, Ensino Fundamental incompleto, católico e praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 20/05 às 08:37 deu entrada no PA/HUM com queixa de mialgia, tontura, fraqueza, mal estar, dor retro ocular há cerca de 4 meses. Referia tosse crônica associada com expectoração de coloração amarelada, tabagista, cefaleia, dispneia, vertigem, fraqueza, mialgia, tosse. Foi realizado tratamento sintomático e observação clínica. Permaneceu duas horas internado e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 30 dias da alta hospitalar, foi tentado contato telefônico com o familiar a fim de agendar a visita domiciliar, porém o telefone constante nos registros do trabalhador era inexistente. A pesquisadora foi até o endereço disponível no cadastro. Foi explicado previamente de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A cunhada concordou, sem resistência, em responder a entrevista.

#### **Respondente**

SS, mulher, profissional do sexo, solteira, escolaridade Ensino Fundamental incompleto, católica e praticante. Pouco comunicativa, receptiva e apresentou receio ao

falar sobre sua profissão. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

### **Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, no quintal. A casa estava em condições deficientes e baixas condições de saneamento básico. O trabalhador não estava na residência no momento da entrevista.

A família, de cinco pessoas, mora em casa de aluguel e com sete cômodos. A renda estimada deles é entre três e seis salários mínimos. O serviço de saúde utilizado por eles é o SUS. Desenvolvem atividades de lazer, tais como almoço familiar e viagens.

A cunhada apresentou ideias contrárias durante a conversa. Relatou que o trabalhador iniciou o uso abusivo de álcool quando separou da ex-esposa devido traição. Referiu ainda que, GMS trabalha alcoolizado e quando perguntei sobre ele insultar as pessoas e quanto incomodava, ela respondeu:

“Ele quando está bêbado insulta minha irmã direto... incomoda um pouco mas a gente finge que não incomoda, porque como diz o ditado em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”.

A esposa do trabalhador chegou na residência quando já havia acabado a entrevista, porém foram anotadas algumas observações a respeito do marido: *“Esse aí não para de beber mais não, hoje ele não entra mais em casa. Estão precisando dele no serviço e ele não foi, foi beber”*.

---

---

### **Caso 11– OW, 39 anos. Familiar: BBB, 29 anos.**

---

---

#### **Ocorrência toxicológica**

Homem, etilista, pedreiro, residência localizada na zona urbana, casado, possui um filho, Ensino Fundamental incompleto, católico e praticante.

Trabalhador encontrado por meio de busca ativa do CCI/HUM e notificado por intoxicação alcoólica crônica. De acordo com registros, no dia 28/05 às 20:39 deu entrada no PA/HUM devido queda da própria altura. Apresentava agitação, face avermelhada, hálito etílico, escoriações. Foi realizado tratamento sintomático e observação clínica. Permaneceu três horas internado e recebeu alta hospitalar.

Após aproximadamente 30 dias da alta hospitalar, foi tentado contato telefônico com o familiar a fim de agendar a visita domiciliar, porém o telefone constante nos registros do trabalhador era inexistente. A pesquisadora foi até o endereço disponível no cadastro, ao chegar ao domicílio, o filho do trabalhador menor de idade me atendeu, pedi o telefone da mãe e ele me passou. Foi ligado para a familiar e explicado previamente de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM. A cônjuge concordou, sem resistência, em receber a visita e optou pelo dia conveniente a ela.

### **Respondente**

BBB, origem paraguaia, mulher, diarista, amasiada, escolaridade Ensino Fundamental incompleto, católica e praticante. É uma pessoa receptiva e pouco comunicativa. Compreendeu o motivo da pesquisa, assinou o TCLE e permitiu a gravação de toda entrevista.

### **Pontos relevantes da entrevista**

A pesquisadora foi recebida com cortesia, no quintal. A casa estava em condições deficientes e baixas condições de saneamento básico. O trabalhador não estava na residência no momento da entrevista.

A família, de seis pessoas, mora em casa de aluguel e com seis cômodos. A renda estimada deles é menor de três salários mínimos. O serviço de saúde utilizado pela família é o SUS. Desenvolvem como atividade de lazer almoço familiar.

Respondeu algumas perguntas com dificuldade, sendo necessário repeti-las. BBB não demonstrou se importar com o uso de bebida alcoólica do marido, mas teme o futuro: *“Não é que me incomoda ele beber, mas eu queria que ele parasse [...]. A bebida destrói famílias, a gente vê [...].”*

**APÊNDICE 2**  
**INSTRUMENTO DE ENTREVISTA COM TRABALHADOR**

**ROTEIRO TRABALHADOR**

Entrevistado nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2013

Horário de início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**1. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHADOR**

**Iniciais:**      **Sexo:** ( )M ( )F    **Idade:**

**Zona de residência:** ( ) Urbana ( ) Rural

**Estado civil:** ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) divorciado(a) ( ) amasiado(a) ( ) viúvo(a)

**Filhos:** ( ) Não ( ) Sim, quantos?

**Escolaridade:** ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

**Religião:** \_\_\_\_\_ ( ) praticante ( ) não praticante

**Situação atual:** ( ) empregado ( ) não empregado

**Ocupação no dia da intoxicação:** \_\_\_\_\_

**Ocupação atual:** \_\_\_\_\_

**Renda (em salários mínimos):** ( ) sem renda ( ) menos de 3 ( ) de 3 a 6 ( ) mais de 6

**2. DADOS DA OCORRÊNCIA TOXICOLÓGICA**

**Data da OT/IA:**

**Agente causal:** ( ) Álcool ( ) Álcool + outros: Quais? \_\_\_\_\_

**Tipo de intoxicação:** ( ) crônico ( ) agudo

**Tempo de uso de álcool(até a data da intoxicação):** \_\_\_\_\_

**Histórico da intoxicação:**

---



---



---



---



---

**APÊNDICE 3**  
**INSTRUMENTO DE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA**

**ROTEIRO FAMÍLIA**

Entrevistado nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2013

Horário de início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**1. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA**

**Quantas pessoas moram na mesma casa:** \_\_\_\_\_

**Renda familiar? (em salários mínimos):** ( ) menos de 3 ( ) de 3 a 6 ( ) mais de 6

**Qual tipo de assistência à saúde a família utiliza?** ( ) SUS ( ) Unimed ( )

PAM ( ) Prever ( ) outros

**Que tipo de lazer os membros da família costumam realizar juntos?**

( ) almoço familiar ( ) festas/bailes ( ) confraternizações com vizinhos ( ) Shopping

( ) outros: \_\_\_\_\_

**Algum outro membro da família faz uso de álcool? Quantos?** \_\_\_\_\_.

**Existe alguma das patologias crônicas em algum dos membros da família? Quais?**

( ) diabetes ( ) hipertensão arterial ( ) transtorno mental ( ) epilepsia ( ) problemas renais/urinários ( ) doenças cardiovasculares ( ) doenças respiratórias ( ) doenças gastrointestinais ( ) outras \_\_\_\_\_

**2. CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR RESPONDENTE**

**Iniciais:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** ( )M ( )F **Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) divorciado(a) ( ) amasiado(a) ( ) viúvo(a)

**Escolaridade:** ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

**Religião:** \_\_\_\_\_ ( ) praticante ( ) não praticante

**Grau de parentesco com o trabalhador em estudo:** \_\_\_\_\_.

**Ocupação:** \_\_\_\_\_.

**Renda (em salários mínimos):** ( ) sem renda ( ) 1 a 3 ( ) de 3 a 6 ( ) mais de 6



### 3. QUESTÕES NORTEADORAS

- a) Como seu familiar Sr \_\_\_\_\_ iniciou o uso do álcool? Ele faz uso de outro tipo de droga de abuso?
- b) Atualmente o Sr \_\_\_\_\_ ainda ingere bebida alcoólica? Se não, qual motivo o fez parar?
- c) Comente sobre o que o internamento do Sr \_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_\_ produziu em seu meio familiar?
- d) Comente sobre o significado do uso de álcool do Sr \_\_\_\_\_ significa para a família? O que vocês “falam” sobre o assunto com ele?
- e) Comente sobre o uso do álcool e o trabalho do Sr \_\_\_\_\_? Ele já sofreu acidente de trabalho alcoolizado?

**APÊNDICE 4**  
**DIÁRIO DE CAMPO**

<p><b><i>Diário de campo nº _____</i></b>  <b>Residência do Trabalhador (Iniciais): _____</b>  <b>Data: __/__/2013 Endereço: _____</b></p>
--

<b><i>I. CONTEÚDO DESCRITIVO</i></b>	
<p><b><i>Retratos dos sujeitos</i></b></p> <p>Aparência física, estilo de falar e de agir, particularidades dos indivíduos.</p>	
<p><b><i>Reconstruções do diálogo</i></b></p> <p>Anotações das palavras dos sujeitos, seus gestos, pronúncias e expressões.</p>	
<p><b><i>Observações adicionais</i></b></p>	

## APÊNDICE 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa faz parte de um trabalho de Dissertação de Mestrado e tem como título: **Impacto do uso abusivo de álcool: estudo em famílias de trabalhadores da construção civil**. Convidamos você a participar deste estudo orientado pela Prof<sup>ª</sup>. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O presente estudo objetiva Analisar o impacto do uso abusivo de álcool em famílias de trabalhadores da construção civil. Com esse estudo poderemos produzir informações na área, fator crucial para o desenvolvimento de novas estratégias para enfrentamento dessa temática pela equipe de saúde, bem como pelos familiares, que convivem diariamente nesse contexto. Para isso a sua participação é muito importante, e se dará, caso aceite o estudo, através de uma entrevista. As informações prestadas por você, serão mantidas em segredo e somente serão utilizadas para essa pesquisa, sendo descartadas ao final da pesquisa. Seu nome verdadeiro não será citado e se não quiser responder a alguma pesquisa, não será obrigado. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final será divulgado em uma banca de defesa pública de dissertação de mestrado, revistas e/ou apresentado em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo algum para você. Poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que você seja prejudicado por isso, e se tiver alguma dúvida, poderá perguntar ou entrar em contato conosco através do endereço e/ou telefone abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Obrigada pela colaboração.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação nesta pesquisa orientada pela Prof<sup>ª</sup>. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo e estou ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pelas pesquisadoras responsáveis, e tive a oportunidade de discuti-lo com as mesmas.

Maringá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisado ou responsável.

**Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.**

**Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora, conforme o endereço abaixo:**

Beatriz Ferreira Martins. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Fone: (44)9975-1961.

Endereço: R.Néó Alves Martins, 3341, apto 1202, Zona 01, CEP: 87060-013 –Maringá- PR.

**Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:**

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

**ANEXOS**

## ANEXO 1

## Ficha de Ocorrência Toxicológica/ Intoxicação Alcoólica e/ou outras drogas de abuso (OT/IA)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO  
CENTROS DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICARG: 

## INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA / OUTRAS DROGAS DE ABUSO

CENTRO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Vítima:  Humana  Animal  InformaçãoIdade: | | | |  H  D  M  A Sexo:  Masc.  Fem.  Ignorado Gestante:  1º Trim.  2º Trim.  3º Trim.  Trim. Desc.Data de Nascimento: | | | | | |  5 Não  6 Não se aplica  9 Ignorado

Espécie (se Animal): \_\_\_\_\_

Peso: | | | | | | Kg Profissão/Ocupacional: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Nome da mãe (se menor): \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

Categoria:  Próprio  Médico  Parente  Enfermeiro  Ign.  Outro Prof. Saúde: \_\_\_\_\_  Outro: \_\_\_\_\_

ATENDIMENTO		TIPO DE OCORRÊNCIA	CIRCUNSTÂNCIA	
TELEFÔNICO	HOSPITALAR			
<input type="checkbox"/> 1 Hosp./Clínicas	<input type="checkbox"/> 1 PS	<input type="checkbox"/> 1 Intoxicação	<input type="checkbox"/> 1 Acidente Individual	<input type="checkbox"/> 9 Abstinência
<input type="checkbox"/> 2 CS/UBS	<input type="checkbox"/> 2 Enfermaria	<input type="checkbox"/> 2 Exposição	<input type="checkbox"/> 2 Acidente Coletivo	<input type="checkbox"/> 10 Abuso
<input type="checkbox"/> 3 Consult./Ambul.	<input type="checkbox"/> 3 Ambulatório	<input type="checkbox"/> 3 Reação Adversa	<input type="checkbox"/> 3 Acidente Ambiental	<input type="checkbox"/> 11 Ingestão de Alimentos
<input type="checkbox"/> 4 Local Trabalho	<input type="checkbox"/> 4 UTI	<input type="checkbox"/> 4 Diagnóstico Diferencial	<input type="checkbox"/> 4 Ocupacional	<input type="checkbox"/> 12 Tent. Suicídio
<input type="checkbox"/> 5 Outros CIT	<input type="checkbox"/> 8 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 5 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 5 Uso Terapêutico	<input type="checkbox"/> 13 Tent. Aborto
<input type="checkbox"/> 6 Outros Serv. Públicos:		<input type="checkbox"/> 6 Ignorada	<input type="checkbox"/> 6 Prescr. Médica Inadequada	<input type="checkbox"/> 14 Violência/Homicídio
<input type="checkbox"/> 7 Residência			<input type="checkbox"/> 7 Erro de Administração	<input type="checkbox"/> 15 Uso Indevido
<input type="checkbox"/> 8 Outro: _____			<input type="checkbox"/> 8 Auto Medicação	<input type="checkbox"/> 99 Ignorada
<input type="checkbox"/> 9 Ignorado				<input type="checkbox"/> 88 Outra: _____

EXPOSIÇÃO		
ZONA	VIA	TIPO SUPERVISÃO
<input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 3 Outra: _____ <input type="checkbox"/> 9 Ignorada	<input type="checkbox"/> 1 Oral <input type="checkbox"/> 07 Retal	<input type="checkbox"/> 1 Aguda - única
<b>LOCAL</b>	<input type="checkbox"/> 2 Cutânea <input type="checkbox"/> 08 Vaginal	<input type="checkbox"/> 2 Aguda - repetida
<input type="checkbox"/> 1 Residência <input type="checkbox"/> 5 Escola/Creche	<input type="checkbox"/> 3 Respiratória <input type="checkbox"/> 09 Mordedura/Picada	<input type="checkbox"/> 3 Crônica
<input type="checkbox"/> 2 Amb. Trabalho <input type="checkbox"/> 6 Ambiente Externo	<input type="checkbox"/> 4 Parenteral <input type="checkbox"/> 99 Ignorada	<input type="checkbox"/> 4 Aguda sobre crônica
<input type="checkbox"/> 3 Trajeto de Trabalho <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> 5 Nasal <input type="checkbox"/> 88 Outra: _____	<input type="checkbox"/> 9 Ignorada
<input type="checkbox"/> 4 Serviço de Saúde <input type="checkbox"/> 8 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 6 Ocular	
UF: _____		Tempo decorrido da exposição:
Município: _____		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A
Bairro: _____		Duração da exposição:
Endereço: _____		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A

**AGENTE TÓXICO**

<input type="checkbox"/> 01 Medicamentos	<input type="checkbox"/> 06 Domissanitários	<input type="checkbox"/> 11 Plantas	<input type="checkbox"/> 16 Outros An. Peç./Venenosos
<input type="checkbox"/> 02 Agrotóxicos/Usos Agrícola	<input type="checkbox"/> 07 Cosméticos	<input type="checkbox"/> 12 Alimentos	<input type="checkbox"/> 17 Animais Não Peçonhentos
<input type="checkbox"/> 03 Agrotóxicos/Usos Doméstico	<input type="checkbox"/> 08 Produtos Quím. Industriais	<input type="checkbox"/> 13 An. Peçonhentos/Serpentes	<input type="checkbox"/> 99 Desconhecido
<input type="checkbox"/> 04 Produtos Veterinários	<input type="checkbox"/> 09 Metais	<input type="checkbox"/> 14 An. Peçonhentos/Aranhas	<input type="checkbox"/> 88 Outro: _____
<input type="checkbox"/> 05 Raticidas	<input type="checkbox"/> 10 Drogas de Abuso	<input type="checkbox"/> 15 An. Peçonhentos/Escurpiões	

NOME COMERCIAL/ESPÉCIE

DOSE/QUANTIDADE

CLASSIFICAÇÃO

CLANDESTINO

 Sim  Não

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A - Tratamento Inicial****B - Tratamento Proposto****C - Tratamento Realizado**

	A	B	C		A	B	C	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carvão Ativado
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observação Clínica	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catárticos
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento Sintomático	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurese Forçada
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento de Suporte	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemodiálise
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontam. Cutânea/Mucosa	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoperfusão
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontaminação Ocular	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exsanguíneo Transfusão
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diluição	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada Endoscópica
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demulcentes	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervenção Cirúrgica
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neutralização	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antídoto: _____
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emese	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soro: _____
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Gástrica	<input type="checkbox"/> 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro: _____
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Intestinal	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ignorado

**RESUMO (SUPERVISÃO)**Manifestação Clínica:  1 SIM  2 NÃO  9 IGNORADAInternação:  1 SIM  2 NÃO  9 IGNORADAAnálise Toxicológica:  1 SIM  2 NÃO  9 IGNORADA Especificar: \_\_\_\_\_Evolução:  1 CURA  2 CURA NÃO CONFIRMADA  3 SEQÜELA  4 ÓBITO  5 ÓBITO OUTRA CAUSA 8 OUTRO: \_\_\_\_\_  9 IGNORADA

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_ C.I.D. 10: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO (SUPERVISÃO)**

<input type="checkbox"/> 1 Nenhum	<input type="checkbox"/> 3 Envenenamento Não Excluído	<input type="checkbox"/> 5 Envenenamento Moderado
<input type="checkbox"/> 2 Provavelmente Não Tóxico	<input type="checkbox"/> 4 Envenenamento Leve	<input type="checkbox"/> 6 Envenenamento Grave

**RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO**

Nome

Assinatura

**RESPONSÁVEL PELA REVISÃO**

Nome

Assinatura



**Universidade Estadual de Maringá**  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ  
 CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÕES



**PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA/  
 OUTRAS DROGAS DE ABUSO**

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PLANTONISTA: \_\_\_\_\_

Nome	Escolaridade
------	--------------

**APRESENTAÇÃO DO AGENTE TÓXICO**

<input type="checkbox"/> Líquido	<input type="checkbox"/> Pó	<input type="checkbox"/> Sólido
<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Pasta	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		

**DADOS DA INTOXICAÇÃO**

DATA DA INGESTÃO OU ENTRADA NO PS ____ / ____ / ____	TIPO DE USO
HORÁRIO DE ENTRADA NO PS ____ : ____ hs.	<input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÔNICO
	<input type="checkbox"/> INDETERMINADO <input type="checkbox"/> IGNORADO

**DESCREVER AS CIRCUNSTÂNCIAS DA INTOXICAÇÃO (Como aconteceu, onde, uso de outras drogas de abuso)**


**TIPO DE OCORRÊNCIA (se houve trauma ou violência)**

<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Violência (agressão, crimes)	<input type="checkbox"/> Outros: _____
Tipo de veículo: _____	Local: _____	Local: _____
Nº de Vítimas: _____	Nº de vítimas: _____	Nº de vítimas: _____
Nº de óbitos: _____	Nº de óbitos: _____	Nº de óbitos: _____

**EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS**

DOSAGEM ALCOÓLICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	Horário de coleta: ____ : ____ hs.
OUTROS EXAMES: _____			





**ANEXO 2**  
**ESCALA DO RISCO FAMILIAR (DE COELHO E SAVASSI)**

<b>Indicador do risco social familiar</b>		<b>Escore</b>
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição grave		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses de idade		1
Maior de 70 anos de idade		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
<i>Diabetes Mellitus</i>		1
Relação morador/cômodo	Se Maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
<b>Escore total</b>	<b>Classificação de risco</b>	
Menor que 5	R0 – Sem risco	
5 a 6	R1 – Risco menor	
7 a 8	R2 – Risco médio	
9 ou mais	R3 – Risco máximo	

**ANEXO 3**  
**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES FBIS-BR**

Bandeira et al., (2006). Escala de Sobrecarga Familiar

1

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS FAMILIARES**  
**FBIS-BR**

**Escala adaptada e validada pelo**  
**Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM)**  
**[www.lapsam.ufsj.edu.br](http://www.lapsam.ufsj.edu.br)**

**Departamento de Psicologia da UFSJ**

**São João del Rei**

**2006**

**Versão original em inglês:** Richard Tessler, Ph.D e Gail Gamache, Ph.D. (1996). Departamento de Sociologia. Instituto Social e Demográfico Machmer Hall. Universidade de Massachusetts. Amherst, Ma 01003-4830.

### **Instruções de aplicação**

Este questionário tem como objetivo avaliar a experiência dos familiares de pacientes psiquiátricos de cuidar dos seus pacientes e o impacto desta experiência em suas vidas, em termos da sobrecarga sentida por eles.

O questionário deve ser aplicado em situação de entrevista, por um entrevistador previamente treinado. O tempo de aplicação dura aproximadamente 30 minutos.

Para a realização da entrevista, uma situação de privacidade deve ser buscada. O respondente deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação. Em situações de pesquisa, uma vez que o familiar concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento livre e esclarecido.

Durante a entrevista, deve ser enfatizado que o questionário se refere aos últimos 30 dias da vida do paciente, independente do local onde o indivíduo se encontre. O instrumento deve ser respondido em apenas um encontro. Todas as questões do questionário devem ser respondidas.

Deve ser enfatizado para o respondente que **não há respostas certas nem erradas** e que ele deve responder com base em sua própria experiência pessoal, de forma a **expressar sinceramente** seus sentimentos, com relação à **sobrecarga sentida** em cuidar do paciente.

As respostas de cada item devem ser anotadas no questionário **pelo entrevistador**.

Os usuários devem ser lembrados de que, usando esta escala não devem modificar as orientações, questões e layout de nenhuma forma.

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DA FAMÍLIA

### PARTE A: ASSISTÊNCIA NA VIDA COTIDIANA

Geralmente as pessoas que têm doenças mentais precisam de ajuda ou precisam ser lembradas de fazer as coisas comuns do dia-a-dia. As perguntas que vou fazer agora são sobre isso. Talvez, nem todas elas se apliquem a (Nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele(a).

A1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer coisas como se pentear, tomar banho ou se vestir? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os
(PASSE P/ A2a)	vez p/ semana	p/ semana	p/semana	dias ?

A1b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (Nome) ou lembrar-lhe de fazer essas coisas?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

A2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou encorajou (Nome) a tomar os remédios dele(a) ou teve que dar o remédio pessoalmente ou às escondidas? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os
(PASSE P/ A3a)	vez p/ semana	p/ semana	p/semana	dias ?

A2b. Quanto lhe incomodou ter que fazer alguma coisa para (Nome) tomar os remédios dele(a)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

A3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer tarefas da casa (ex. arrumar a cama, limpar o quarto, lavar roupa, etc.) ou teve que fazer isto para ele(a)? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os
(PASSE P/ A4a)	vez p/ semana	p/ semana	p/semana	dias ?

A3b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele(a)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

A4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) ou lembrou-lhe de fazer compras de alimentos, roupas ou outros objetos ou teve que fazer compras para ele(a)? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os
(PASSE P/ A5a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	dias ?

A4b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar, lembrar ou fazer essas coisas para ele(a)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

A5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você cozinhou para (Nome) ou o (a) ajudou a preparar as refeições? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os
(PASSE P/ A6a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	dias ?

A5b. Quanto lhe incomodou ter que cozinhar para (Nome) ou ajudá-lo(a) a preparar as refeições dele(a)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

A6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou a levar (Nome) a algum lugar, à pé, de carro, de ônibus ou por outros meios de transporte? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os ?
(PASSE P/ A7a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	dias

A6b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar a levar (Nome) a algum lugar?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

A7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou (Nome) a cuidar do dinheiro dele(a) ou teve que fazer isso por ele/ela? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os
(PASSE P/ A8a)	vez p/ semana	p/ semana	p/ semana	dias ?

A7b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar (Nome) a cuidar do dinheiro dele(a) ou a fazer isto por ele(a)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

A8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você ajudou, lembrou ou insistiu com (Nome) para ele(a) se ocupar com alguma coisa, não ficar à toa, usar o seu tempo para fazer alguma coisa, como ler revista, se divertir com alguma coisa, trabalhar, estudar ou visitar as pessoas, etc. ? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os
(PASSE P/ A9a)	vez p/ semana	p/ semana	p/semana	dias ?

A8b. Quanto lhe incomodou ter que ajudar ou lembrar (Nome) a se ocupar com alguma coisa?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

A9a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você lembrou, encorajou ou insistiu com (Nome) ou teve que levá-lo(a) para as suas consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental ? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os
(PASSE P/ B1a)	vez p/ semana	p/ semana	p/semana	dias ?

A9b. Quanto lhe incomodou ter que lembrar, encorajar ou levar (Nome) para as suas consultas médicas ou atividades nos serviços de saúde mental?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

## PARTE B: SUPERVISÃO AOS COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS

Algumas vezes, as pessoas com doenças mentais podem precisar de ajuda quando ocorrem alguns comportamentos problemáticos. As perguntas que vou fazer agora talvez não se apliquem a (Nome), mas tente respondê-las, por favor, com o conhecimento que você tem sobre ele (a).

B1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de apresentar algum comportamento que te deixasse envergonhado(a) ou incomodado(a) ou teve que lidar com estes comportamentos ou com suas conseqüências ? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma	1 ou 2 vezes	de 3 a 6 vezes	Todos os
(PASSE P/ B2a)	vez p/ semana	p/ semana	p/semana	dias ?

B1b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento desconcertante de (Nome)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

B2a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) ficasse exigindo demais sua atenção ou você teve que lidar com este comportamento ou suas conseqüências ? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (PASSE P/ <b>B3a</b> )	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias ?

B2b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com o comportamento de (Nome) de exigir que você dê atenção a ele(a)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

B3a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) incomodasse as pessoas durante a noite ou teve que lidar com este comportamento ou com suas conseqüências ? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (PASSE P/ <b>B4a</b> )	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias ?

B3b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento perturbador de (Nome)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

B4a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) insultasse alguém, ameaçasse ou machucasse alguém ou teve que lidar com este comportamento ou suas conseqüências ? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (PASSE P/ <b>B5a</b> .)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias ?

B4b. Quanto lhe incomodou ter que fazer isso?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

B5a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de falar em morrer, ou de falar em se matar, de ameaçar ou tentar se matar? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (PASSE P/ <b>B6a</b> )	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias ?

B5b. Quanto lhe incomodou estas conversas, ameaças ou tentativas de (Nome) de se matar ou de falar em morrer?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?



B6a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) bebesse demais (bebidas alcoólicas) ou teve que lidar com as conseqüências deste comportamento? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (PASSE P/ B7a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias ?

B6b. Quanto lhe incomodou o fato de (Nome) beber ?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

B7a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir que (Nome) comesse ou bebesse demais (bebidas não alcoólicas, ex. café, xaropes, etc.) ou fumasse demais? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (PASSE P/ B8a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias ?

B7b. Quanto lhe incomodou ter que lidar com este comportamento de (Nome)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

B8a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você tentou evitar ou impedir (Nome) de usar drogas (ilegais) ou teve que lidar com as conseqüências deste comportamento? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez (PASSE P/ C1a)	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias ?

B8b. Quanto lhe incomodou o fato de (Nome) usar drogas (ilegais)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

## PARTE C : GASTOS FINANCEIROS

C1. Nos últimos 30 dias, você, pessoalmente, pagou ou deu algum dinheiro seu à (Nome) para cobrir algumas despesas dele (a) e que ele não lhe tenha devolvido? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

C2. Nos últimos 30 dias, o paciente teve gastos com os itens abaixo?	Sim	Não	Gastos nos últimos 30 dias
a- Transporte (carro, combustível, ônibus,táxi, etc?) .....	1	2	\$-----
b- Roupas e calçados? .....	1	2	\$-----
c- Trocados para pequenos gastos?.....	1	2	\$-----
d- Alimentação ?.....	1	2	\$-----

(se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela destas despesas correspondente ao paciente).



	SIM	NÃO	Gastos nos Últimos 30 dias
e- Moradia (aluguel , prestação da casa) ?..... (se ele mora com o paciente, peça-lhe para estimar a parcela desta despesa correspondente ao paciente)	1	2	\$-----
f- Medicamentos ?.....	1	2	\$-----
g- Tratamento de saúde mental ? .....	1	2	\$-----
h- Outros gastos médicos (dentista, fisioterapeuta, etc.)?....	1	2	\$-----
i- Cigarros? .....	1	2	\$-----
j- Objetos pessoais? _____ .....	1	2	\$-----
k- Telefone?.....	1	2	\$-----
l- Pagamento de profissionais p/cuidar do paciente.....	1	2	\$-----
m- Plano de saúde _____	1	2	\$-----
n- Outras despesas ? ( Especifique ) :-----	1	2	\$-----

C2-Total: \$ \_\_\_\_\_

C3. Quantia com a qual o paciente contribuiu para as despesas mensais: \_\_\_\_\_

C4. Gastos da família com o paciente (diferença entre C2 e C3): \_\_\_\_\_

C5. No último ano, os gastos que você teve com (Nome) foram pesados para você com que frequência?

Sempre ou quase sempre	5
Freqüentemente	4
Às vezes	3
Raramente	2
Nunca	1

#### PARTE D. IMPACTO NAS ROTINAS DIÁRIAS

D1a. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você faltou, chegou atrasado ou cancelou algum compromisso, como no trabalho, na escola ou em outros lugares, porque teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias?

D1b. Nos últimos 30 dias, quantas vezes as suas atividades sociais e de lazer (ex. sair para descansar ou visitar alguém) foram alteradas ou perturbadas, porque você teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias/

D1c. Nos últimos 30 dias, quantas vezes os seus serviços de casa ou a rotina da casa foi alterada ou perturbada porque você teve que cuidar de (Nome)? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias?

D1d. Nos últimos 30 dias, quantas vezes o fato de cuidar de (Nome) impediu de você dedicar aos outros membros da família a atenção e o tempo de que eles necessitavam? Foram quantas vezes?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Nenhuma vez	menos que uma vez p/ semana	1 ou 2 vezes p/ semana	de 3 a 6 vezes p/semana	Todos os dias ?

D2. A doença de (Nome) provocou mudanças mais ou menos permanentes na sua rotina diária, no seu trabalho ou na sua vida social? Sim ( ) Não ( ).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Nem um pouco	muito pouco	um pouco	muito ?

D3. Por causa da doença de (Nome):

**(Nota ao entrevistador: Você pode circular mais de uma resposta)**

	Sim	Não
a- Você teve que trabalhar menos ou abandonar o seu emprego ou teve que trabalhar mais para cobrir os gastos?	2	1
b- Você teve que se aposentar mais cedo do que você planejava?... 2	2	1
c- Você deixou de ter (ou tem menos) vida social (ex.deixou de passear, visitar pessoas, ir a festas, etc.)?..... 2	2	1
d- Você perdeu amizades? ..... 2	2	1
e- Você deixou de tirar férias (ex. visitar parentes, viajar)?..... 2	2	1
f- Você deixou de receber (ou recebe menos) pessoas em casa..... 2	2	1
(familiares e/ou amigos)?		

## PARTE E: PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE

Mesmo quando as pessoas não se vêem por algum tempo, às vezes, mesmo assim elas se preocupam umas com as outras. Eu gostaria de perguntar-lhe sobre suas preocupações com (Nome).

E1. Você fica preocupado(a) com a segurança física de (Nome) (ex. que alguma coisa ruim aconteça com ele(a), que ele(a) sofra um acidente, entre em uma briga, que alguém se aproveite dele(a), que fuja, etc.):

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre ou quase sempre?



E2. Você fica preocupado(a) com o tipo de ajuda e tratamento médico que (Nome) está recebendo?(ex. com receio de que ele(a) não esteja sendo bem atendido(a), de que não esteja recebendo um bom tratamento para a doença dele(a), etc.?)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre ou quase sempre?

E3. Você fica preocupado(a) com a vida social de (Nome) (ex. preocupado se ele(a) não sai muito de casa, ou se sai demais ou se tem poucos amigos ou se sai com amigos que não lhe convém?)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre ou quase sempre?

E4. Você fica preocupado(a) com a saúde física de (Nome)? (ex. dores, doenças, etc.)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre ou quase sempre?

E5. Você fica preocupado(a) com as condições de moradia atual de (Nome)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre ou quase sempre?

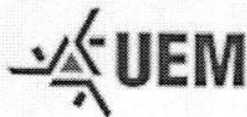
E6. Você fica preocupado(a) ao pensar como (Nome) faria para sobreviver financeiramente se não houvesse você para ajudá-lo?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre ou quase sempre?

E7. Você fica preocupado(a) com o futuro de (Nome)?

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre ou quase sempre?

**ANEXO 4**  
**PARECER COPEP**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** IMPACTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL: ESTUDO EM FAMÍLIAS DE TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL

**Pesquisador:** Magda Lúcia Félix de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 11734912.9.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 207.377

**Data da Relatoria:** 25/02/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa de área temática do grupo III, com finalidade acadêmica (dissertação de mestrado), sob orientação da pesquisadora supra-citada.

O estudo tem como objetivo analisar o impacto do uso abusivo de álcool em famílias de trabalhadores da construção civil, sob a perspectiva da ação educativa e preventiva dos profissionais da saúde na área de Enfermagem.

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa aponta como seu objetivo geral: "Analisar o impacto do uso abusivo de álcool em famílias de trabalhadores da construção civil", e como objetivos específicos: "caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos trabalhadores da construção civil e das respectivas famílias; Verificar a estrutura familiar e o contexto social de inserção dos trabalhadores da construção civil; Caracterizar o impacto do uso do álcool nas relações familiares dos trabalhadores; Identificar fatores(modificar esse verbo) para planejamento da intervenção de enfermagem no uso abusivo de álcool dos trabalhadores em seu contexto familiar."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A ponderação entre riscos e benefícios da participação mostra-se adequada aos parâmetros da pesquisa. Tratando-se de uma pesquisa que tem como instrumento entrevistas quanti-

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4444

**Fax:** (44)3011-4518

**E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



qualitativas, descrevem-se os riscos de desconforto para os sujeitos submetidos às entrevistas, e os benefícios advindos do desenvolvimento de estratégias de promoção de ações de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa mostra-se em um estágio bastante maduro, sendo bastante cuidadosa em relação ao detalhamento dos procedimentos da pesquisa, especialmente a condução das entrevistas por meio de formulários padronizados, a definição dos critérios de seleção dos participantes, o procedimento de análise dos dados e definição de seu cronograma. São previstas 36 entrevistas, sendo 18 com trabalhadores da construção civil e 18 com familiares desses mesmos trabalhadores (um familiar para cada trabalhador entrevistado).

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

A folha de rosto é apresentada, devidamente assinada pela pesquisadora responsável e pelo responsável institucional (Chefe de Departamento DEN-UEM). A autorização para uso de banco de dados foi apresentada, assinada pelo responsável institucional (Diretor médico do HUM).

O orçamento previsto tem o valor total de R\$1835,00, e informa-se que a fonte dos recursos é financiamento próprio.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado em forma de convite, em linguagem acessível, e sua formulação é adequada aos parâmetros da pesquisa e às normas estabelecidas.

**Recomendações:**

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

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz das normas éticas vigentes, este comitê de ética em pesquisa se manifesta pela aprovação do protocolo sem ressalvas ou recomendações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz da normativa ética vigente, este Comitê de Ética em Pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma em que ora se apresenta.

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4444

**Fax:** (44)3011-4518

**E-mail:** copep@uem.br