



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

LAIS FERNANDA FERREIRA DA SILVA

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRABALHADORES COM INTOXICAÇÃO
ALCOÓLICA CRÔNICA**

**MARINGÁ- PR
2017**

LAIS FERNANDA FERRIRA DA SILVA

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRABALHADORES COM INTOXICAÇÃO
ALCOÓLICA CRÔNICA**

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.^a Dr.^a Magda Lúcia Félix de Oliveira

**MARINGÁ- PR
2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

S586i Silva, Lais Fernanda Ferreira da
Itinerário terapêutico de trabalhadores com
intoxicação alcoólica / Lais Fernanda Ferreira da
Silva. - - Maringá, 2017.
155 f. : il., color., figs., tabs.

Orientadora: Profª. Drª. Magda Lúcia Félix de
Oliveira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual
de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1.Enfermagem - Saúde Pública. 2. Alcoolismo.
3.Serviço de Saúde. 4. Doença crônica. I. idade
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 21. ed. 610.73

MGC-001438

LAIS FERNANDA FERREIRA DA SILVA

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRABALHADORES COM INTOXICAÇÃO
ALCOÓLICA CRÔNICA**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Magda Lúcia Félix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof.^a Dr.^a Julia Trevisan Martins
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Maringá - UEM

DEDICO

*À minha mãe, Maria Madalena Ferreira dos Santos,
Pelo amor incondicional, apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida, por
me conduzir sempre no caminho certo, na busca de crescimento espiritual, pessoal e
profissional. Sem você, nada disso seria possível.*

*Ao Tiago Rodrigues do Nascimento, pelo incentivo, amor, cumplicidade,
companheirismo e
Ao meu filho, Lorenzo Rodrigues do Nascimento, minha inspiração de todos os dias.*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por estender suas mãos me oferecendo as oportunidades que me impulsionaram até aqui.

À minha mãe, Madalena, pelo exemplo de amor, caráter e dignidade. Minha imensa gratidão pelo incentivo e apoio em minhas decisões, sem medir esforços, pelos ensinamentos, por ter acreditado em mim, nas minhas escolhas e o investimento na minha formação.

Ao meu pai, Osmar, por estar comigo nos momentos mais difíceis da minha jornada, sempre com paciência, amor, carinho e dedicação.

Ao Tiago, que sempre compartilhou de minhas alegrias, felicidades e conquistas, e por acreditar em mim e por não me deixar desistir.

A toda a minha família, pelo carinho, atenção, apoio, e compreensão nos momentos de ausência, e por representarem a minha inspiração de vida, de perseverança neste longo caminho que percorri, a fim de atingir o meu objetivo de concluir o mestrado.

Aos meus colegas da Pós- Graduação, Camila, Patrícia, Alan, Marcelo, Bruna, Anaí, Rosangela e Beatriz pela amizade e companheirismo nesta jornada.

À equipe do Centro de Controle de Intoxicações de Maringá pelo apoio e orientações oferecidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento da pesquisa.

Por fim, à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Magda, que sempre esteve presente em minha vida acadêmica e profissional, compartilhando seus conhecimentos e contribuindo imensuravelmente ao meu aprendizado e crescimento.

“Se tu o desejas, podes voar, só tens de confiar muito em ti”

Steve Jobs

SILVA, L.F.F. **Itinerário Terapêutico de Trabalhadores com Intoxicação Alcoólica Crônica**. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2016.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi conhecer o itinerário terapêutico de trabalhadores com intoxicação crônica por álcool e identificar os diferentes serviços de saúde acessados pelos trabalhadores e as fragilidades do acesso, a partir das narrativas dos familiares. Estudo descritivo e longitudinal de natureza qualitativa, utilizando o referencial teórico do Itinerário Terapêutico e a Narrativa como recurso metodológico. Foi realizado no município de Maringá-PR, com amostra intencional de nove trabalhadores usuários crônicos de bebida alcoólica, internados no Hospital Universitário Regional de Maringá - HUM e cadastrados no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital - CCI/HUM, no período de janeiro a junho de 2016, tendo um familiar do trabalhador como informante chave. As fontes de dados foram a Relação Mensal dos Pacientes Intoxicados no CCI/HUM; a Ficha de Ocorrência Toxicológica/Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso e o prontuário hospitalar dos trabalhadores; e os instrumentos de coleta de dados foram quatro roteiros - Roteiro de Coleta de Dados de Documentos Hospitalares; Roteiro de Entrevista Domiciliar, para entrevista do tipo narrativa; Roteiro do Índice de Comorbidade de Charlson; e Roteiro para Observação Domiciliar não Participante, com tipologia de diário de pesquisa. Dos documentos hospitalares foram compilados dados sociodemográficos do trabalhador e da sua família, dados referentes à internação e contextualização do uso crônico do álcool, que foram analisados descritivamente. O Índice de Charlson foi aplicado para cada usuário, por meio dos registros no prontuário hospitalar, e os escores foram obtidos através da soma das comorbidades registradas. As entrevistas foram realizadas com cinco familiares informantes, no período de outubro a novembro de 2016, nos domicílios dos trabalhadores. Quatro usuários eram homens, com média de idade de 54,5 anos, e três não mantinham relacionamento conjugal. Somente um deles ainda estava exercendo atividade laboral; dois recebiam auxílio invalidez da Previdência Social e dois estavam desempregados. Os principais motivos da internação foram as doenças crônicas gastrointestinais, principalmente pancreatite, varizes esofágicas por hipertensão portal, hepatopatia crônica, cirrose hepática, e hepatite alcoólica; doenças crônicas infecciosas - hepatite C, infecção pelo HIV, pneumonias comunitárias repetidas; e as neoplasias. Todos iniciaram o uso de bebida alcoólica precocemente, e o tempo médio de uso foi de 35,5 anos, marcado por fases de abstinências, em período não superior a um ano, e recaídas. Quatro usuários apresentaram o Índice de Comorbidade de Charlson maior que 4, que indica a gravidade da doença crônica/comorbidade e o alto risco de mortalidade. Observou-se constante acesso das famílias aos serviços da Rede de Atenção às Urgências e hospitais, e baixo vínculo aos dispositivos da Rede de Atenção Primária em Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial de Saúde de base comunitária, com dificuldades para a inserção ao tratamento e acesso precoce na continuidade do cuidado, marcado pela descontinuidade, fragmentação, e falta de acesso aos níveis secundários e terciários da atenção à saúde. Os itinerários terapêuticos permitiram a visualização da trajetória do trabalhador e família pelo sistema de saúde, além dos seus aspectos sociais e culturais, diante da situação de adoecimento. Apesar da presente análise apresentar limitações inerentes à intencionalidade da escolha dos entrevistados, trata-se de grupo específico de alcoolistas e famílias com efeitos do uso crônico de bebida alcoólica por longo período, e os resultados podem contribuir para

maior conhecimento do acesso aos serviços públicos de saúde, e nortear as ações de gestores e profissionais de saúde, pelas lacunas existentes no atendimento do alcoolista na rede de atenção à saúde.

Palavras-Chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Família, Doença Crônica, Enfermagem em Saúde Pública.

SILVA, L.F.F. **Therapeutic Itinerary of Workers with Chronic Alcohol Intoxication**. 156 sheets. Dissertation (Nursing Mastership) - State University of Maringá. Advisor: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2016.

ABSTRACT

The objective of this study was to recognize the therapeutic itinerary of workers with chronic alcohol intoxication and to identify the different health services accessed by workers and the fragilities of access based on the narratives of the relatives. It is a descriptive and longitudinal study of a qualitative nature, using the theoretical reference of the Therapeutic Itinerary and the Narrative as methodological resource. It was carried out in the municipality of Maringá-PR, with an intentional sample of nine chronic alcohol users, admitted to the Regional University Hospital of Maringá and enrolled in the Poison Control Center of the Hospital, from January to June 2016, having the worker as key informant. The data sources were the Monthly List of Intoxicated Patients in the PCC/UHM; the Toxicological Occurrence Form/Alcoholic Poisoning and/or Other Abuse Drugs and the hospital records of the workers; and the instruments of data collection were four scripts – Guide for Data Collection of Hospital Documents; Home Interview script for narrative interview; Charlson Comorbidity Index Chart; and Guide for Non-Participating Home Observation, with a research journal type. From the hospital documents, sociodemographic data were compiled from the worker and his family, data regarding the hospitalization and contextualization of chronic alcohol use, which were analyzed descriptively. The Charlson Index was applied to each user through the records in the hospital chart and the scores were obtained through the sum of the comorbidities recorded. The interviews were carried out with five informant relatives, from October to November, 2016, in the workers' homes, conducted by the researcher in a single meeting. Interviews lasted approximately 70 minutes and were recorded in full on digital audio media. Data analysis used the principles of narrative analysis (BURY, 2001). All the established ethical precepts were established under Opinion 1,606,056. Four users were men, with an average age of 54.5 years old, and three had no marital relationship. Only one of them was still working; Two were receiving Social Security illness assistance and two were unemployed. The main reasons for hospitalization were chronic gastrointestinal diseases, mainly pancreatitis, portal hypertension, esophageal varices, chronic hepatopathies, liver cirrhosis, and alcoholic hepatitis; chronic infectious diseases - hepatitis C, HIV infection, repeated community pneumonias; and neoplasms. All of them started using alcoholic beverages early, and the average time of use was of 35.5 years, stressed by withdrawal phases, during a period of no more than one year, and relapses. Four users had a Charlson Comorbidity Index greater than 4 indicating the severity of the chronic disease/comorbidity and the high risk of mortality. It was observed constant access of the families to the services of the Emergency Care Network and hospitals, low access and bond to the devices of the Primary Health Care Network and the Community-Based Health Psychosocial Care Network, with difficulties of inclusion into treatment, early access and continuity of care in health care services noted by discontinuity, fragmentation and lack of access to the secondary and tertiary levels of care. The therapeutic itineraries allowed the visualization of the trajectory of the worker and family by the health system, besides its social and cultural aspects, in view of the disease situation. The study corroborated several authors who work with the therapeutic itinerary theme and the multiple logics that govern patients' options and pathways in search for treatment, when there are individual aspects, sociocultural representations related to the

disease and healing systems, socioeconomic and structural conditions and related to easy or not easy access. Although the present analysis presents limitations inherent to the intentionality of the interviewees' choice, it is a specific group of alcoholics and families with effects of chronic drinking for a long period, and the results may contribute to a better knowledge about the access to public health services and, concerning the gaps in taking care of alcoholics in the health care network, to guide the actions of managers and health professionals.

Keywords: Health Services Accessibility, Family, Chronic Disease, Public Health Nursing.

SILVA, L.F.F. **Itinerario terapéutico de trabajadores con intoxicación alcohólica crónica**. 156 hojas. La Tesis (Maestría en Enfermería) – Universidad Estatal de Maringá. Orientadora: Magada Lúcia de Oliveira. Maringá, 2016

RESUMEN

El objetivo de este estudio es conocer el itinerario terapéutico de los trabajadores con intoxicaciones crónicas por el alcohol e identificar los diferentes servicios de salud que han accedido los trabajadores y las debilidades de acceso, desde las narrativas de sus familiares. Se trata de un estudio descriptivo y longitudinal de carácter cualitativo, utilizando el marco teórico del itinerario terapéutico y la narrativa como recurso metodológico. Se llevó a cabo en Maringá-PR, con una muestra intencional de nueve trabajadores usuarios crónicos de alcohol, hospitalizados en el Hospital Regional de la Universidad Estatal de Maringá e inscritos en el Centro de Control de Intoxicaciones (CCI) del hospital, entre enero y junio de 2016, teniendo un familiar como informante clave. Las fuentes de datos fueron la relación mensual de pacientes intoxicados en el CCI / HUM; La tabla de ocurrencia toxicológica / intoxicación por alcohol y / u otras drogas; las historias clínicas de los trabajadores; y los instrumentos de recolección de datos fueron cuatro guiones – guión de recolección de datos de documentos hospitalarios; guión de entrevista domiciliaria, para las entrevistas del tipo narrativa; guión Índice de comorbilidad de Charlson y el Guión para observación domiciliaria del participante, con tipología de diario de investigación. De los históricos hospitalarios fueron recopilados datos sociales y demográficos del trabajador y de su familia, datos sobre la hospitalización y la contextualización del uso crónico de alcohol, los cuales fueron analizados descriptivamente. El índice de Charlson se aplicó a cada usuario a través de los registros hospitales, y las puntuaciones se obtuvieron mediante la adición de las comorbilidades registradas. Las entrevistas se realizaron con cinco familiares informantes en el período de octubre a noviembre de 2016 (está diferente del afirmado anterior – enero a junio de 2016, es desnecesario repetir esta información), en los hogares de los trabajadores, llevadas a cabo por la investigadora, en una sola reunión con duración aproximada de 70 minutos, que fueran registradas en su totalidad en los medios digitales para audio. El análisis de datos utilizó los principios de análisis narrativo de Bury (no es usual citar en el resumen). Siguió a todos los preceptos éticos establecidos, teniendo el parecer favorable 1.606.056. Cuatro usuarios hombres, con un promedio de edad de 54,5 años, y tres no mantenían relación conyugal. Sólo uno de ellos aún estaba ejerciendo la actividad laboral; recibían beneficios por discapacidad de la Seguridad Social y dos estaban en paro. Las principales razones para la hospitalización fueron las enfermedades crónicas gastrointestinales, especialmente la pancreatitis, varices esofágicas debido a la hipertensión portal, enfermedad hepática crónica, cirrosis y hepatitis alcohólica; enfermedades infecciosas crónicas - hepatitis C, infección por el VIH, neumonías comunitarias repetición; y neoplasmas. Todos empezaron precozmente a consumir alcohol, y el tiempo promedio de utilización fue de 35,5 años marcados por fases de abstinencia, en períodos no superior a un año, y las recaídas. Cuatro usuarios presentaron el índice de comorbilidad de Charlson superior a 4, lo que indica la gravedad de la enfermedad crónica/comorbilidad y el alto riesgo de mortalidad. Fue observado acceso constante de las familias a los servicios de la Red de atención a la emergencia, y bajo acceso y vínculo con los dispositivos de la Red de Atención primaria de salud y la red de atención psicosocial de salud basada en la comunidad, con dificultades para la inserción a tratamiento precoz y la continuidad de la atención en los servicios de atención, con

marcada discontinuidad, fragmentación y la falta de acceso a los niveles secundarios y de atención. Los itinerarios terapéuticos permitirán visualizar la trayectoria del trabajador y su familia por el sistema de salud, además de sus aspectos sociales y culturales, debido a la situación de la enfermedad. El estudio corrobora varios autores que trabajan con la temática del itinerario terapéutico y las múltiples lógicas que rigen las opciones y las vías del paciente en búsqueda del tratamiento, cuando se competen aspectos individuales de los pacientes, representaciones socio-culturales acerca de la enfermedad y los sistemas de curación, las condiciones socioeconómicas y estructurales relacionadas con la facilidad o dificultad de acceso. Aunque esta análisis tiene limitaciones inherentes a la intencionalidad de la elección de los encuestados, se trata de grupo de alcohólicos y sus familias, con efectos del consumo crónico de alcohol durante un largo período y los resultados pueden contribuir para un mayor conocimiento del acceso a los servicios públicos de salud y guiar las acciones de los gerentes y profesionales de la salud, por las lagunas existentes en la red de atención a la salud.

Palabras-Clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Familia, Enfermedad Crónica, Enfermería en Salud Pública.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CRAS	Centro de Referência Assistência Social
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CIAT	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CPRE	Colangiopancreatografia do Aparelho Retrógrado Endoscópico
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
HC	Hospital do Câncer
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
ESF	Estratégia Saúde da Família
HMM	Hospital Municipal de Maringá
HUM	Hospital Universitário de Maringá
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Índice de Comorbidade de Charlson
IRA	Insuficiência Renal Aguda
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OT/IA	Ocorrência Toxicológica / Intoxicação Alcoólica e outras Drogas
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PS/HUM	Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá
PSE	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENACIAT	Rede Nacional Centros de Informação e Assistência Toxicológica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SASC	Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SNE	Sonda Nasoenteral
SVD	Sonda Vesical de Demora
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
TCE	Trauma Crânio encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Estudos a serem submetidos como resultados da pesquisa. Maringá-PR, 2016.....	18
Figura 1	Fluxograma de dimensionamento da população em estudo. Maringá- PR, janeiro a junho de 2016.....	42
Figura 2	Fluxograma da população em estudo. CCI/HUM, Maringá – PR, janeiro a junho, 2016.....	43
Quadro 2	Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. Maringá – PR, janeiro a junho de 2016.....	50
Quadro 3	Caracterização do evento toxicológico dos trabalhadores usuários crônicos de álcool internados. Maringá – PR, janeiro a junho de 2016.....	52
Quadro 4	Caracterização do familiar entrevistado. Maringá, janeiro-junho, 2016.....	55
Quadro 5	Caracterização das famílias dos trabalhadores participantes da pesquisa. Maringá, janeiro-junho, 2016.....	57
 ESTUDO 1		
Quadro 1	Caracterização dos trabalhadores usuários de bebida alcoólica, segundo idade, comorbidade, ocupação, escolaridade e estado civil. Maringá, PR, janeiro a junho, 2016.....	63
 ESTUDO 2		
Figura 1	Itinerário Terapêutico da Família 1. Maringá-PR, 1996 a 2016.....	106
Figura 2	Itinerário Terapêutico da Família 2. Maringá-PR, 1999 a 2016.....	107
Figura 3	Itinerário Terapêutico da Família 3. Maringá-PR, 1994 a 2016.....	108
Figura 4	Itinerário Terapêutico da Família 4. Maringá-PR, 2006 a 2016.....	109
Figura 5	Itinerário Terapêutico da Família 5. Maringá-PR, 1997 a 2016.....	110

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	19
1.1 DELIMITAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	19
1.2 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO PARA ENFERMAGEM	20
2. REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA E REPERCUSSÕES NA FAMÍLIA E NO TRABALHO.....	22
2.2 USO CRÔNICO DE BEBIDA ALCOÓLICA E ALTERAÇÕES ORGÂNICAS ...	24
2.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À SAÚDE E A ATENÇÃO AO ALCOOLISTA	27
2.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS	30
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	33
3.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E O CUIDADO À SAÚDE.....	33
3.1 O RECURSO METODOLÓGICO DA NARRATIVA	36
4 OBJETIVOS	38
4.1 OBJETIVO GERAL.....	38
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
5 METODOLOGIA	39
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	39
5.2 LOCAL DO ESTUDO	39
5.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO	41
5.4 FONTES DE DADOS	44
5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	47
5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
6 RESULTADOS	50
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES E DOS EVENTOS TOXICOLÓGICOS.....	50
6.2 AS FAMÍLIAS E O FAMILIAR ENTREVISTADO	54
6.3 ESTUDO 1	57
6.4 ESTUDO 2	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	114
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES	128
ANEXOS	146

APRESENTAÇÃO

A minha primeira aproximação com o tema se deu na participação no Projeto de Extensão Universitária da Universidade Estadual de Maringá Centro de Controle de Intoxicações – CCI/HUM, como plantonista, onde observei o número expressivo de internações hospitalares relacionadas à problemas orgânicos provocados pela intoxicação alcoólica crônica. Também, o projeto de extensão universitária Atendimento às intoxicações profissionais no CCI/HUM: organização do Ambulatório de Saúde do Trabalhador, onde são atendidos trabalhadores que foram expostos a algum agente tóxico no ambiente de trabalho, me permitiu o reconhecimento da área de Enfermagem e conhecer a população de trabalhadores em assistência ambulatorial, com atendimentos relacionados ao consumo de bebida alcoólica como agravante da doença no trabalho.

Neste contexto, realizei Trabalho de Conclusão de Curso, que teve como objetivo caracterizar a população de trabalhadores usuários de drogas de abuso atendidos em um serviço sentinela, que me permitiu uma primeira aproximação no dimensionamento do uso de drogas em uma população específica, de trabalhadores, para aprofundamento posterior em estudo analítico e qualitativo.

No primeiro ano do Mestrado em Enfermagem cursei algumas disciplinas que me permitiu maior aproximação ao tema, como: Assistência à família e ao cuidador, Cuidados de enfermagem a pessoa doente ou com intercorrências em saúde e sua família no contexto hospitalar, Gestão do cuidado à saúde de grupos vulneráveis e, Estudos avançados no cuidado de enfermagem ao adulto hospitalizado. Particpei ainda dos cursos Estratégias de investigação de enfermagem à família que vivencia a condição crônica, utilizando a Teoria Fundamentada em Dados e análise de dados qualitativos.

Essas disciplinas forneceram subsídios para o conhecimento dos determinantes sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos da hospitalização em adultos e promoveram a reflexão sobre as práticas do processo de cuidar do indivíduo, que se encontra doente e a atenção à sua família, que procura a resolutividade do problema de saúde de seu ente.

Em razão disso, decidi desenvolver minha pesquisa de dissertação no Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM com a temática itinerário terapêutico de trabalhadores com intoxicação alcoólica crônica, na prática de familiares

tendo como população trabalhadores usuários crônicos de álcool, com diagnóstico médico associado à intoxicação alcoólica crônica e suas famílias.

A apresentação de a presente dissertação tem formato aprovado pelo Conselho Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM, e inclui como elementos obrigatórios: a Introdução, que descreve o problema em estudo, a Justificativa para a realização da pesquisa, e as evidências científicas relacionadas ao objeto em estudo; o Referencial teórico metodológico, que apresenta o referencial adotado para a investigação; os objetivos gerais e específicos, para responder ao propósito da pesquisa e ao problema de pesquisa; o Material e o Método, que contém o percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa.

Os Resultados e a Discussão, corroborados ou diferentes de evidências da literatura científica, estão apresentados na forma de um item para caracterização dos participantes da pesquisa, e dois manuscritos. (Quadro1)

Quadro 1. Estudos a serem submetidos como resultados da pesquisa. Maringá-PR, 2016.

Estudo	Título provisório	Objetivo
1	Trajetórias de famílias de trabalhadores usuários crônicos de bebida alcoólica	Identificar a trajetória de trabalhadores usuários crônicos de bebida alcoólica e suas famílias pelos diferentes serviços de saúde.
2	Itinerário Terapêutico de Usuários Crônicos de Bebida Alcoólica e suas Famílias	Descrever o itinerário terapêutico de usuários crônicos de bebida alcoólica.

Fonte: O próprio autor, 2017.

1. INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A presente proposta aborda a temática da intoxicação alcoólica crônica/alcoolismo enquanto problema social e de saúde, assumindo como questão central de investigação a análise das repercussões na vida familiar de trabalhadores doentes alcoólicos graves. A perspectiva adotada procura captar as vivências dessas famílias e o acesso e continuidade do cuidado nos serviços de saúde.

Em busca de fundamentação teórica para o presente estudo, foi realizada uma revisão de literatura a partir das bases eletrônicas do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando os descritores: Itinerário Terapêutico, Intoxicação Alcoólica, Alcoolismo, Trabalhadores e Efeitos Orgânicos do Álcool, no período de 2009 a 2016. O número de artigos publicados foi 49, porém foram escassas as publicações de investigações que abordavam temas relacionados ao itinerário terapêutico de pessoas com efeitos do uso crônico de álcool, apenas duas.

O trabalho é considerado uma das formas de desenvolvimento pessoal e social do indivíduo, contribuindo para a formação de laços, para a expressão da subjetividade e para as vivências de prazer (ENRIQUEZ, 2014), porém é considerado um dos fatores psicossociais de risco para o alcoolismo crônico (BRITES, ABREU, PINTO, 2014).

Alguns fatores, contribuem para maior risco do consumo de álcool por trabalhadores, como a disponibilidade e pré-seleção de população de alto risco, pois algumas profissões atraem pessoas propensas a se tornarem bebedores excessivos; alta ou baixa renda, em ocupações com polos sociais extremos; pressão social para beber, existente em alguns grupos ocupacionais; separação da norma social em trabalhadores, como situações de solidão, falta de suporte familiar e comportamento aditivo nas famílias (BRITES, ABREU, PINTO, 2014).

Estima-se que em torno de 10% dos trabalhadores ativos são bebedores de risco (mais de 40 gramas/dia em mulheres e de 60 gramas/dias em homens), e que 8% são bebedores abusivos e frequentes. Já a prevalência de consumo de outras drogas é estimada

em 27% para a maconha, 7,5% para a cocaína, 2,7% para drogas sintéticas e 1% para os alucinógenos (BRITES, ABREU, PINTO, 2014; OCHOA, MANDOZ, 2008).

O uso de álcool e/ou outras drogas inclui desde o uso continuado sem acarretar consequências mais graves para o usuário até aquele que leva ao desenvolvimento de dependência, e é classificado como funcional e disfuncional. No primeiro, a droga é usada como uma “ferramenta” de trabalho, que apesar dos efeitos deletérios para a saúde, tem a finalidade de “auxiliar” o trabalhador a enfrentar momentos de estresse, mas pode evoluir para um comportamento de uso aditivo com mudança no padrão de consumo da droga, afetando o desempenho profissional, a droga deixa de ser um meio para se tornar um fim (LIMA, 2010).

Este consumo de drogas produz alterações significativas no ambiente de trabalho, com prejuízos para a empresa e para os companheiros de trabalho, aumento de doenças, acidentes de trabalho, absenteísmo, e incapacidades laborais, diminuição da produtividade e geração de “um mau ambiente de trabalho” (LARANJEIRA, 2014; OCHOA, MANDOZ, 2008).

O uso de bebida alcoólica pode acarretar intoxicação aguda ou intoxicação crônica, dependendo da forma e tempo de exposição. A intoxicação crônica acontece pelo efeito tóxico do álcool, após exposição prolongada a doses cumulativas, em um período maior de três meses, com desgastes à saúde mental e física, e comorbidades, caracterizando-a como doença crônica não transmissível (OGA, CAMARGO, BATISTUZZO, 2014). Em geral, o diagnóstico de alcoolismo é realizado quando o usuário está em um estágio avançado de dependência, com repercussões físicas e psíquicas evidentes, e é de difícil aceitação para os familiares e os pacientes (GUIDOLIN et al., 2016).

Neste contexto, a questão que norteou o presente estudo foi: Qual o itinerário de trabalhadores e suas famílias nos serviços de saúde para solucionarem os problemas decorrentes do abuso crônico do álcool e suas comorbidades?

1.2 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM

A compreensão do itinerário terapêutico proporciona aos profissionais de saúde reconhecer a multiplicidade de saberes e modos de se lidar com a doença crônica e,

fornece subsídios para a construção de um cuidado de saúde mais próximo da realidade sociocultural do indivíduo. Além disso, percebe-se a trajetória individual perpassando o caráter público da cultura e, sobretudo, a posição da pessoa como sujeito de seu próprio cuidado (MARTINS, IRIART, 2014)

Dessa forma, compreender o itinerário contribui para uma atuação profissional mais convergente à situação vivenciada pelos usuários crônicos de bebida alcoólica e suas famílias. O desenho do itinerário terapêutico se mostra como importante ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, bem como possibilita detectar e corrigir falhas nas formas de organização dos serviços. O itinerário terapêutico pode ser um instrumento de compreensão dos recursos sociais disponíveis à produção e gerenciamento do cuidado (SILVA et al., 2014).

O enfermeiro é considerado o profissional de referência para a assistência à saúde, e é um dos profissionais de saúde que está em contato direto com os usuários crônicos de bebida alcoólica e suas famílias. Por isso, a importância de conhecer o itinerário terapêutico desses usuários, pois possibilita na atuação do enfermeiro, elaborar estratégias de cuidados na perspectiva da pessoa adoecida, de modo efetivo e com práticas que sejam eficazes na vida desses usuários.

As práticas de cuidados em enfermagem podem ter como base as narrativas de vida na experiência de adoecimento dos usuários e sua família. Frente a isso, a enfermagem pode planejar cuidados na realidade sociocultural das pessoas e suas famílias ao conhecer o itinerário terapêutico percorrido por esses (SILVA et al., 2014).

Assim, a assistência de enfermagem encontra importante espaço para intervenções no seu exercício profissional, sendo primordial estabelecer um contínuo repensar de seus saberes e práticas (SOUZA et al., 2013), pois a família é parte integrante do cotidiano profissional de enfermagem, sendo necessário buscar abordagens que produzam melhores resultados nas intervenções das diferentes demandas apresentadas, como àquelas que se propõe por meio das redes de apoio nos diferentes territórios de abrangência, onde se articulem as diferentes políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades das famílias (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ABUSO DE BEBIDA ALCOÓLICA E REPERCUSSÕES NA FAMÍLIA E NO TRABALHO

O consumo de drogas é considerado pelas organizações internacionais de saúde como um grave problema de Saúde Pública que afeta a população com problemas sociais e constitui fator de risco para acidentes/violência e/ou trauma, culminando em mortes, perdas funcionais temporárias e permanentes, e em agravos que geram elevados custos econômicos (UNODC, 2015; JANG et al., 2013; OKAMURA et al., 2012).

O álcool é uma droga de baixo custo, facilmente acessível e legalizada, bastante difundida na população e seu uso está muito associado ao entretenimento, possuindo uma conotação diferente frente às demais drogas de abuso (SOUZA et al., 2011). No entanto, calcula-se que, o consumo de álcool pelo ser humano esteja relacionado a 3,2% das mortalidades e 4,0% das *Disabilities Adjusted Life Year* – DALY, onde no Brasil, o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças, sendo responsável por 6,2% das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (LOPES et al., 2015; WHO, 2014).

Em termos conceituais, 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, principalmente em indivíduos com patologias prévias, e caracteriza-se por lesões em vários órgãos, que podem tornar-se graves e irreversíveis, sendo incluída no grupo das DCNT (FERREIRA et al., 2013; BABOR et al., 2012).

O uso abusivo do álcool implica negativamente na vida dos usuários, nas famílias e no trabalho, contribuindo para a violência doméstica, conflitos interpessoais, separação do casal, negligência infantil, problemas clínicos e acidentes de trânsito. No trabalho, ocasiona incapacidade de cumprir as obrigações; proporciona maior risco para acidentes em situações de trabalho que exigem atenção, habilidade e coordenação motora e gera dificuldades financeiras e legais (LOPES et al., 2015).

Ainda no ambiente de trabalho, o uso de álcool produz absenteísmo e incapacidades laborais, fatos que impactam na diminuição da produtividade do trabalhador. O absenteísmo está associado ao aumento do número de dias perdidos para

atendimento médico ou por licenças por doença, e gera efeitos diretos que não são sentidos somente pelos empregadores, mas também pelos funcionários que necessitam assumir trabalhos adicionais para compensar colegas ausentes, causando prejuízos e sobrecarga para os demais trabalhadores (GAVIOLI et al., 2014).

Com o objetivo de investigar a gravidade dos acidentes de trabalho na construção civil, pesquisa realizada na Espanha, investigou as causas dos acidentes serem mais graves após a pausa para o almoço e verificou alta importância atribuída pelos trabalhadores ao consumo de álcool e drogas durante este intervalo a como causa dos acidentes. Os pesquisadores verificaram que 20,3% dos trabalhadores da amostra estudada ingeriram bebidas alcoólicas durante a pausa para o almoço e 17,2% utilizaram outras drogas de abuso (LÓPEZ et al., 2011).

As relações do alcoolismo crônico com o trabalho são classificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID - 10 (OMS, 2000), no Capítulo XXI - Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde (Z00 – Z99), nos seguintes agrupamentos: riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (seção Z55-Z65), e problemas relacionados ao emprego e ao desemprego/ má adaptação ao trabalho (Z56.5), e circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) (BRITES, ABREU, PINTO, 2014).

Havendo evidências epidemiológicas de prevalência de alcoolismo crônico em determinados grupos ocupacionais, essa ocorrência pode ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling (SCHILLING, 1984). No conjunto de fatores de risco associados à etiologia multicausal do alcoolismo crônico após uma internação hospitalar em virtude de dependência de álcool, o retorno ao ambiente de trabalho, requer medidas de suporte emocional, orientação e reabilitação psicossocial progressiva que podem ser disponibilizadas pela Rede de Atenção Psicossocial em Saúde (WANDEKOKEN, SIQUEIRA, 2011)

Os usuários de bebida alcoólica também estão inseridos em um contexto familiar e a dependência do álcool reflete negativamente na família, afeta a estrutura familiar e a dinâmica das relações, gera conflitos e diminui a autoestima familiar (NASCIMENTO, SOUZA, GAIANO, 2015; MANGUEIRA, LOPES, 2014).

Estudo que objetivou avaliar a eficácia de capacitação em uma técnica de solução de problemas aos familiares cuidadores de alcoolistas, apontou que conviver com um

membro dependente de bebida alcoólica, influencia negativamente o bem-estar físico e psicológico de toda família (PENA; GONÇALVES, 2010).

Pesquisa com familiares cuidadores de usuários dependentes de álcool, observou que essas pessoas têm as atividades de seus cotidianos restritas, apresentando, com frequência, sentimentos de sofrimento, impaciência e impotência, e o ato de cuidar do alcoolista pode-se mostrar como algo desgastante, humilhante e gerador de frustrações. O cuidador 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, pois seus comportamentos e atitudes refletem e contagiam todo o ambiente familiar (GONÇALVES; GALERA, 2010).

Em investigação com familiares de pacientes usuários de bebida alcoólica internados em unidade de terapia intensiva, verificou que a internação mostrou-se como um evento difícil de ser vivenciado pela família, apesar da condição de conviver no ambiente de alcoolismo, e ressaltou a importância da relação do profissional enfermeiro com as famílias desses pacientes, a fim de mantê-los, acolhidos e orientados para enfrentarem o período de adoecimento, internação e a busca de tratamento e pós-internação (ANTUNES, MARCON, OLIVEIRA, 2013).

É importante conhecer o contexto social em que a família está inserida para compreender como o alcoolista e a sua família enfrentam o alcoolismo, pois estas contam com uma rede social restrita (SOUZA et al., 2011). Os danos causados pela codependência do uso do álcool podem ser minimizados ou reduzidos por meio de intervenções eficientes, onde todos os membros que convivem com o problema do alcoolismo devem ser alvo de atenção das equipes de saúde (LOPES et al., 2015).

2.2 USO CRÔNICO DE BEBIDA ALCOÓLICA E ALTERAÇÕES ORGÂNICAS

A relação entre uso do álcool e as DCNT constitui um dos maiores problemas de saúde pública global. Consiste na principal causa de mortalidade e incapacidade, representando grave ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Dados da Organização Mundial da Saúde - OMS apontam que o uso do álcool responde por 3,2% de todas as mortes e 4% de todas as doenças em nível mundial, o que implica custos sociais e econômicos elevados. Segundo a OMS, existe uma relação causal entre consumo

do álcool e mais de 60 tipos de doenças incluindo condições cardiovasculares, gastrointestinais, neuropsiquiátricas e uma variedade de neoplasias (WHO, 2015; DOMINGOS et al., 2014; BABOR et al., 2012; BRASIL, 2011b).

O uso de álcool causa alterações no sistema gastrointestinal, no pâncreas e no fígado e o indivíduo pode apresentar doenças com alta morbidade e mortalidade, tais como: pancreatite crônica, esteatose hepática, hepatite alcoólica, hemorragia digestiva, cirrose hepática com ou sem hepatite alcoólica, gastrite, esofagite de refluxo e tumores. Tais dados revelaram que indivíduos com doenças gastrointestinais que abusam do álcool apresentam piores prognóstico e taxa de mortalidade quando comparados aos que não consomem álcool e à população geral (DOMINGOS et al., 2014).

Os problemas hepáticos, normalmente provocados pelo efeito nocivo do álcool sobre as células do fígado, evoluem de forma progressiva ao longo dos anos. Na fase inicial da sua evolução, o álcool vai provocando a deterioração do fígado, um problema que normalmente não manifesta qualquer sintoma, no qual as células do fígado vão acumulando gordura no seu interior. Em alguns casos, o álcool também pode provocar uma grande inflamação do fígado, uma hepatite alcoólica que se manifesta através de dores abdominais, náuseas e vômitos, debilidade geral e coloração amarela da pele e da mucosa (icterícia). Embora estes dois problemas possam ceder, se deixar de consumir álcool, as lesões continuam a evoluir até provocarem outros problemas mais graves e irreversíveis, tais como a cirrose alcoólica e a insuficiência hepática, com todas as suas complicações (WÜNSCH FILHO, 2013; POFFO et al., 2009).

Os problemas neuropsiquiátricos são provocados pelos efeitos tóxicos do álcool sobre as células nervosas e pelo déficit sustentado de vitamina B1. Nas fases iniciais, costumam provocar uma encefalopatia, a qual se caracteriza por perda de memória, irritabilidade e delírios persecutórios. São igualmente frequentes as alucinações auditivas, em que o paciente ouve vozes inexistentes que o ameaçam. Embora estes problemas neurológicos sejam reversíveis, caso não se interrompa a ingestão de álcool, as lesões irão continuar a evoluir até originarem outro tipo de doenças igualmente típicas do alcoolismo, mas estas muitas vezes irreversíveis (GONÇALVES, GONÇALVES, PEREIRA, 2014).

O abuso de álcool também é considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em particular a doença arterial coronarianas, provocando efeitos adversos sobre a pressão arterial e também sobre a agregação plaquetária. Também está associado ao aumento no risco de trombose ocorrendo após a parada da ingestão do álcool, e existe uma maior predisposição a

mudanças histológicas, tanto no músculo cardíaco quanto no sistema de condução. Estes achados sugerem que o alcoolismo preenche os critérios de causalidade para óbitos por doença coronariana (MORILHA et al., 2015).

Pesquisa que teve o objetivo de examinar a associação entre provável doença coronariana e padrão de ingestão de álcool em adultos residentes na região metropolitana de São Paulo, observou-se maior risco para doença coronariana entre sujeitos mais velhos, mulheres, ex-bebedores, abstinentes, fumantes e negros. O padrão de uso de álcool pareceu ser um importante preditor de doença coronariana. Houve uma tendência de maior risco entre os sujeitos com consumo até 19g de álcool por dia (LIMA, KERR-CÔRREA, REHM, 2013).

O álcool é um importante fator de predisposição conhecida para o desenvolvimento de câncer em humanos. Estima-se que o consumo de álcool é o responsável por 5,2% das mortes por câncer de homens e 1,7% de mulheres no mundo. Os riscos elevados de câncer são observados para todos os órgãos com contato direto com álcool não metabolizado (COGLIANO et al., 2011). Aumenta o risco dos tumores de cabeça e pescoço (cavidade oral, faringe e laringe) e esôfago. O consumo diário de 50 g de álcool aumenta em duas ou três vezes o risco desses tumores comparado aos não consumidores de bebidas alcoólicas (WÜNSCH FILHO, 2013).

O álcool é considerado pela Agência Internacional de Pesquisas em Câncer - IARC, da OMS, como um fator de risco independente para o fígado (IARC, 2012). O risco de carcinoma hepatocelular aumenta de acordo com a quantidade de álcool consumida. Embora o acetaldeído, produto do metabolismo de álcool no organismo, possa atuar diretamente sobre as células hepáticas, a sequência mais provável de eventos na carcinogenicidade hepática é: consumo abusivo de álcool, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. Como a cirrose e outras doenças do fígado ocorrem antes do câncer se manifestar e pacientes com essas doenças geralmente reduzem o seu consumo de álcool, torna-se difícil mensurar o efeito do consumo de álcool no risco de câncer de fígado (WÜNSCH FILHO, 2013).

Estudo que teve como objetivo avaliar a evolução no curso natural da vida de pacientes dependentes de álcool, identificou alta taxa de mortalidade nessa população, principalmente em decorrência de hepatite alcoólica e pancreatite, circunstâncias que requerem internações e recursos de unidades especializadas por apresentarem prognóstico ruim e alta chance de mortalidade. São frequentes as internações hospitalares de pacientes por complicações agudas ou crônicas do abuso do álcool e, conforme a gravidade da

intercorrência clínica, estas internações podem ocorrer em unidades de terapia intensiva, tendo como consequência maior número de óbitos e/ou sequelas ao indivíduo (POFFO et al., 2009).

Dada a magnitude dos riscos associados ao uso de álcool e às doenças crônico-degenerativas, torna-se imperativo repensar estratégias de prevenção e promoção de saúde de forma continuada e sustentável, visando ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis (DOMINGOS et al., 2014).

2.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À SAÚDE E A ATENÇÃO AO ALCOOLISTA

A proposta de Reforma Psiquiátrica objetivou a consolidação de uma rede de assistência focada em princípios e práticas psicossociais e apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, privilegiando novos espaços que possibilitam a integração do sujeito em sofrimento psíquico, promovendo a organização das atividades em território definido, reafirmando e buscando incorporar, nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos (SANTOS, OLIVEIRA, 2012; EATON et al., 2011).

No Brasil, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica, foi implantada a Rede de Atenção Psicossocial à Saúde instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir de dispositivos para assistência a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas. E estão pautadas na criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, com ênfase no cuidado em serviços de base territorial e comunitária, sendo constituída pelos componentes nas esferas da atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

Os pressupostos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas estão em consonância com a Reforma Psiquiátrica, e com as propostas da OMS. As diretrizes para atenção pautam-se em estratégias que visam ao fortalecimento da rede de atenção aos usuários, com ênfase na reabilitação e reinserção

social, centrada na atenção comunitária e na perspectiva de redução de danos (SCHNEIDER, LIMA, 2011).

A política voltada para os usuários de álcool e outras drogas está articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, por meio da Lei 10216/02, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre eles os usuários de álcool e outras drogas, destacando que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a esta população. Esta Lei direciona também o modelo assistencial em saúde mental, de acordo com os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica, voltada para a criação de uma rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares (PINHO, HERNÁNDEZ, KANTORSKI, 2010).

A assistência em saúde mental deve ser sustentada no modo psicossocial, que centra sua ação não na doença, mas na pessoa e nas suas potencialidades, preconizando o atendimento por equipe multiprofissional que deve atuar de maneira interdisciplinar em diversos serviços de saúde, com vistas à reabilitação psicossocial e à reintegração sociocultural dos usuários crônicos de álcool e outras drogas (CORTES et al., 2014).

A atual política de saúde mental aponta para novas formas de compreender, tratar e se relacionar com as pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo os usuários com efeitos nocivos do uso de álcool e outras drogas. Para isso, a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde - RAPS estabelece pontos de atenção para o atendimento para esses usuários, que é composta por serviços e equipamentos de complexidade variável, como os Centros de Atenção Psicossocial -CAPS; os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad; os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT; os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento - UA, e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III), as Unidades Básicas de Saúde - UBS, e as redes de apoio, como associações de moradores de bairros, igrejas, grupos de ajuda mútua, escolas e universidades (GUIMARÃES, 2015; BRASIL, 2011a).

Os serviços extra-hospitalares, como o CAPS e os CAPS ad, facilitam a desinstitucionalização (LIMA, GUIMARÃES, 2015). Os CAPS têm papel estratégico na sistematização dos atendimentos na rede de atenção à saúde mental, sendo considerados, assim, reguladores da porta de entrada da rede em um determinado território. Atualmente, como serviços substitutivos às internações de longos períodos, visam a um tratamento que não isola os usuários de suas famílias e da comunidade, promovendo a recuperação e reintegração social dos indivíduos com sofrimento psíquico (SCHOLZ et al., 2014).

Os CAPS ad são unidades de atendimento em saúde mental, com funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, com trabalho interdisciplinar e integral que procuram oferecer e criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, com equipe multiprofissional composta principalmente por médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social que realiza atendimentos individuais, atendimentos em grupos e visitas domiciliares (CORTES et al., 2014; MONTEIRO et al., 2011; BRASIL, 2011a).

Portanto, a RAPS pode ser entendida como uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e de outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial. Dentre os espaços e estratégias de enfrentamento ao abuso de drogas no âmbito da saúde são citados a Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, e a Atenção Hospitalar (LARANJEIRA et al., 2013; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011; BRASIL, 2011a).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004) preconiza que a assistência a esses usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas, além disso, a atenção a esses usuários deve ser contemplada pela atuação integrada dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Serviço de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (CAMATTA et al., 2011).

Deste modo, há a superação do modelo moralizante do cuidado e o resgate da cidadania dos usuários enquanto sujeitos com plenos direitos, inclusive o de se cuidar. Enquanto perspectiva teórico-prática, a política do Ministério da Saúde se baseia nos princípios de Redução de Danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica (SOUZA et al., 2011).

Dentro da perspectiva de trabalho em rede e de atenção integral, cada vez mais se procura articular as atividades e ações de saúde mental junto aos serviços de Atenção Primária à Saúde – APS, entendendo que a reinserção social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas deve ser realizada na comunidade onde vivem. Os serviços de APS, como as Equipes de Saúde da Família, por exemplo, podem desempenhar um papel fundamental nesse processo, pois

possibilitam o acompanhamento e a melhoria do acesso ao cuidado de saúde de pacientes que não procuram o CAPS e que podem ser acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família (SCHNEIDER, LIMA, 2011).

É imperativo a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária e associada à rede de serviços de saúde, sociais e demais políticas intersetoriais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários de drogas, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada (LARANJEIRA et al., 2013; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011; BRASIL, 2011a).

2.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

As DCNT correspondem a 72% das causas de morte no país, e atingem fortemente a população mais pobre e vulnerável (BRASIL, 2011b). Além de importante causa de morte, elas impactam fortemente o orçamento da saúde, visto que ampliam muito os gastos, pois necessitam, muitas vezes, de tecnologias de alto custo e inovadoras (SCHOEN et al., 2011).

As doenças crônicas podem ser caracterizadas como problemas de saúde que estão relacionados a causas múltiplas, com início gradual, com prognóstico usualmente incerto e com longa ou indefinida duração; que apresentam um curso clínico que muda ao longo do tempo, com momentos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem, ainda, intervenções com uso de diferentes densidades tecnológicas, associadas a estratégias que apoiem a mudança do estilo de vida (CHUEIRI et al., 2014; CACCIA-BAVA et al., 2011).

Além disso, as DCNT são aquelas que demandam tempo para se desenvolver, são de longa duração e exigem o manejo de múltiplas estratégias de intervenção. Essas condições exigem tratamento por tempo prolongado e geram sobrecarga no sistema de saúde. Nota-se também que vários dos prejuízos resultantes dessas condições são irreversíveis, podendo exigir cuidados e reabilitação contínuos (DOMINGOS et al., 2014; OPAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011). As DCNT também têm sido descritas como doenças do estilo de vida característico da sociedade contemporânea, desencadeadas por

fatores de risco múltiplos e complexos, relacionados ao comportamento alimentar, condições de trabalho, atividade física, padrão do sono, uso de medicamentos, manejo do estresse, uso de drogas de abuso e relações familiares e sociais disfuncionais (MANGUEIRA, LOPES, 2014).

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2010).

Diante dessa realidade, o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. Esse plano tem como terceiro eixo o cuidado integral (MENDES, 2011).

A organização das RAS tem se colocado como uma ferramenta importante para o enfrentamento de obstáculos, tanto com relação ao cuidado das pessoas com doenças crônicas como no tocante aos sistemas de saúde nacionais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Neste contexto, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas - RASPCD foi instituída pela Portaria MS/GM 252/2013 e redefinida pela Portaria MS/GM 483/2014, com o objetivo de fomentar a mudança do modelo de atenção às pessoas com doenças e condições crônicas, por meio da qualificação do cuidado em todos os pontos de atenção (CHUEIRI et al., 2014).

A constituição da RASPCD é também uma das ações do eixo de cuidado integral do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022. Esse plano aborda as quatro principais doenças crônicas do país (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e os cânceres), temas também

prioritários para a RASPCD, e os seus principais fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), e trabalha com três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011b; MALTA, SILVA JR, 2014). Essas quatro DCNT foram responsáveis por 58% das mortes no Brasil e são, juntamente com os transtornos neuropsiquiátricos, as principais causas da carga de doença no país (LARANJEIRA et al., 2010).

Avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde nesse sentido foi à publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (CHUEIRI et al., 2014; MENDES, 2011).

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011b; SCHOEN et al., 2011).

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa qualitativa que utilizou o Itinerário Terapêutico como referencial teórico e a narrativa como referencial metodológico. A escolha pela pesquisa qualitativa foi baseada a priori na natureza do problema, uma vez que estamos interessados em compreender a perspectiva dos alcoolistas e seus familiares.

O itinerário terapêutico/trajetória foi definido como um conjunto de eventos que fundamentam ou explicam determinados acontecimentos na vida de uma pessoa (CASTELANOS, 2014; RABELO, ALVES, SOUZA, 1999; KLEIMAN, 1988).

3.1 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E O CUIDADO À SAÚDE

Os primeiros estudos que utilizaram o termo itinerário terapêutico foram elaborados em uma concepção tradicional conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo criado por Mechanice Volkart (1960) e tinham uma forte influência pragmática: os indivíduos orientam racionalmente a conduta para a satisfação das suas necessidades. Na tentativa de ordenar as diferentes interpretações sobre doenças e processos de tratamento entre as várias alternativas disponíveis em uma sociedade, foram sugeridas distintas classificações de sistemas terapêuticos. Entre elas, o modelo proposto por Kleinman (1980) tem sido atualmente o mais utilizado.

Esse modelo fundamenta-se na evidência de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. Os indivíduos geralmente se deparam com mais possibilidades de escolha, uma vez que encontram à disposição uma ampla gama de serviços terapêuticos. Portanto, suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, constituirão um determinado percurso (RABELO, ALVES, SOUZA, 1999).

Revisão de literatura com o descritor Itinerário Terapêutico, verificou que foram produzidos no Brasil no período de janeiro de 1989 a dezembro de 2008, um total de 242 documentos arquivados nas bases de dados eletrônicas MEDLINE - Sistema Online de

Busca e Análise de Literatura Médica, LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e SCIELO - Scientific Electronic Library Online, sendo 11 artigos científicos e 10 deles foram publicados após o ano de 2000. Nesses artigos, o itinerário terapêutico foi utilizado em pesquisas qualitativas como uma ferramenta complementar, associada a técnicas de análise de conteúdo (CABRAL et al., 2011). Após 2008, 25 outros artigos científicos foram publicados, nessas mesmas bases de dados. As condições crônicas como Aids, cânceres, Diabetes Mellitus, hanseníase e transtornos mentais foram os temas mais investigados, abordadas em 16 artigos (CABRAL et al., 2011).

A fundamentação do referencial teórico para o presente estudo, foi realizada a partir de revisão de literatura nas bases eletrônicas LILACS e SCIELO, utilizando os descritores: Itinerário Terapêutico, Intoxicação Alcoólica, Alcoolismo, Trabalhadores e Efeitos Orgânicos do Álcool, de forma combinada ou isolada e a inclusão de textos científicos completos, publicados em periódicos nacionais, no período de 2009 a 2016. O número de artigos encontrados foi de 49, porém foram escassas as publicações de investigações que abordavam temas relacionados ao itinerário terapêutico de pessoas com efeitos do uso crônico de álcool, sendo encontrados apenas dois artigos.

O Itinerário Terapêutico procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde, a partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como tal. E tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem a determinadas formas de tratamento (AUGÉ, 1986; MASSÉ, 1985).

A análise do itinerário terapêutico não se limita, a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem dos serviços de saúde. A escolha de tratamento é influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre e envolve as distintas trajetórias individuais que se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais, para elaboração e implementação de projetos específicos e até contraditórios. Procura identificar a dinâmica contextual com base na qual se delineiam os projetos individuais e coletivos de tratamento (RABELO, ALVES, SOUZA, 1999).

O conhecimento sobre os itinerários de pessoas em busca de atenção à saúde pode contribuir para compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado e utilização de serviços de saúde. De modo geral, o que se consegue observar nos itinerários

terapêuticos, nas histórias de vida, é a ausência de acolhimento e de responsabilização em muitos serviços pelos quais os familiares de pacientes com doenças crônicas passaram.

Em outro estudo, o itinerário terapêutico foi utilizado como uma ferramenta utilizada para análise da qualidade dos serviços de saúde. A partir da análise de saúde, foi possível construir um fluxograma, ou seja, fazer uma representação gráfica do caminho percorrido pelos usuários dentro de um determinado serviço de saúde. Assim, com este fluxograma, pode-se observar como estava sendo organizado o processo de trabalho dentro do serviço de saúde, podendo inclusive apontar possíveis problemas na prestação de cuidado (XAVIER, BONAN, NAKANO, 2015; CABRAL et al., 2011).

Conhecer o itinerário terapêutico permite ao profissional de saúde compreender o contexto em que o paciente se encontra, identificando suas potencialidades e suas carências. Além disso, possibilita reconhecer a repercussão da prática profissional de cuidado, assim como de outros sistemas (XAVIER, BONAN, NAKANO, 2015; CABRAL et al., 2011).

O conceito de sistema de cuidados, em que aponta para uma articulação entre diferentes elementos ligados à saúde, doença e cuidados com a saúde, tais como experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes ao tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados. Para este autor, a maioria dos sistemas de cuidados à saúde contém três setores que caracterizam práticas de cuidado de naturezas diversas: o profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da ciência da saúde, o popular que compreende o campo leigo, não especializado da sociedade ou seja, automedicação, cuidados caseiros, assistência mútua, o *folk*, que é composto pelos “especialistas”, como curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros (CABRAL et al., 2011).

Em cada subsistema podem ser levantados modelos explicativos de pacientes e familiares sobre a etiologia, o início dos sintomas, a fisiopatologia, o curso da doença e o tratamento. Estes modelos podem entrar em conflito, já que constroem diferentes realidades clínicas. Essas diversas explicações são socialmente construídas e necessitam ser negociadas no processo de cura, pois os padrões de saúde e enfermidade variam não só em diferentes sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade, a depender da posição socioeconômica e da subcultura de quem os concebe (PINHO, PEREIRA, 2012).

Em saúde o itinerário terapêutico é o percurso que a pessoa realiza na busca de tratamento e cura para a doença desde a descoberta até sua resolutividade, onde encontra interpretações divergentes quanto à escolha da terapia adequada (SILVA et al, 2015). No

presente estudo o termo itinerário terapêutico foi utilizado como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos, analisando as experiências individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por trabalhadores com efeitos da intoxicação crônica por álcool e por suas famílias, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde.

A partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como tal, o trabalhador e sua família se encontra frente a uma rede complexa de escolhas possíveis. Os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde para as famílias de trabalhadores com efeitos da intoxicação crônica por álcool (SILVA et al, 2015; CORDEIRO et al., 2013).

3.2 O RECURSO METODOLÓGICO DA NARRATIVA

As narrativas acompanham a história do homem em diferentes instância e contextos, despertando interesse em distintos campos da atividade humana. Do nascimento à morte, nos encontramos entremeados em narrativas, não apenas pessoais ou familiares, mas também em grandes narrativas sobre o mundo e o viver (MEDINA, 1995; KLEINMAN, 1988).

Bury (2001) entende o ato de narrar histórias sobre si ou sobre os outros como universal e perpassado por infinito reservatório de significados, tecendo fios narrativos universais, culturais e individuais da experiência humana. As experiências são relatadas numa ordem significativa, articulando passado, presente e futuro. Assim, não só eventos passados podem ser apresentados sob o olhar do presente, como experiências podem ser projetadas para o futuro. A narrativização procura sentidos que nomeiem e deem forma à fonte do sofrimento. Esse processo atravessa a experiência em toda a linha do tempo da vida do sujeito, que tenta localizar os eventos em sua própria história, colocando-os numa ordem que faça sentido, por meio do mecanismo reflexivo, terapêutico e transformador.

Compreende-se que as narrativas das experiências de doença fornecem materiais únicos para explorar não apenas a diversidade de formas como os indivíduos a consideram e lhe atribuem sentido, mas também modelos explicativos e protótipos populares

associados. As narrativas de experiência de doença podem ainda revelar esquemas de posicionamento individuais em relação a contextos sociais e institucionais particulares, permitindo o acesso ao repertório heterogêneo de recursos que servem a estas estratégias, como sejam o vocabulário e o uso feito do conhecimento médico (KLEINMAN, 1988).

A narrativa e sua análise representam uma ferramenta conceitual e operativa, que permite a experiência do adoecimento da pessoa e a cultura a que ela pertence e em que está envolvida (BURY, 2001). Ao incorporar e ordenar os eventos, subjetiva e cronologicamente, a narrativa pessoal do adoecimento produz um enredo que integra causa e efeito com as variáveis do caráter humano e da motivação pessoal (KLEINMAN, 1988). Estas podem apresentar pluralidade na forma como os sujeitos recorrem construtivamente ao discurso para explicar a sua doença, sintomas e trajetórias.

A definição de narrativa no campo investigativo depende da perspectiva teórica assumida em relação à narrativa, à pesquisa e ao objetivo analisado. Portanto, de acordo com as orientações teórico-metodológicas e posturas do pesquisador em relação à produção de conhecimento, é possível encontrar uma determinada correlação entre a definição, o lugar e o uso da narrativa na pesquisa, especialmente na pesquisa qualitativa (CASTELLANOS, 2014).

No presente estudo, definiu-se a narrativa como uma forma de discurso, obtida a partir do relato e da experiência dos sujeitos sobre a ocorrência de determinados fenômenos ou acontecimentos. Assim, ao contar/relatar experiências, os sujeitos estabelecem uma mediação entre o mundo interior de pensamento-sentimento e um mundo exterior de ações e comportamentos observáveis (BURY, 2001; KLEINMAN, 1988). Ao narrar um acontecimento, as pessoas reorganizam as suas experiências, de modo que ela tenha ordem coerente e significativa, dando um sentido ao evento. Dessa maneira, por meio dela é possível ter acesso à experiência do outro, sua percepção e interpretação.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o itinerário terapêutico de trabalhadores com intoxicação crônica por álcool, a partir das narrativas dos familiares.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sócio demográfico e psicossocial dos participantes da pesquisa.

Identificar os diferentes serviços de saúde acessados pelos trabalhadores usuários crônicos de álcool na trajetória de tratamento.

Descrever fragilidades do acesso aos serviços de saúde.

Descrever as experiências das famílias em relação ao itinerário terapêutico, a partir das narrativas dos familiares.

5. METODOLOGIA

5.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo e longitudinal. Neste estudo, o método qualitativo permitiu explorar as experiências humanas, percepção de familiares (dimensão pessoal/coletiva) em relação à ocorrência de um determinado fenômeno - efeitos crônicos do abuso de bebida alcoólica.

A pesquisa qualitativa preocupa-se em observar as pessoas em seu próprio território, e procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são estes. As pesquisas qualitativas não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas. Porém, ele pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida (POPE, MAYS, 2009).

A pesquisa descritiva é uma das classes da pesquisa não experimental, que tem por objetivo observar, descrever, documentar e interpretar os aspectos da realidade, sem que o autor interfira para sua modificação. Pode ser desenvolvida em estudo transversal, no qual o fator e o efeito são observados em um mesmo momento histórico (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2009).

Nos estudos longitudinais existe uma sequência temporal conhecida entre uma exposição, ausência da mesma ou intervenção terapêutica, e o aparecimento da doença ou fato evolutivo. Destinam-se a estudar um processo ao longo do tempo para investigar mudanças, ou seja, refletem uma sequência de fatos (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2009; HADDAD, 2004).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Maringá-PR, no Hospital Universitário Regional de Maringá – HUM (Pronto Socorro, Enfermarias da Clínica Médica, Clínica

Cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva - Adulto), a partir dos dados do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá – CCI/HUM.

Maringá, localizada na região Noroeste do Paraná, é o terceiro maior município do Estado e o sétimo mais populoso da região Sul do Brasil, com população estimada de 403.063 habitantes, em uma área territorial de 486 km²; com densidade populacional de 828 habitantes por km². A expansão urbana do polo metropolitano tem como municípios limítrofes Sarandi, a Leste, e Paiçandu, a Oeste (IPARDES, 2016).

O município possui uma rede de assistência psicossocial composta por 35 unidades básicas de saúde, com apoio de psicólogos em todas as unidades; por 74 equipes da Estratégia Saúde da Família e nove equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; um Centro de Atenção Psicossocial de porte II – CAPS II e um de porte III - CAPS III, um CAPS para transtornos mentais relacionados ao álcool e outras drogas de porte III – CAPS ad, composto por uma unidade de acolhimento, e um CAPS para transtornos mentais relacionados à infância e à adolescência – CAPS i; três serviços residenciais terapêuticos e uma equipe de consultório na rua; duas salas de estabilização em hospital geral, e um hospital psiquiátrico, com 240 leitos disponíveis para o Sistema Único de Saúde (MARINGÁ, 2016).

O HUM é um órgão da Universidade Estadual de Maringá, caracterizado como instituição de caráter público, credenciado ao Sistema Único de Saúde - SUS, que atende a população de Maringá e região Noroeste do Paraná. Em razão de sua finalidade e capacidade operacional ativa, classifica-se como hospital de ensino, de médio porte e de média complexidade. Possui 123 leitos para internação, constituindo-se em referência de atenção às urgências para o município de Maringá e demais municípios da 15^a Regional de Saúde (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ, 2015).

A opção de realizar o estudo no HUM, se deu pois nesta unidade está localizado o centro de informação e assistência toxicológica - CIAT que é referência macrorregional para as urgências toxicológicas, pois, em razão da carência de informações disponíveis sobre intoxicações, os registros dos CIAT brasileiros são sentinelas, captadores de eventos toxicológicos e dos problemas sociais decorrentes desses agravos, desta forma, a sociedade e o sistema de saúde podem enxergar esses casos e encontrar formas adequadas para enfrentá-los (SANTANA, BOCHNER, GUIMARÃES, 2011; GANDOLFI, ANDRADE, 2006).

Os CIAT são unidades especializadas, com funções de fornecimento de informação e orientação telefônica sobre o diagnóstico, o prognóstico, o tratamento e a

prevenção de intoxicações; o atendimento presencial ao intoxicado em qualquer nível de complexidade, a realização ou a viabilização de análises toxicológicas de urgência e de rotina para diagnóstico e monitoramento das intoxicações, e o registro dos atendimentos e a disponibilização dos dados, como estratégia de vigilância das intoxicações ou toxicovigilância (SANTANA, BOCHNER, GUIMARÃES, 2011; 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, coleta e armazena dados de ocorrências toxicológicas, para posterior construção de ações de vigilância em saúde, 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.

5.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO

A população foi constituída por amostra intencional dos trabalhadores-usuários crônicos de álcool internados no HUM e cadastrados no Centro de Controle de Intoxicações – CCI/HUM no período de janeiro a junho de 2016.

Foram incluídos trabalhadores com registro de ocupação e de comorbidades secundárias à intoxicação alcoólica crônica nos documentos hospitalares, exceto o trauma físico; e que atenderam aos seguintes critérios: idade superior ou igual a 14 anos, considerada idade para trabalhar (IBGE, 2010); residência no município de Maringá - Paraná; co-habitar pelo menos com um familiar, que será indicado como informante-chave; e registro de alta hospitalar como desfecho clínico da internação hospitalar do período estudado.

O município de Maringá foi utilizado como critério de inclusão por conveniência da pesquisadora, pela facilitação do deslocamento para as visitas domiciliares realizadas na segunda fase do estudo. Também, a opção por selecionar trabalhadores com vínculo familiar, deu-se porque as entrevistas foram realizadas com familiares do alcoolista, que contribuíram na construção da trajetória e dos caminhos percorridos pelos trabalhadores nos serviços de saúde.

Os casos de trauma associados ao uso de álcool foram excluídos do estudo por se tratarem de um evento agudo/agudizado ocasionado pela intoxicação alcoólica, sendo não considerados comorbidades ou efeitos secundários à intoxicação alcoólica crônica, um dos critérios de inclusão na população em estudo.

No período do estudo, foram encontrados 132 cadastros de pessoas com registro de efeitos de intoxicação alcoólica aguda ou crônica no CCI/HUM. Resultando em 101 pacientes, com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica crônica. (Figura 1)

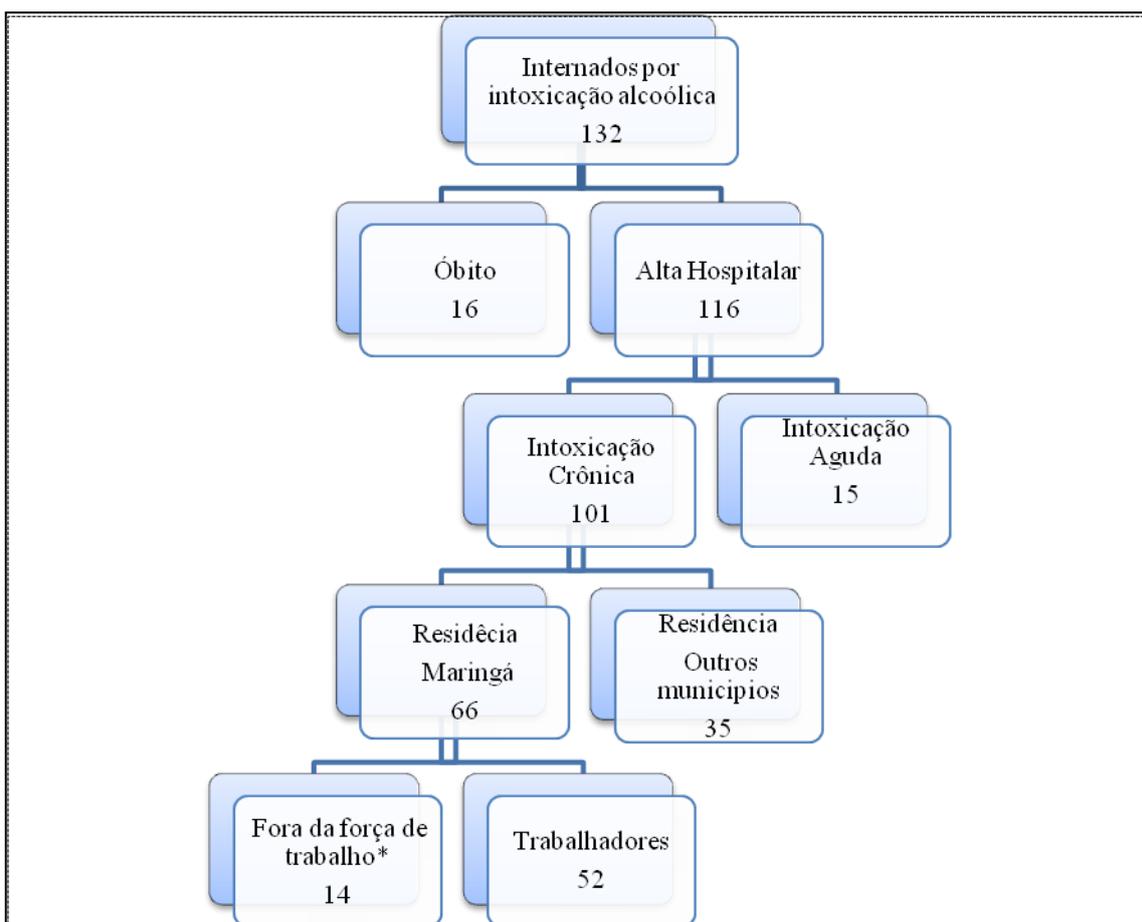


Figura 1. Fluxograma de dimensionamento da população em estudo. Maringá- PR, janeiro a junho de 2016.

Fonte: O próprio autor, 2016.

Foram excluídos 35 pacientes que residiam em outros municípios, como Sarandi, Paiçandu, Mandaguaçu, Marialva, Nova Esperança, Itambé e Campo Mourão. Em relação à situação ocupacional, 14 pacientes estavam fora da força de trabalho – idade inferior a 14 anos, estudantes e aposentados. (Figura 1)

Dos 52 pacientes que estavam dentro da força de trabalho, foram excluídos 29 que não tinham ocupação definida na ficha OT/IA e no prontuário hospitalar, ou estavam desempregados no período da internação. (Figura 2).

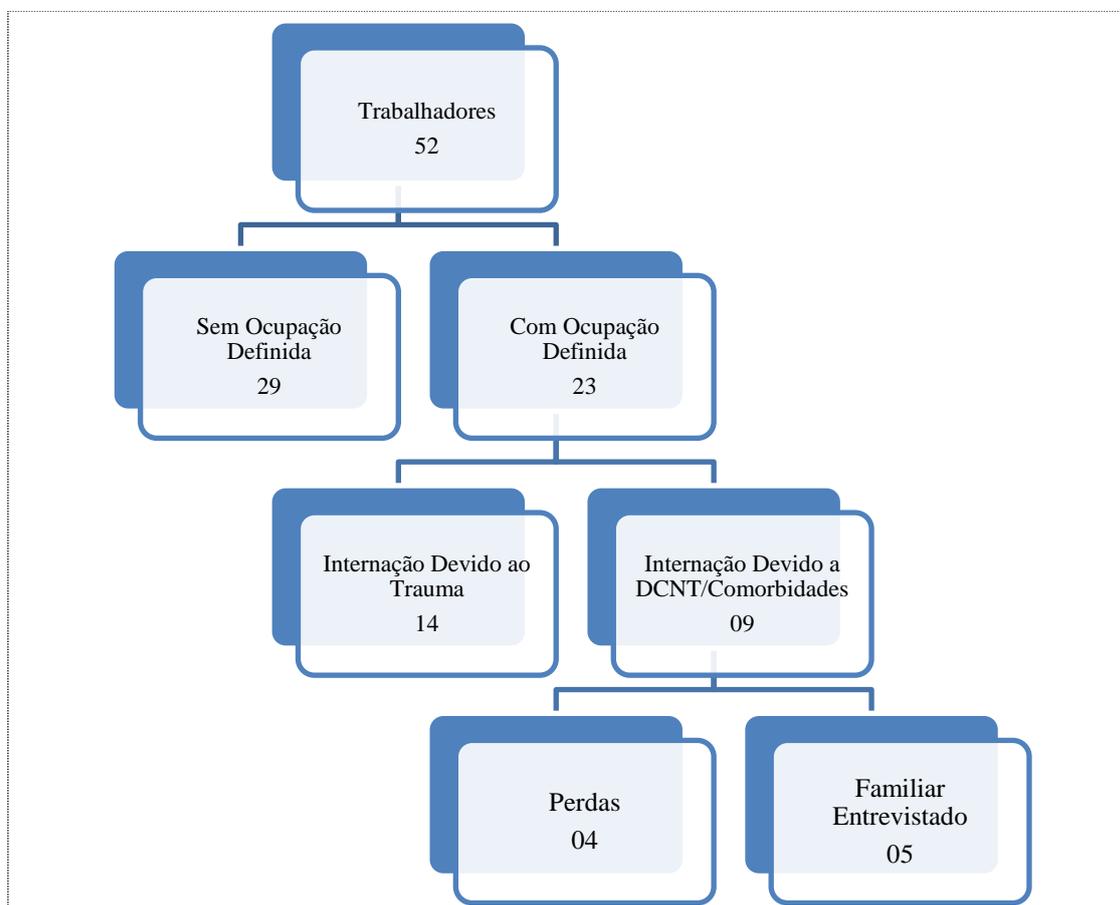


Figura 2. Fluxograma da população em estudo. CCI/HUM, Maringá – PR, janeiro a junho, 2016.

Fonte: O próprio autor, 2016.

Restaram 23 trabalhadores com ocupação informada e residentes em Maringá. Dentre as causas da internação, 14 trabalhadores tinham diagnóstico médico associado à intoxicação crônica agudizada, caracterizada pelo trauma e foram excluídos do estudo. Portanto, foram selecionados para o estudo, nove trabalhadores, cujos documentos hospitalares foram analisados.

Quando as famílias/familiares foram abordadas para o agendamento das entrevistas domiciliares, ocorreram quatro perdas, nas seguintes situações: (1) o telefone de contato registrado na ficha OT/IA era do próprio trabalhador e o mesmo informou que havia se mudado recentemente para outro município, (2) a filha informou que residia em um endereço distinto ao do trabalhador, e não participava da rotina diária do mesmo; (3)

foi realizado contato com a filha do trabalhador que informou o óbito do pai; e (4) o telefone informado na ficha OT/IA estava incorreto.

As narrativas dos cinco familiares obtidas na entrevista foram sintetizadas, e constituíram informações relacionadas ao padrão de uso da bebida alcoólica pelo trabalhador, o itinerário terapêutico e a percepção da pesquisadora sobre a entrevista. Cada descrição foi escrita pela entrevistadora em um período não superior a cinco dias após a entrevista, utilizando a gravação e os registros nos instrumentos de coleta de dados. (Apêndice 1)

5.4 FONTES DE DADOS

Como fontes de dados foram utilizadas a Relação Mensal dos Pacientes Internados e a Ficha de Ocorrência Toxicológica/Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso (OT/IA), arquivados no CCI/HUM, e o prontuário hospitalar dos trabalhadores internados, utilizado para a coleta de dados do período de internamento e desfecho clínico, acessado no Serviço de Prontuário de Pacientes do HUM.

A Relação Mensal dos Pacientes Internados no CCI/HUM é um impresso onde são relacionados os pacientes intoxicados atendidos pelo Serviço, que permanecem em observação clínica em serviços de saúde após 12 horas, e conta com as seguintes informações: data da ocorrência toxicológica; nome, idade e sexo do paciente; classificação do agente tóxico e circunstância da intoxicação; unidade e duração da internação, e desfecho. (Anexo 1)

A ficha OT/IA é o instrumento de registro de todos os casos de intoxicação alcoólica ou por outras drogas de abuso, notificados espontaneamente ou por busca ativa 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 de graduação e pós-graduação de enfermagem, medicina, farmácia, biomedicina, psicologia, biologia e profissionais que atuam no serviço (TURINI; FOOK, 2007). (Anexo 2)

O prontuário do paciente é definido como o documento constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos,

acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, e subsidia processos de gestão, o ensino e a pesquisa em saúde (VASCONCELLOS, 2008).

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados quatro roteiros - Roteiro de Coleta de Dados de Documentos Hospitalares; Roteiro de Entrevista Domiciliar, para entrevista do tipo narrativa (BURY, 2001; MEDINA, 1995; KLEINMAN, 1988). Roteiro para o Estabelecimento do Índice de Comorbidade de Charlson – ICC (CHARLSON et al., 1987); e Roteiro para Observação Domiciliar não Participante, com tipologia de diário de pesquisa (BOGDAN, BIKLEN, 1994).

O Roteiro de Coleta de Dados de Documentos Hospitalares foi utilizado para coletar dados do prontuário hospitalar dos trabalhadores internados e da Ficha de Ocorrência Toxicológica/Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso (OT/IA) do trabalhador. (Apêndice 2)

O Roteiro de Entrevista Domiciliar foi constituído por quatro partes: Caracterização sociodemográfica do familiar entrevistado, do trabalhador e de sua família; Padrão de Uso de Drogas pelo trabalhador, incluindo o tipo de droga, a frequência e o tempo de uso, se ainda faz uso de bebida alcoólica ou o motivo que fez parar, o comportamento do usuário com a família e no trabalho; Itinerário Terapêutico/Trajatória, com oito questões abertas e disparadoras, sobre o início da doença crônica/comorbidade, a trajetória nos serviços de saúde, e as dificuldades e facilidades encontradas para o acesso e a continuidade do cuidado, e o conhecimento sobre os serviços disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial à Saúde; e Continuidade do cuidado ambulatorial. (Apêndice 3)

Os roteiros para entrevistas narrativas apresentam maior flexibilidade, permitindo ao entrevistado construir suas respostas sem ficar preso a um nível mais rigoroso de diretividade e mediação por parte do entrevistador, abordando a complexidade da assistência à saúde e das relações que a permeia, a partir do ponto de vista subjetivo dos autores sociais envolvidos neste contexto (BURY, 2001).

O Índice de Comorbidade de Charlson – ICC é uma variável quantitativa discreta; um método de classificação de gravidade que utiliza dados dos diagnósticos secundários e da idade para atribuir risco de morte. Para cada condição clínica atribui-se uma pontuação que varia de um a seis. O valor do índice, originado a partir do somatório desses pontos, reflete o peso das comorbidades do paciente na mortalidade, dessa maneira, maiores valores de índice estão associados com aumento da frequência de mortes (MARTINS, BLAIS, MIRANDA, 2008; D’HOORE, SICOTTE, TILQUIN, 1993; CHARLSON et al., 1987). (Anexo 3)

O Roteiro para Observação Domiciliar não Participante, com tipologia de diário de pesquisa, utilizado no estudo é um instrumento de registro que permite a descrição daquilo que o pesquisador vê no decurso da coleta de dados (BOGDAN; BIKLEN, 1994). A entrevistadora observou aspectos gerais do trabalhador e do familiar, como: condições da moradia, retratos dos sujeitos, e reconstruções do diálogo. (Apêndice 4)

5.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisadora realizou consulta na Relação de Pacientes Internados do CCI/HUM do período de janeiro a junho de 2016. Foram separadas manualmente todas as fichas OT/IA do período estudado, e os dados de caracterização do trabalhador - idade, sexo, ocupação, escolaridade, endereço e telefone; e dados do evento toxicológico que culminou no internamento e o desfecho da internação foram compilados no Roteiro de Coleta de Dados de Documentos Hospitalares.

O ICC foi calculado através dos dados das condições clínicas/comorbidades registradas nos documentos hospitalares dos trabalhadores e a somatória dessas comorbidades resultaram em uma pontuação que variou de um a seis pontos, que foram analisadas descritivamente.

Após a compilação dos dados dos documentos hospitalares de interesse para a pesquisa e a aplicação do ICC para cada trabalhador, teve início a aproximação da pesquisadora com os trabalhadores com a abordagem telefônica com vistas à sensibilização da família à participação na pesquisa.

Para a abordagem telefônica foi adotada uma apresentação única para todos os casos: “Estou realizando uma pesquisa sobre a internação hospitalar de pacientes com

intoxicação crônica por álcool, e a partir da notificação do (a) (nome do (a) paciente) no dia (data), sua família foi selecionada para fazer parte da pesquisa.” Gostaria de marcar uma data para entrevistar um familiar em sua residência. Após o aceite prévio da pesquisa via contato telefônico, foi confirmado o endereço com o familiar e realizada a busca via *Google Maps*.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, com um familiar informante, no domicílio do trabalhador, e tiveram duração aproximada de 70 minutos. Foram realizadas em um único encontro e gravadas na íntegra em mídia digital por áudio, com autorização prévia dos participantes da pesquisa. Os entrevistados em grande parte se mostraram emocionados ao discorrer sobre a longa trajetória nos serviços de saúde ocasionados pelos efeitos crônicos do abuso de bebida alcoólica.

Ao final de cada entrevista, foi preenchido o Roteiro de Observação Domiciliar não Participante, com tipologia de diário de pesquisa.

5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos documentos hospitalares foram compilados em planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel 10.0 e analisados por meio de estatística descritiva simples.

O Índice de Comorbidade de Charlson - ICC foi obtido pela soma de escores de 19 condições clínicas: infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica, doença cerebrovascular, demência, doença pulmonar crônica, doença de tecido conjuntivo, úlcera péptica, doença crônica do fígado ou cirrose, diabetes, com complicações, tumor, leucemia, linfoma, doença do fígado severa ou moderada, tumor com metástase e síndrome da imunodeficiência adquirida; obtidas a partir das informações disponíveis no prontuário (MARTINS, BLAIS, MIRANDA, 2008; CHARLSON et al., 1987; D’HOORE, SICOTTE, TILQUIN, 1993).

O processamento e a análise dos dados qualitativos foram organizados segundo a análise de narrativa de Bury (2001), que se constitui em quatro princípios: sequência temporal, ou seja, a narrativa tem um começo, um meio e um fim; atores focais, a narrativa é sempre sobre alguém ou sobre algo; a voz narrativa é identificável, aquele que narra está fazendo-o de seu lugar, de seu ponto de vista; padrões de referência para avaliação,

as narrativas carregam valores culturais; os quais são fundamentais para a interpretação dos eventos (BURY, 2001).

Para a análise dos dados, foi realizada a audição das entrevistas gravadas e o conteúdo das gravações foi transcrito na íntegra, logo após o término das entrevistas, respeitando um período não superior a três dias após a entrevista, com intuito de captar os valores e sentimentos expressos pelos familiares.

Após a transcrição da entrevista, foi realizada a leitura exaustiva do material, e todas as narrativas foram organizadas, respeitando a sequência temporal das histórias narradas, como o início do uso de bebida alcoólica pelo trabalhador, início dos problemas de saúde, agudização da doença/comorbidades, internação no HUM e a continuidade nos serviços de saúde, constituindo as trajetórias de cada família entrevistada.

Na fase da descrição das narrativas, as trajetórias dos trabalhadores foram respeitadas da forma mais fidedigna, realizando exploração dos dados, e buscando as relações e interação entre o contexto sociocultural e a experiência da trajetória nos serviços de saúde na tentativa de solucionar os problemas decorrentes do alcoolismo crônico, sentidos nas falas e nas ações identificadas nos relatos dos familiares entrevistados, assim, compreendendo o itinerário terapêutico de cada família (BURY, 2001).

Ao final da organização do material de pesquisa, foram sistematizadas duas unidades de análise: Do surgimento dos problemas ocasionados pelo uso crônico do álcool à internação hospitalar com gravidade clínica; e Coordenação do cuidado e a trajetória dos usuários crônicos de bebida alcoólica nos serviços de saúde de maior complexidade. E a trajetória dos familiares dos trabalhadores na rede de atenção à saúde e a continuidade de cuidado nos serviços de saúde, foram ilustrados nos itinerários terapêuticos.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram obedecidos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi solicitada a liberação para utilização dos dados das fichas OT/IA e do prontuário do paciente ao Hospital Universitário Regional de Maringá (Anexo 4). E, o projeto de pesquisa foi submetido ao

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/ UEM) com parecer favorável – número 1.606.056. (Anexo 5)

O TCLE foi apresentado a todos os familiares entrevistados, informando os objetivos da pesquisa e a liberdade para desistir em qualquer momento da entrevista, assegurando o sigilo quanto às informações prestadas e ao anonimato sempre que os resultados da pesquisa fossem divulgados. O TCLE foi preenchido pelo pesquisador e assinado em duas vias, uma via permaneceu com o pesquisador e a outra foi entregue ao participante. (Apêndice 5)

Entende-se que usuários de álcool e drogas de abuso e seus familiares inserem-se na categoria de indivíduos vulneráveis, sob a perspectiva das normas éticas para pesquisa (ROGERS; MACKENZIE; DODDS, 2012). Para assegurar o anonimato e facilitar a apresentação dos dados, as famílias foram identificadas de acordo com a ordem cronológica da entrevista, sendo codificadas como “F1, a F5”.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES E DOS EVENTOS TOXICOLÓGICOS

No período em estudo, foram internados cinco trabalhadores com uso crônico de bebida alcoólica e com outros diagnósticos médicos, como comorbidades. (Quadro2)

Quadro 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. Maringá – PR, janeiro a junho de 2016.

Nº	S*	Idade	Comorbidade	Ocupação	Escol.**	Estado Civil
E1	M	72	Colecistite aguda, estenose hepática, cardiopatia	Motorista	E.F.I.	União estável
E2	M	48	Pancreatite, diabetes, infecção pelo HIV, lesão cerebral	Cabeleireiro	E.F.I.	Solteiro
E3	F	54	Pneumonias comunitárias repetidas, insuficiência renal aguda,	Zeladora	Não sabe ler e escrever	Casada
E4	M	37	Epilepsia	Pedreiro	E.F.I.	Divorciado
E5	M	55	Cirrose hepática alcoólica, varizes esofágicas por hipertensão portal, hepatite C	Auxiliar serviços gerais	E.F.I.	Divorciado

*E1, E2, E3, E4, E5: trabalhador que teve o familiar entrevistado **E.F.I: Ensino fundamental incompleto; E.F.C: Ensino Fundamental Completo; E.M.I. Ensino Médio Incompleto E.M.C: Ensino Médio Completo

Fonte: Próprio autor, 2016.

A faixa etária dos trabalhadores variou entre 37 a 72 anos, com média de 54,5 anos. Apenas uma era mulher: com 54 anos, etilista desde os 12 anos de idade, zeladora, estava em licença invalidez e com benefício pela Previdência Social.

Com relação à ocupação, quatro trabalhavam na área de comércio/serviços, e um na construção civil, porém apenas um ainda exercia atividade laboral no momento da

entrevista - dois recebiam auxílio invalidez da Previdência Social e dois estavam desempregados.

O alcoolismo compromete 20% da força de trabalho no Brasil. Estudos nacionais mostram prevalência de 20% de licenças médicas por alcoolismo, nas quais o tempo médio de afastamento para tratamento de saúde situa-se entre 30 e 59 dias, período longo para se permanecer fora do ambiente de trabalho. Alguns autores relataram que o alcoolismo é a terceira causa de absenteísmo ao trabalho, a causa mais frequente de aposentadorias precoces e acidentes de trabalho, e a oitava causa de concessão de auxílio-doença pela Previdência Social (BRITES ABREU, PINTO, 2014).

Os trabalhadores tinham baixa escolaridade - nenhum tinha ingressado no ensino superior e apenas um paciente havia completado o ensino médio. Este resultado corrobora com estudo que estabeleceu o perfil sociodemográfico e a adesão ao tratamento por dependentes de álcool e drogas em uma unidade de atendimento em saúde mental, mostrando que a maioria possuía apenas o ensino fundamental (MONTEIRO et al., 2011)

A maioria, não mantinha relacionamento de conjugalidade: eram divorciados (quatro) ou solteiros (dois). Infere-se que dependência do álcool foi o motivo para o fim dos casamentos de muitos usuários, e os cuidadores relataram que as esposas não conseguiam mais conviver com os problemas decorrentes da dependência química dos maridos.

Sabe-se que o álcool é uma droga fortemente relacionada à desagregação familiar e seu consumo gera preocupações emocionais, tensão e conflitos familiares, problemas financeiros e legais, problemas comportamentais e risco de ansiedade e depressão em seus membros, vivência de experiências traumáticas, perda de confiança, deficiência na comunicação e tendência ao isolamento social, contribuindo para o rompimento de laços familiares (NASCIMENTO, SOUZA, GAINO, 2015; LARANJEIRA, et al., 2014).

A inconsistência e a instabilidade das relações afetivas da família com um membro dependente fragilizam a estrutura e provocam distanciamento emocional entre seus membros, pois seus componentes respondem a situação da dependência desenvolvendo estratégias de proteção pessoal, como limitar o contato ou apenas se relacionar quando necessário (OLIVEIRA, MENDONÇA, 2012).

O Quadro 3 apresenta características do evento toxicológico dos trabalhadores, a partir das comorbidades, registradas nos documentos hospitalares, o (s) local (is) de atendimento, a duração da internação, o desfecho clínico e os encaminhamentos realizados pelo HUM.

Quadro 3. Caracterização do evento toxicológico dos trabalhadores usuários crônicos de álcool internados. Maringá – PR, janeiro a junho de 2016.

Nº	Comorbidades*	Setores de internação**	Dias de internação	Encaminhamento
1	Hepatite C, varizes esofágicas hipertensão portal, cirrose hepática alcoólica	UCI/ CC	09	Ambulatório de Hepatologia do HUM.
2	Hepatite alcoólica, pancreatite e pneumonia,	UCI/UTI CC	17	Ambulatório Pneumologia do HUM.
3 (E1)	Colecistectomia, cardiopatia, estenose hepática.	UCI CC	08	Ambulatório não especificado
4	Colangiocarcinoma, diabetes.	UPA Zona Sul Pronto socorro CM	11	Hospital do Câncer.
5 (E2)	Broncopneumonia diabetes, pancreatite, infecção pelo HIV, lesão cerebral	Pronto socorro CM	17	Ambulatório SAE***
6 (E5)	Cirrose hepática alcoólica, varizes esofágicas por hipertensão portal, hemorragia digestiva alta.	Pronto socorro CC	04	Ambulatório da Hepatologia do HUM
7	Hemorragia digestiva alta, ulcera gástrica, cirrose hepática alcoólica, diabetes e hipertensão arterial sistêmica	UPA Zona Sul Pronto socorro	02	UBS de referência**** e Ambulatório de Oncologia.
8 (E4)	Epilepsia	Pronto socorro	01	Não houve
9 (E3)	Pneumonia bacteriana, parada cardiorrespiratória, insuficiência renal aguda, hepatocarcinoma	UTI/CM	20	UBS de referência*****

*Comorbidades: conforme o registro no prontuário hospitalar.

**UCI - Unidade de Cuidados Intermediários do Pronto Socorro; CC: enfermaria Clínica Cirúrgica; UTI: unidade de terapia intensiva; UPA: Unidade de Pronto Atendimento Zonal Sul; CM: enfermaria da clínica médica.

***Ambulatório SAE: Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids.

**** UBS: Unidade Básica de Saúde do bairro.

Fonte: O próprio autor,2016.

Destacaram-se, entre os motivos que levaram à internação, as doenças gastrointestinais - pancreatite, varizes esofágicas por hipertensão portal, hepatopatias

crônicas, como cirrose hepática, hepática alcoólica; as doenças infecciosas - hepatite C, infecção pelo HIV, pneumonias e as neoplasias, em três casos.

No momento da internação, sete trabalhadores encontravam-se em situação de gravidade clínica, necessitando de internação em unidades de estabilização e reanimação, unidade de cuidados intermediários e unidade de terapia intensiva. Essas unidades são destinadas aos atendimentos críticos, onde são instituídas as medidas iniciais de suporte de vida, onde os pacientes aguardam transferência para unidades de terapia intensiva, a principal característica dessa unidade, é a gravidade do estado clínico em que o paciente se encontra (SELEGHIM et al., 2012; SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

A internação variou de dois a 17 dias, com média de 9,5. Estudo realizado sobre a ocupação de leitos hospitalares, verificou que a média de internação em hospital geral, para os alcoolistas investigados foi de 4,1 dias (ANTUNES, MARCON, OLIVEIRA, 2013).

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 (ANTUNES, MARCON, OLIVEIRA, 2013).

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 (AZEVEDO, MODESTO, 2016).

A maioria dos usuários foi encaminhado à continuidade do cuidado da atenção e intervenção em unidades básicas de saúde, e para outros serviços de saúde, para seguimento do tratamento. Dentre os serviços ofertados, estavam o Ambulatório de Hepatologia do HUM, Hospital do Câncer e Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids, e apenas um trabalhador foi encaminhado para o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, para acompanhamento psiquiátrico.

A atenção nas unidades de atenção primária de saúde, onde a maioria dos trabalhadores foram referenciados, deveriam significar momento centrado na dimensão familiar e oportuno ao empoderamento da família, com vistas ao enfrentamento do abuso de drogas em serviços de base comunitária, evitando o padrão de uso de recaídas (CAMPOS et al., 2014).

6.2 AS FAMÍLIAS E O FAMILIAR ENTREVISTADO

Os familiares respondentes eram na maioria do sexo feminino, adultos jovens, com faixa etária entre 25 a 62 anos, e média de 43,5 anos, com baixa escolaridade. Estudos evidenciam que, quanto menor o nível de escolaridade, maior as alterações emocionais, evidenciadas pela maior dificuldade do enfrentamento às situações de crise, ocasionando impactos em toda a família (NASCIMENTO, SOUZA, GAIANO, 2015) (Quadro 4)

A tendência de cuidadores do sexo feminino, está de acordo com achados em outros estudos, nos quais a população feminina representa uma importante parcela das pessoas que desempenham o papel de cuidadores em suas famílias. Essa função quase sempre é designada à mulher, que culturalmente assume essa tarefa como mais um afazer da esfera doméstica, a qual esse sexo está intimamente ligado (ANTUNES, MARCON, OLIVEIRA, 2013).

Quadro 4. Caracterização do familiar entrevistado. Maringá, janeiro-junho, 2016.

Nº	S	Idade	Vínculo Familiar	Situação Conjugal	Escolaridade**	Ocupação	Religião
E1	F	62	Esposa	Casada	E.F.I.	Do lar	Católica
E2	F	28	Sobrinha	União estável	Superior completo	Do lar	Católica
E3	F	28	Filha	Solteira	E.M.C.	Do lar	Católica
E4	M	25	Irmão	Solteiro	E.M.C.	Desempregado	Católica
E5	F	43	Ex-esposa	Divorciada	E.F.I.	Diarista	Evangélica

*S - sexo: F- Feminino, M- Masculino

**E.F.I. Ensino Fundamental Incompleto E.M.C. Ensino Médio Completo

Fonte: O próprio autor, 2016.

Com relação à situação conjugal dos familiares, dois eram casados ou mantinham união estável, dois solteiros e uma era divorciada. Na esfera do âmbito profissional, três familiares não exerciam atividade remunerada fora do domicílio - eram do lar, uma era diarista e, um estava desempregado.

Torna-se evidente, que a preocupação com o usuário de álcool interfere negativamente no trabalho, pois para o cuidador é difícil administrar as tarefas de cuidar com o tempo dedicado ao emprego, no estudo, dois familiares referiram que tiveram que largar a atividade laboral, para assumir os cuidados com o trabalhador. Mesmo necessitando de uma renda salarial, a tarefa de cuidar pode dificultar que o cuidador execute atividades extradomiciliares (LOPES et al., 2015).

Todos os familiares refeririam ter alguma inserção religiosa, sendo que quatro se consideravam católicos e um evangélico. 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).

As famílias investigadas eram constituídas de três a seis pessoas por domicílio, a maioria das famílias possuía um familiar idoso (4 - 80%), os membros das famílias tinham baixa escolaridade, e foi informado o uso aditivo de bebida alcoólica por outros membros das famílias.

Pelo menos dois membros das famílias exerciam alguma atividade laboral, sendo dois mecânicos, duas diaristas, um caminhoneiro, uma atendente e uma vendedora. As famílias tinham baixa escolaridade, a maioria tinha ensino fundamental incompleto, no entanto, em uma família dois membros haviam concluído ou estava cursando o ensino superior. A renda das famílias era de aproximadamente um a três salários mínimos. Todos moravam em casa própria e de alvenaria. Estudos mostram que há associação negativa entre o consumo abusivo do álcool e a situação socioeconômica, educação, ocupação e renda (DOMINGOS et al., 2014).

Quanto ao uso de drogas, a maioria dos familiares tinha mais de um membro da família que fazia uso de bebida alcoólica. Corroborando com estudo que, encontrou o uso nocivo de bebidas alcoólicas por mais de um membro da família (ANTUNES, MARCON, OLIVEIRA, 2013). (Quadro 5)

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 (SOARES et al., 2014).

Quadro 5. Caracterização das famílias dos trabalhadores participantes da pesquisa. Maringá, janeiro-junho, 2016.

Família 1	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de pessoas que habitam no domicílio: 3 - Vinculo com o trabalhador: esposa (54) e filho (20) - Quantos trabalham: dois (mecânico e autônomo) - Escolaridade: Ensino fundamental incompleto e ensino médio completo - Uso de drogas por outros familiares: não
Família 2	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de pessoas que habitam no domicílio: 6 - Vinculo com o trabalhador: mãe (51), avó (79), esposo (53), sobrinha (21) - Quantos trabalham: dois (atendente e autônomo) - Escolaridade: Ensino superior incompleto, fundamental incompleto e médio incompleto - Uso de drogas por outros familiares: Sim
Família 3	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de pessoas que habitam no domicílio: 4 - Vinculo com o trabalhador: mãe (51), esposo (60), filho (25) - Quantos trabalham: dois (mecânico e servente de pedreiro) - Escolaridade: Ensino fundamental incompleto e ensino médio completo - Uso de drogas por outros familiares: Sim
Família 4	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de pessoas que habitam no domicílio: 4 - Vinculo com o trabalhador: mãe (54), pai (61), irmão (25) - Quantos trabalham: dois (diarista e caminhoneiro) - Escolaridade: Ensino fundamental incompleto e médio completo - Uso de drogas por outros familiares: Sim
Família 5	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de pessoas que habitam no domicílio: 4 - Vinculo com o trabalhador: ex-esposa (47), filha (22), filho (19) - Quantos trabalham: dois (vendedora e diarista) - Escolaridade: Ensino fundamental incompleto e médio completo - Uso de drogas por outros familiares: Sim

Fonte: O próprio autor, 2016

6.3 ESTUDO 1

Trajetórias de famílias e trabalhadores usuários crônicos de bebida alcoólica nos serviços de saúde*Laís Fernanda Ferreira da Silva¹Magda Lúcia Félix de Oliveira²**Resumo**

Objetivo: Identificar a trajetória de familiares de trabalhadores usuários crônicos de bebida alcoólica e suas famílias pelos diferentes serviços de saúde. **Método:** Estudo de natureza qualitativa, com cinco familiares de trabalhadores internados com diagnóstico médico associado a efeitos crônicos de intoxicação por bebida alcoólica e notificados a um centro de informação e assistência toxicológica, residentes no município de Maringá – Paraná, com vínculo familiar. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista domiciliar, para entrevista do tipo narrativa com um familiar do trabalhador. A coleta de dados envolveu análise documental, com compilação de registros **hospitales** e entrevista domiciliar. As entrevistas foram realizadas no período de outubro a novembro de 2016, e foram gravadas na íntegra em mídia digital por áudio. Para análise de dados utilizou-se os princípios da análise de narrativa de Bury, e sistematizadas duas unidades de análise: Do surgimento dos problemas ocasionados pelo uso crônico de álcool à internação hospitalar com gravidade clínica; e Coordenação do cuidado na trajetória dos usuários crônicos de bebida alcoólica nos serviços de saúde de maior complexidade. **Resultados:** Quatro usuários eram homens, com média de idade de 54,5 anos, e somente um deles ainda estava exercendo atividade laboral. Todos iniciaram o uso de bebida alcoólica precocemente, e o tempo médio de uso era 35,5 anos. Observou-se constante acesso das famílias aos serviços da Rede de Atenção às Urgências e hospitais, e baixo acesso e vínculo aos dispositivos da Rede de Atenção Primária em Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial de Saúde de base comunitária. Aconteceram dificuldades para acesso precoce, inserção para tratamento, e para a continuidade do cuidado em serviços de atenção à saúde, em relação marcada pela descontinuidade, fragmentação, e falta de acesso aos níveis secundários da atenção. **Conclusão:** Os resultados alertam dificuldades para o acesso e diagnóstico precoce e para a continuidade do cuidado em serviços de atenção à saúde, que refletiram no agravamento da doença, e a maioria das famílias recorreu às unidades de pronto atendimento ou hospitais como primeira unidade assistencial.

* Produto da Dissertação de Mestrado de título: “Itinerário terapêutico de trabalhadores com intoxicação alcoólica crônica”, subsidiada com financiamento pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil.

² Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde, Cuidados de saúde, Alcoolismo, Comorbidade, Enfermagem em saúde pública.

Introdução

Na investigação em saúde, o constructo trajetórias é utilizado como um dispositivo metodológico para articular fatos da biografia de uma pessoa aos seus determinantes contextuais, e a construção de trajetórias permite que dados objetivos e quantificáveis ganhem sentidos específicos quando organizados numa perspectiva temporal, pois práticas e concepções relativas à saúde variam ao longo do tempo e do momento da vida de cada um, uma ação ou decisão tomada em um dado momento pode interferir nos ciclos da vida, possibilitando sua análise a partir de interpretações qualitativas (BURTON-JEANGROS et al., 2015).

O estudo de trajetórias de pessoas e famílias nos serviços de saúde permite compreender o sentido das decisões e práticas que irão constituir a história da saúde de um indivíduo ou grupo, não apenas sob o ponto de vista das suas narrativas, mas também na perspectiva dos seus determinantes (GRAY, MACDONALD, 2010) Deste modo, podem-se discutir aspectos da assistência à saúde de pessoas e famílias com condições crônicas de saúde, pela temporalidade dessa situação, e construir a experiência das famílias no acesso e continuidade do cuidado.

As condições crônicas de saúde e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública mundial, com elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária e para o trabalho, e impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral (WHO, 2014). Caracterizam-se pela etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais, e ocorrência influenciada pelas condições de vida e desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida (MALTA et al., 2015).

As DCNT assumem magnitude epidemiológica nas causas de mortalidade em todo o mundo, sendo responsáveis por aproximadamente 52% das mortes em pessoas com idade inferior a 70 anos (WHO, 2014). No Brasil, as DCNT têm assumido valores

crecentes nos indicadores de morbimortalidade, representando 70% da carga atual de doenças no território nacional (MALTA et al., 2015; SCHMIDT et al., 2011).

A emergência das doenças crônicas implica na necessidade de monitoramento de novos agravos e ampliação dos eventos para o escopo da vigilância em saúde, como os efeitos do uso de derivados do tabaco, do abuso do álcool e outras drogas. Portanto, é necessário o debate sobre as práticas e o processo de trabalho em saúde, especialmente na atenção primária à saúde, para uma melhor adequação às necessidades de atenção a populações crescentemente assoladas por problemas de natureza crônica (MEDINA et al., 2014).

A literatura sobre a organização do cuidado às DCNT ainda é focal, com priorização de temas específicos, como “cuidados com o pé diabético e com a pressão arterial”, indicando a necessidade de estudos que analisem a prestação de cuidados a “pessoas hipertensas e a pessoas portadoras de diabetes” em unidades de saúde, bem como a vivência das famílias no ciclo de cronicidade e de agudização das doenças (GARNELO et al., 2014; SCHMIDT et al., 2011).

No cenário das estratégias de prevenção e cuidado, os familiares têm sido chamados a participar ativamente na implantação de projetos terapêuticos ao portador de necessidades decorrentes do uso de drogas, sendo atores privilegiados para a assistência (SOUZA et al., 2011). A preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde, tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais (SANTOS, OLIVEIRA, 2012; CABRAL et al., 2011).

Evidências revelam que equipes multidisciplinares que atuam de forma coordenada, que estão preparadas para orientar e apoiar as pessoas para enfrentar, responder bem ao processo agudo da doença alcançaram melhores resultados (BRASIL, 2014; LOZANO et al., 2014). A qualificação de redes assistenciais requer respostas a usuários, famílias e comunidades sobre seus cotidianos sociais, no trabalho e às relações com os serviços de saúde, pressupõe atenção às necessidades e demandas dos usuários (DUBEUX, FREESE, FELISBERTO, 2013).

No campo da saúde do trabalhador, estudos sobre aspectos psicossociais do trabalho evidenciaram existir fatores capazes de gerar sofrimento e adoecimento, induzindo o uso de drogas de abuso e o alcoolismo crônico, diminui a produtividade laboral no ciclo das doenças crônicas (ARAÚJO et al., 2016; MALTA et al., 2015).

O consumo de bebidas alcoólicas pode ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir inclusão no grupo, de viabilizar o próprio trabalho, em decorrência dos efeitos farmacológicos próprios do álcool (BACHARACH et al., 2010). Observa-se uma frequência maior de casos de alcoolismo em determinadas ocupações, especialmente aquelas socialmente desprestigiadas ou com atividades em que a tensão é constante, como nas situações de trabalho perigoso, de grande densidade de atividade mental, ou aquelas em isolamento do convívio humano ou com afastamento prolongado do lar (MACHADO, MUROFUSE, MARTINS, 2016; LÓPES et al., 2011).

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 aguda, causando consequências adversas, principalmente em indivíduos com doenças prévias. Caracteriza-se por lesões em vários órgãos, que podem tornar-se graves e irreversíveis (SILVA et al., 2016; FERREIRA et al., 2013; BABOR et al., 2012). Implica negativamente na vida dos usuários, nas famílias e no trabalho, contribuindo para a violência doméstica, conflitos interpessoais, desfalque no orçamento da família, gerando dificuldades financeiras e legais (SILVA et al., 2016; LOPES et al., 2015).

O estudo das trajetórias de pessoas e famílias vivendo com comorbidades graves do alcoolismo, pode contribuir para o entendimento das consequências do alcoolismo no percurso de cada pessoa a partir de seu diagnóstico. Deste entendimento podem derivar ações para o cumprimento da diretriz de integralidade que orienta as políticas e as práticas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi identificar a trajetória de trabalhadores usuários crônicos de bebida alcoólica e suas famílias pelos diferentes serviços de saúde.

Método

Estudo de natureza qualitativa, realizado em um centro de informação e assistência toxicológica de referência para a região Noroeste do Paraná, tomando um familiar que convive com o trabalhador usuário de bebida alcoólica como informante-chave e analisador da trajetória e cuidado nos serviços de saúde.

Foram incluídos intencionalmente no estudo, cinco famílias de trabalhadores que atenderam aos critérios de inclusão: residência no município de Maringá - Paraná;

internação hospitalar com diagnóstico médico associado a efeitos crônicos de intoxicação por bebida alcoólica, e notificação no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá – CCI/HUM, no período de janeiro a junho de 2016; e coabitação com pelo menos um familiar.

As fontes de dados foram a Ficha de Ocorrência Toxicológica/Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso - OT/IA do CCI/HUM, e o prontuário hospitalar dos trabalhadores internados, e o instrumento foi um roteiro para entrevista domiciliar, semiestruturado e construído para entrevista do tipo narrativa (BURY, 2001; MEDINA, 1995; KLEINMAN, 1978).

O Roteiro de Entrevista Domiciliar foi constituído por quatro partes: Caracterização sociodemográfica do familiar entrevistado, do trabalhador e de sua família; Padrão de Uso de Drogas pelo trabalhador; Trajetória (itinerário terapêutico), com questões disparadoras sobre o início das comorbidades, a escolha dos serviços de saúde, e as dificuldades e facilidades encontradas para o acesso e a continuidade do cuidado; e Coordenação do cuidado ambulatorial.

A coleta de dados envolveu análise documental, com compilação de dados de caracterização do trabalhador e de sua família, e informações da internação hospitalar acessados das fontes de dados do HUM, e entrevista domiciliar. As entrevistas foram realizadas com cinco famílias, sendo entrevistado um familiar do trabalhador, no período de outubro a novembro de 2016, e conduzidas pelas pesquisadoras, em um único encontro. Tiveram duração aproximada de 70 minutos e foram gravadas em mídia digital por áudio.

Para análise de dados utilizou-se os princípios da análise de narrativa (BURY, 2001). Representa uma ferramenta conceitual e operativa, que permite conhecer a experiência do adoecimento da pessoa e a cultura a que ela pertence e em que está envolvida (BURY, 2001). Foi realizada a audição logo após o término das entrevistas, o conteúdo das gravações foi transcrito na íntegra, e realizada leitura exaustiva e organização do material. As narrativas, para exploração dos dados, foram reconstruídas a partir da trajetória de cada trabalhador, buscando a experiência das famílias na busca de cuidado para o alcoolista crônico nos serviços de saúde.

As narrativas relativas a cada família foram organizadas em blocos temáticos. Ao final da organização do material de pesquisa, foram sistematizadas duas unidades de análise: Do surgimento dos problemas ocasionados pelo uso crônico de álcool à

internação hospitalar com gravidade clínica; e Coordenação do cuidado na trajetória dos usuários crônicos de bebida alcoólica nos serviços de saúde de maior complexidade.

O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá – parecer nº 1.606.056. Os familiares assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e o anonimato foi assegurado pela identificação de acordo com a ordem cronológica da entrevista, codificadas em F1 a F5.

Resultados e Discussão

A faixa etária dos cinco trabalhadores variou de 37 a 72 anos, com média de 54,5 anos e desvio padrão de 5,40; tinham baixa escolaridade, a maioria não mantinha relacionamento de conjugalidade e a dependência do álcool foi informado como o motivo do fim dos relacionamentos afetivos (Quadro 1)

As características dos usuários estudados corroboraram a literatura recente sobre usuários de drogas, nos aspectos sociodemográficos de sexo, idade e conjugalidade, predominando homens em idade economicamente ativa e desagregação familiar (LARANJEIRA et al., 2013). As mulheres tendem a omitir o consumo de drogas, gerando subnotificação e baixa visibilidade nos sistemas de saúde e “demonstram” a dependência por meio de outros sinais, como depressão e irritabilidade, e podem ser encontradas em hospitais, após envolvimento com atos violentos, ou por necessidade de cuidados de saúde para condições graves relacionadas ao abuso de drogas (OLIVEIRA et al., 2012; WOLLE et al., 2011).

Quadro 1. Caracterização dos trabalhadores usuários de bebida alcoólica, segundo idade, comorbidade, ocupação, escolaridade e estado civil. Maringá, PR, 2016.

Nº	S*	Idade	Comorbidade	Ocupação	Escol. **	Estado Civil
E1	M	72	Colecistite aguda, estenose hepática, cardiopatia	Motorista	E.F.I.	União estável
E2	M	48	Pancreatite, diabetes, infecção pelo HIV, lesão cerebral	Cabeleireiro	E.F.I.	Solteiro
E3	F	54	Pneumonias comunitárias repetidas, insuficiência renal aguda,	Zeladora	Não sabe ler e escrever	Casada
E4	M	37	Epilepsia	Pedreiro	E.F.I.	Divorciado
E5	M	55	Cirrose hepática alcoólica, varizes esofágicas por hipertensão portal, hepatite C	Auxiliar serviços gerais	E.F.I.	Divorciado

*Sexo: M: Masculino; F: Feminino. **E.F.I: Ensino fundamental incompleto;

Fonte: Próprio autor, 2016.

Com relação à ocupação, quatro trabalhavam na área de comércio/serviços, e um na construção civil, porém apenas um ainda exercia atividade laboral no momento da entrevista - dois recebiam auxílio invalidez da Previdência Social e dois estavam desempregados. A literatura aponta a cronicidade do uso de bebida alcoólica como causa de incapacidade para cumprir as obrigações laborais, de absenteísmo, invalidez temporária e aposentadorias precoce (ARAÚJO et al., 2016; MALTA et al., 2015; LOZANO et al., 2014). Nenhum deles possuíam plano de saúde privado.

O alcoolismo compromete 20% da força de trabalho no Brasil. É causa de 20% de licenças médicas, com tempo médio de afastamento para tratamento de saúde entre 30 e 59 dias por ano, a terceira causa de absenteísmo ao trabalho, causa frequente de aposentadoria precoce e acidentes de trabalho, e a oitava causa de concessão de auxílio-doença pela Previdência Social (BRITES, ABREU, PINTO, 2014).

Todos os trabalhadores iniciaram o uso de bebida alcoólica precocemente, com idades entre 12 a 22 anos, e o tempo médio de uso foi de 35,5 anos, com este longo período de uso marcado por fases de abstinência, sempre em período inferior a um ano, e

recaídas. O uso de bebida alcoólica, dependendo da forma e tempo de exposição, pode acarretar intoxicação aguda, com eventos de overdose e envolvimento em violências, e intoxicação crônica, com lesões em vários sistemas corporais e tipologias variadas de transtornos mentais (SILVA et al., 2016; FERREIRA et al., 2013; BABOR et al., 2012).

Durante o período de abstinência, são essenciais os elos das redes interpessoais de apoio, constituídas por familiares e novos amigos, o envolvimento com colaboradores na recuperação de outros dependentes químicos, e o vínculo com serviços de saúde e profissionais (SAKIYAMA et al, 2014). As principais causas relatadas pelos familiares para as recaídas foram a continuidade no grupo e território de convívio, conflitos familiares, e a ausência de acompanhamento e abandono do tratamento para reinserção e reabilitação social.

Embora a faixa etária média (54,5 anos) esteja no intervalo etário no qual os problemas decorrentes do consumo de álcool costumam aparecer (ANDERSON, GUAL, COLON, 2008), o tempo médio de uso da bebida alcoólica (35,5 anos) aponta que os trabalhadores foram jovens alcoolistas, com trajetórias de vida de descontinuidade de inserção na escola e no trabalho e longo período de “adoecimentos”.

Os motivos que levaram à internação hospitalar no período em estudo foram transtornos clínicos relacionados ao uso de álcool, principalmente as doenças gastrointestinais e as doenças crônicas infecciosas (Quadro 1). Dependentes de álcool com doenças gastrointestinais demonstram pior prognóstico e taxa de mortalidade aumentada quando comparados a pacientes que não consomem álcool e com a população geral (MANGUEIRA, LOPES, 2016; SEITZ, HOMANN, 2001).

Os danos provocados, direta ou indiretamente, pelo consumo do álcool resultam na presença de comorbidades, consideradas como a ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo já portador de outra doença, com potencialização entre essas (MANGUEIRA, LOPES, 2016). Entre as comorbidades físicas determinadas pelo uso de álcool, o fígado é o principal órgão afetado, principalmente por esteatose, hepatite alcoólica e cirrose alcoólica, mas o álcool pode afetar outros órgãos do sistema gastrointestinal, com importantes alterações na mucosa do pâncreas, e pancreatite aguda e crônica, esofagites, gastrites e neoplasias (ANDERSON, GUAL, COLON, 2008; SEITZ, HOMANN, 2001).

Em diferentes graus, o regular e excessivo consumo de bebidas alcoólicas durante um prolongado período de tempo ocasiona lesões orgânicas em diversos sítios corporais, que dão origem a repercussões significativas em nível afetivo, social e profissional. No

entanto, estas lesões orgânicas e as suas manifestações podem levar até 20 anos para evidenciarem-se, conforme a quantidade de álcool regularmente ingerida, a frequência das intoxicações agudas, e a estabilidade do estado físico e nutricional do usuário (SILVA et al., 2016; MANGUEIRA, LOPES, 2016; BABOR et al., 2012).

Do surgimento dos problemas ocasionados pelo uso crônico de álcool à internação hospitalar com gravidade clínica

As barreiras para a busca de ajuda para a cessação/redução de danos do abuso de bebida alcoólica incluem a estigmatização da doença pela família e a não aceitação do alcoolismo como doença, a facilidade do trabalhador em adquirir a droga e, a não adesão aos pressupostos de reinserção e recuperação social. Essas barreiras dificultam a identificação da doença e, o seu tratamento e podem levar às complicações sociais e de saúde (TEMPLETON, COPPELLO, 2012).

Após o reconhecimento da gravidade da situação individual e familiar pelo uso nocivo de bebida alcoólica, os familiares relataram comportamento conjugal e familiar violento pelo consumo de álcool e outras alterações comportamentais, e iniciaram imediatamente o processo de “busca de ajuda” no sistema de saúde e de assistência social. O caminho percorrido para o tratamento para a dependência do álcool e o sofrimento psíquico associado foi demarcado por múltiplas barreiras que se iniciaram em anos anteriores ao diagnóstico da doença crônica/comorbidade, em média 15 anos, e estenderam-se após este momento.

Quando os sinais e sintomas das doenças crônicas foram percebidos, os familiares já haviam acessado diversos serviços de saúde e de assistência social, principalmente serviços de atenção em regime de internação/ hospital psiquiátrico e, clínicas de reinserção e reabilitação social tipo comunidades terapêuticas. Serviços não governamentais preventivos e ambulatoriais, como Grupo de Alcoólicos Anônimos, Igreja e outras organizações de prevenção e assistência, e serviços de base comunitária (SCHOLZ et al., 2014; WAGNER, KRUG, KOECHE, 2014) foram pouco mencionados pelos familiares.

Desde que meu irmão voltou para casa dos meus pais, depois que se separou, ele tem problemas com o alcoolismo. Minha mãe procurou ajuda em uma clínica de recuperação, mas ele não aceitou ser internado, e eles não internam contra a vontade do paciente. (F4, usuário de bebida alcoólica há 19 anos, atendimentos recorrentes em unidades de atenção às urgências por crise convulsiva)

Bem antes de iniciar os problemas de saúde, a gente já corria com ele, já precisamos interná-lo várias vezes no hospital psiquiátrico, porque ele dava muito trabalhado quando bebia, ele era agressivo comigo e com os filhos, quebrava as coisas dentro de casa, arrumava briga nas ruas. A única solução que a gente encontrava era interná-lo. Agora, ele está internado de novo, já vai fazer três meses que está lá. (F5, usuário de bebida alcoólica há 36 anos, com várias internações em unidade de atenção às urgências, com cirrose hepática alcoólica, estava internado três meses em hospital psiquiátrico)

A mãe sempre teve problemas com bebida alcoólica, desde os 12 anos de idade, quando ela era criança, e apanhava do pai dela, que também era alcoólatra. A gente cresceu vendo bebendo desse jeito. Ela já passou por internações no hospital psiquiátrico, porque vivia bêbada e quando não conseguia dinheiro para comprar a bebida tomava o que tinha pela frente, até álcool 70% da enfermaria do hospital ela roubava para tomar dentro do hospital. (F3, alcoolista há 42 anos, com várias internações em unidade de atenção às urgências e hospital psiquiátrico, diagnóstico de neoplasia hepática)

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza que a assistência a esses usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas, e atuação integrada das Equipes da Estratégia Saúde da Família, agentes comunitários de saúde e agentes redutores de danos e da rede básica de saúde e da Atenção Primária à Saúde (CAMATTA et al., 2011; BRASIL, 2004), o que não aconteceu na trajetória de atenção à saúde às famílias investigadas.

A proximidade com as famílias em seus territórios e comunidades de convivência, possibilita que as equipes da Atenção Primária e da Estratégias de Saúde da Família sejam primordiais na construção de ações voltadas para prevenção de agravos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. No entanto, as concepções e práticas em saúde mental no nível primário de atenção à saúde nem sempre condizem com o esperado por parte da articulação da Rede de Atenção à Saúde Mental na atenção primária, e não apresenta condições favoráveis para realizar essa difícil tarefa; justificado pela falta de recursos, e/ou falta de capacitação profissional. Observa-se que a questão das drogas tem sido pouco abordada na prática profissional dessas equipes (CAMATTA et al., 2011).

Também, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS prioriza pontos de atenção para o atendimento a pessoas com transtornos mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de álcool e outras drogas, no entanto, os familiares raramente recorreram a esses serviços, ou utilizavam apenas aqueles de atenção às urgências em saúde e de urgências psiquiátricas, e hospitais psiquiátricos. O acesso das famílias aos serviços de saúde de base territorial poderia representar oportunidade para o profissional de saúde programar ações voltadas à prevenção do uso de drogas e à diminuição das repercussões do uso nocivo no âmbito familiar (MORETTI-PIRES, CORRADI-WEBSTER, 2011).

No Brasil o uso de serviços de saúde aumentou desde a década de 1990, principalmente pela expansão dos serviços de atenção básica. Entretanto, a utilização dos serviços não depende apenas da oferta, mas também da percepção de necessidade e busca das unidades de saúde pelas pessoas. A busca inadequada por serviços de urgência e hospitais, não pode ser compreendida apenas como falta de acesso por problemas pertinentes à atenção primária, mas também por razões culturais, discriminação de alguns serviços (“postinho”, “fila”) e percepção de que existem problemas organizacionais em determinados serviços (“lá não resolve nada”, “lá não abre cedo”); neste caso, a população busca, primeiramente, por serviços considerados mais especializados sem recorrer diretamente às unidades básicas de saúde (MACINKO, LIMA-COSTA, 2012; ANDERSEN, 1995).

O primeiro contato com o serviço de saúde é, geralmente, decorrente do comportamento pessoal de quem procura por esse serviço, mas o êxito na continuidade da atenção depende, essencialmente, das características dos serviços, da forma de organização da demanda e de problemas na atuação dos profissionais envolvidos. As barreiras impostas pelos serviços de saúde podem ser solucionadas pela gestão e pelos trabalhadores de saúde para reestruturar a forma de atendimento nos serviços básicos de saúde, garantindo o atendimento à demanda espontânea e humanização no acesso aos serviços, tornam-se tarefas prioritárias para a melhoria do desempenho do sistema brasileiro (NUNES et al., 2016).

A continuidade do cuidado pode ser vista como a relação entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada, que se estende além de episódios específicos da doença. Esta relação é considerada reflexo de um senso de afiliação, frequentemente expresso em termos de contrato implícito de lealdade por parte do paciente e responsabilidade clínica por parte do profissional, ou por vezes referida como continuidade interpessoal que favorece a melhora da comunicação, confiança e senso de responsabilidade (ALBUQUERQUE et al., 2014; CUNHA, GIOVANELLA, 2011). Destaca-se o importante papel da estruturação do trabalho das equipes da atenção primária em saúde, que devem responder as muitas e complexas doenças crônicas, que, ao contrário das doenças agudas, não “curam”, permanecem ao longo da vida.

Neste contexto, a partir do surgimento dos sinais e sintomas da comorbidade física, os familiares acessaram unidades básicas de saúde, mas principalmente os serviços de atenção às urgências - pronto socorro e unidades de pronto atendimento-, e hospitais gerais.

Foi em 1996, 20 anos antes da internação no HUM, que meu marido começou com muita dor no peito, falta de ar, não dormia bem à noite. Procuramos o postinho aqui perto de casa, e ele foi encaminhado para o hospital, onde ficou internado e realizou angioplastia e cateterismo. (F1, usuário de bebida alcoólica há 52 anos, com várias internações em unidades de atenção às urgências por problemas cardíacos)

Desde 2006 que meu irmão tem problemas com a bebida, já passou por várias internações em unidade de pronto atendimento, com crise convulsiva. A gente encontrava ele caído na rua e ligava para o SAMU. (F3)

Já tem uns 22 anos que minha mãe se encontra nessa situação, de internação em hospital psiquiátrico e pronto socorro. Ela sentia muitas dores nas costas, sempre era medicada e liberada. Como ela é depressiva e não conseguia ficar sem a bebida alcoólica, falava que queria morrer, e eles encaminhavam para o hospital psiquiátrico. (F4)

Em 1997 ele começou com os problemas de saúde. A primeira vez, que ele vomitou sangue, deu um susto na gente. Eu ainda estava casada com ele, e chamei um vizinho para levá-lo no pronto socorro. (F5)

As unidades de atenção às urgências possuem o perfil de atender às demandas agudas de forma mais ágil e concentrada, uma vez que a queixa de natureza biológica pode representar um risco à vida (CACCIA-BRAVA, PEREIRA, ROCHA, 2011), entretanto a utilização de serviço de atenção às urgências como principal porta de entrada na rede de atenção, coloca o usuário em um ambiente de sobrecarga humana e dificulta a privacidade do indivíduo frente a muitos atendimentos e procedimentos, que podem ser um elemento adicional ao estresse já existente pelo diagnóstico e pela condição clínica instável. Isso influencia e dificulta o enfrentamento da doença alcoólica crônica e a adaptação ao tratamento (MANGUEIRA, LOPES, 2016; SANTOS, OLIVEIRA, 2012).

As filas para acesso a determinados atendimentos ou procedimentos são consideradas um dos maiores dramas enfrentados pela população ao buscar assistência à saúde. Na maioria dos serviços de saúde de acesso universal há filas, um fenômeno não exclusivo à realidade brasileira, nem restrito aos serviços públicos. A desorganização de processo de agendamentos e o imaginário popular de que este agendamento vai demorar, leva a busca por portas de entrada mais flexíveis e, segundo este mesmo imaginário, mais resolutivas, e quanto mais desorganizada a regulação para o acesso a níveis complexos de assistência, mais existirá o denominado “acesso personalizado” (ALBUQUERQUE et al., 2014; FREITAS, MOREIRA, BRITO, 2014).

As “maratonas urbanas” de nossos entrevistados em busca de assistência mostram que é necessário colocar em prática políticas mais justas, que repousem na distribuição de recursos e na ampliação dos debates sobre os determinantes de saúde. As narrativas

apontaram a falta de articulação entre profissionais e serviços de referência e contra referência e a ineficiência do sistema de regulação da rede, desfavorecendo a continuidade do cuidado - agendamento de procedimentos, exames complementares e consultas médicas em especialidades como também o acesso a leitos hospitalares quando há necessidade de hospitalização.

A gente teve muita dificuldade para conseguir agendar os exames da minha mãe, as consultas com especialistas demoram uma eternidade. Eles colocam que é urgente no encaminhamento e ainda assim demora meses para conseguir a consulta. (F3)

Precisamos tirar do bolso, deixar de pagar uma conta, para pagar a consulta dele com o endocrinologista e depois com o gastroenterologista, por que pelo SUS era muito demorado. (F2, usuário de bebida alcoólica há 26 anos, com várias internações em unidades de atenção às urgências, lesão cerebral alcoólica)

No momento da internação no HUM, os trabalhadores encontravam-se em situação de gravidade clínica, necessitando de internação em unidade de estabilização e reanimação, unidade de cuidados intermediários ou unidade de terapia intensiva. Essas unidades são destinadas aos atendimentos de pacientes críticos, onde são instituídas as medidas de suporte à vida, e a principal característica para a admissão nessas unidades é a gravidade clínica do paciente (SAKIYAMA et al., 2014; COSTA et al., 2009).

Ele chegou no HUM com muita dor, teve que fazer cirurgia para retirar a vesícula, o médico falou que estava com pus, ainda bem que não estourou, pois falam que não pode estourar. Ele estava muito irritado no hospital, ficava dando trabalho para as enfermeiras. (F1)

Quando meu tio estava internado no HUM, a gente achou que ele não iria aguentar, por que ele estava muito fraco, pensamos que não voltaria mais para casa, aí chamamos o padre para fazer a oração de unção. A gente fica sem saber o que fazer. (F2)

Minha mãe ficou vários dias internada na UTI do HUM, depois que teve uma parada cardíaca, e o rim dela parou de funcionar. A gente ficou com muito medo, por que sabia que era grave, eu não morava com ela ainda, então não sabia se meu padrasto e meu irmão, estava me falando a verdade sobre o estado de saúde da minha mãe ou se eles estavam querendo me esconder alguma coisa. (F3)

Ele foi para o HUM, depois que deu convulsão nele aqui em casa, minha mãe que viu e chamou o SAMU, ele estava bêbado já. Toda vez que ele bebe da convulsão nele. (F4)

Todas as internações dele causaram sofrimento na família, mas a última foi mais difícil, porque a gente sabia que a situação era grave, já tinha 20 dias que estava obrando sangue, até precisou receber transfusão de sangue, e ainda mais porque ele ficou internado na UTI. (F5)

Dentre os pontos positivos relatados pelos familiares na internação hospitalar, a confiança/credibilidade depositada no hospital, principalmente porque o serviço avaliou o problema de saúde do trabalhador como grave, realização rápida do diagnóstico médico, e a disponibilidade imediata de procedimentos diagnósticos e terapêuticos para solucionar o problema de saúde.

Toda vez que ele passa mal, eu já levo direto no HUM, por que lá eles já atendem e se precisar internam também. Foi no HUM que a gente descobriu os problemas do meu tio e foi lá que ele começou realmente a se tratar. (F2)

A minha mãe foi muito bem cuidada lá no HUM, ele ficou 22 dias, e toda hora alguém passava no quarto para ver ela, foi o meu irmão e meu padrasto que acompanhou ela, e as enfermeiras ajudaram muito eles, porque eles trabalham, aí não podia ficar o tempo inteiro com ela. (F4)

Não tenho que reclamar do HUM, o atendimento deles é excelente, toda vez que precisamos, ele foi atendido, a gente era informada do que estava acontecendo, eles deixavam ficar um acompanhante com ele. (F5)

Após a internação no HUM, os familiares relataram que o período de internação hospitalar e a gravidade clínica pareceu ter atuado como *turning point*, um momento considerado marcante na vida da pessoa e que favorece a interrupção do consumo da droga (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011), com período de abstinência ou padrão controlado de uso pós-alta hospitalar. A maioria dos usuários apresentou sinais e sintomas de crise de abstinência durante os dias de internação e foram manejados clinicamente no hospital, com posterior melhora do comportamento aditivo no mês subsequente à alta hospitalar, diminuição de conflitos familiares e oportunidade de abordagem para o tratamento.

Depois da internação (no HUM), que o médico falou que era para ele parar de beber, ele até ficou três meses sem beber, estava uma paz aqui em casa, só que agora já voltou a beber de novo, no começo era só cerveja, agora até pinga ele está bebendo. (F1)

Quando ele saiu do hospital, ficou um tempo sem beber, acho que uns 20 dias. Estava tomando o remédio para a crise convulsiva, mas ele não tem força de vontade não, logo ele voltou a beber de novo, nem o remédio está tomando mais. (F4)

Todos os usuários foram encaminhados à continuidade do cuidado e intervenção em unidades básicas de saúde e outros serviços de saúde de maior complexidade, para seguimento do tratamento. Dentre os serviços referenciados estavam ambulatórios de

especialidades clínicas, e apenas um trabalhador foi encaminhado para o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, para acompanhamento psicossocial.

Quando meu marido teve alta do HUM as enfermeiras orientaram a gente a procurar a UBS para fazer o curativo, e ele também voltou no ambulatório, para ver se estava tudo bem com a cirurgia. (F1)

O HUM que passou o acompanhamento para o meu tio com o psiquiatra no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e para o ambulatório da SAE (Serviço de Assistência especializada em HIV/Aids), no HUM a gente descobriu a infecção pelo HIV. Eles também encaminharam para o endocrinologista, por causa da diabetes. (F2)

Quando minha mãe recebeu alta, o HUM mandou uma cartinha para o posto de saúde contando o que tinha acontecido para ela continuar fazendo os exames no posto. (F3)

No HUM eles falaram para minha mãe procurar a UBS para conseguir acompanhamento para ele, mas acho que minha mãe nem foi atrás, não adianta ir... No HUM eles passaram de novo os remédios que ele tem que tomar direto para não dar mais crises, mas ele não toma. A minha mãe e o HUM já fizeram a parte deles, agora ele tem que querer ser ajudado também. (F4)

A assistência nas unidades de saúde referenciadas e acessadas pelas famílias, teve, geralmente, a finalidade de tratar as alterações clínicas relacionadas ao uso crônico do álcool, e avaliação do tratamento medicamentoso, sem relacioná-las aos problemas psicossociais. A atenção nesse momento deveria caracterizar-se pelo cuidado centrado na dimensão familiar e oportuno ao empoderamento da família, com vistas ao enfrentamento do alcoolismo em serviços de base comunitária, evitando o padrão de uso de recaídas (CAMPOS et al., 2014).

Coordenação do cuidado na trajetória dos usuários crônicos de bebida alcoólica nos serviços de saúde de maior complexidade

Vínculo e coordenação do cuidado podem ser entendidos quando parte substancial do cuidado à saúde for realizado em outros níveis de atendimento, e o nível primário tem a finalidade de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados (SCHOLZ et al., 2014). A pessoa que procura por atendimento no serviço de saúde, mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente (FREITAS et al., 2014).

Para que as pessoas investigadas neste estudo, vivendo com uso crônico de álcool e comorbidades, recebam uma assistência integral e contínua, faz-se necessário a

utilização de serviços de distintas tecnologias. Nesse contexto, emerge uma das competências da Atenção Primária à Saúde que consiste em articular a atenção às urgências, as unidades hospitalares e outros serviços de saúde, construindo fluxos efetivos de referência e contra referência (FREITAS, MOREIRA, BRITO, 2014).

Quanto aos possíveis problemas identificados pelos familiares dos usuários na continuidade da assistência nos serviços de saúde, identificou-se a baixa confiança na qualificação dos profissionais para resolver o problema de saúde, a obrigatoriedade de comprar medicamentos e pagar diretamente pela realização de exames diagnósticos, e a demora em conseguir atendimento ambulatorial na atenção especializada na Rede do SUS. Essa última dificuldade levou os familiares a recorrerem à atendimentos em serviços privados.

As condições crônicas de saúde requisitam uma abordagem sistemática para o tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde. No Brasil, mesmo com a existência do SUS, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é alto, em função de custos agregados, afastamentos do trabalho, perda de produtividade, o que contribui para o empobrecimento das famílias (MALTA et al., 2015). As DCNT atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda (MALTA, MERHY, 2010).

A demora na realização das consultas e exames pelo SUS fez com que os familiares recorressem à serviços privados na tentativa de encurtar o tempo no atendimento e de estabelecer o diagnóstico. As longas listas de espera para agendamento de exames diagnósticos e consultas contribuem para que os familiares custeiem tais procedimentos por conta própria, uma vez que a baixa disponibilidade de oferta dos métodos diagnósticos é uma realidade no campo da saúde. Este *mix* público-privado surge como resposta à busca por soluções frente aos problemas de saúde, sendo parte da trajetória das famílias dos alcoolistas que buscam a continuidade do cuidado nos serviços de atenção à saúde (CAMPOS et al., 2014).

Os discursos dos familiares entrevistados mostraram deficiência no vínculo estabelecido entre o médico, o serviço de saúde e o usuário, devido à falta de informação e esclarecimento sobre a doença e tratamento.

Além dos funcionários do postinho terem muita má vontade em atender, eles dificultam tudo. O atendimento com o especialista do SUS também não foi bom, o médico nem olhou

para meu tio, nem o examinou, simplesmente falou que pancreatite não tem o que fazer. (F2)

A gente teve muita dificuldade em conseguir usar a unidade básica de saúde, em conseguir exames, e agendar o atendimento com o médico. Eles não têm vontade de nos ajudar, não dão uma informação, acha que a gente é obrigada a saber tudo. (F3)

Na comunicação profissional de saúde-paciente, o despreparo profissional, a falta de profissionalismo e a não empatia com o trabalhador foram destacadas por um dos entrevistados.

Depois da longa demora em conseguir o atendimento com o gastroenterologista pelo SUS, o atendimento não resolveu nada, pois o médico nem examinou meu tio, simplesmente falou que não tinha o que fazer, e que ninguém mandou ele beber. (F2)

Estudos apontam que a falta de vínculo do usuário com a unidade de atenção à saúde é uma situação frequente, e afirmam a necessidade de potencializar algumas características próprias da Atenção Primária à Saúde como o vínculo e a longitudinalidade da atenção, a fim de incentivar as pessoas a procurarem os serviços de atenção primária. E ressaltam a importância do diálogo e do acolhimento das demandas dos usuários da Estratégia de Saúde da Família aproveitando esse momento para informar de maneira clara e acessível a respeito da hierarquização dos serviços de saúde, o poder de resolução da APS, a forma de organização e a lista de opções que o serviço tem a oferecer (ALBUQUERQUE et al., 2014; CAMPOS et al., 2014; CACCIA-BAVA et al., 2011).

Destaca-se a importância da escuta e do diálogo entre o sujeito demandante e o profissional de saúde, pois esse diálogo possibilitaria que a intersubjetividade entrasse em ação ajudando a combater as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas. A relação usuário-profissional de saúde deveria estar baseada na mudança de paradigma, isto é, embasar os princípios da saúde coletiva, tendo como foco a saúde e não a doença (CAMPOS et al., 2014).

Três familiares referiram que o (s) serviço (s) de saúde e os profissionais desconhecem a história clínica do trabalhador.

Meu tio já consultou lá várias vezes, mas toda vez eu preciso explicar o que ele tem, mas eles também não fazem muita questão de saber não, só querem saber o que ele está apresentando naquele momento mesmo. (F2)

Eles sabem só as medicações que meu marido usa, que fica registrado, mas que nem eu estou contanto aqui para você não. (F1)

Relataram não haver qualquer ação de prevenção, promoção de saúde desenvolvidas para o alcoolista, nas unidades básicas de saúde, a maioria referiu que não recebe visitas domiciliares de profissionais da Estratégia Saúde da família, e que só buscam atendimento na unidade básica de saúde quando precisam de atendimento médico.

Referente a orientações dos profissionais de saúde a respeito da continuidade do cuidado nos diferentes serviços disponíveis pela Rede de Atenção Psicossocial à Saúde e na rede para atenção ao alcoolista, quatro familiares referiram conhecer os serviços disponíveis na rede e que já foi encaminhado por um profissional de saúde para continuidade do tratamento nesses serviços, mas um deles informou, em vários anos de tratamento para a condição crônica, as orientações foram referentes apenas aos serviços disponíveis para atendimento do usuário crônico de bebida alcoólica.

Quando ela ficou internada na UPA, foi explicado sobre o CAPS AD, eles fizeram o encaminhamento para o serviço, mas ele não ia. Também, já ficou internada no hospital psiquiátrico. (F3)

A gente conhece o serviço, de ouvir as pessoas falarem, mas nenhum médico ou enfermeiro conversou com a gente explicando sobre esses serviços, e nunca ninguém encaminhou ele. Eu tinha vontade que ele acompanhasse em algum lugar, para diminuir a bebida, mas ele refere que não precisa dessas coisas, que a hora que ele quiser ele para de beber. (F1)

Considerando que a busca por cuidados de saúde nem sempre ocorre conforme o fluxo de atendimento preconizado pelo Sistema Único de Saúde, que na relação profissional-usuário pode haver a influência do modelo biomédico, o qual geralmente valoriza as questões biológicas e desvaloriza o contexto sociocultural, e a importância da implementação de ações para a redução de danos/cessação da drogadição em qualquer momento da assistência, a coordenação do cuidado deveria ser dirigida pela atenção primária em saúde e pela Estratégia Saúde da Família, o que representaria uma oportunidade de quebra do ciclo de dependência (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Um exame mais cuidadoso da experiência das famílias investigadas, pode revelar o que se discute no campo da Saúde, inclusive da Saúde Mental, que é a superespecialização e a lógica de organização do fluxo de atendimento enraizada no encaminhamento, principalmente, no contexto da atenção primária, discute-se, então, a

sobreposição da lógica de corresponsabilidade do profissional e do sistema de saúde pelo paciente à lógica do encaminhamento.

Chama a atenção que não houve relatos de familiares sobre o cuidado prestado por agentes comunitários de saúde ou outros profissionais da Estratégia Saúde da Família e nos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Após uma internação hospitalar em virtude de dependência de álcool, incluindo comorbidades, o retorno à família e a comunidade, incluindo o trabalho, requer medidas de suporte emocional, orientação e reabilitação psicossocial progressiva que podem ser disponibilizadas por serviços de atenção primária e de base comunitária (MORETTI-PIRES, CORRADI-WEBSTER, 2011; MACINKO, LIMA-COSTA, 2012).

Esse fato pode indicar desconhecimento das equipes da Estratégia Saúde da Família da realidade das famílias do seu território. A ação desses profissionais tem o objetivo de subsidiar a escolha de estratégia de cuidado mais adequada e que garanta acesso aos usuários em momentos oportunos e de forma contínua, e conseqüentemente, adesão ao tratamento ofertado (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Os CAPS têm papel estratégico na sistematização dos atendimentos na Rede de Atenção à Psicossocial, sendo considerados reguladores da porta de entrada da Rede em um determinado território. Atualmente, como serviços substitutivos às internações de longos períodos, visam a um tratamento que não isola os usuários de suas famílias e da comunidade, promovendo a recuperação e reintegração social dos indivíduos com sofrimento psíquico (SCHOLZ et al., 2014; SAMPAIO et al., 2011).

Conclusão

Entendem-se os resultados como circunscritos a realidade observada, pelas limitações do método qualitativo e da intencionalidade na escolha dos entrevistados, porém trata-se de grupo específico de alcoolistas e famílias com efeitos do uso crônico de bebida alcoólica por longo período, e conhecer a trajetória da busca pelo cuidado, a continuidade e a coordenação das intervenções em serviços de diferentes graus de complexidade permite estabelecer ações para assistência eficaz ao paciente alcoolista.

Os resultados alertam para dificuldades para o acesso e diagnóstico precoce e para a continuidade do cuidado em serviços de atenção à saúde, com atividades marcadas pela descontinuidade, fragmentação, e quebra no acesso aos níveis secundários e terciários de atenção, exceto se a família encaminha o paciente às unidades de atenção às urgências.

A descontinuidade do cuidado refletiu no agravamento da doença crônica já instalada, além de criar condições para a falta de adesão ao tratamento.

A maioria das famílias recorreu às unidades de pronto atendimento ou hospitais como primeira unidade assistencial. Observou-se a vivência positiva nos serviços da Rede de Atenção às Urgências e nos dispositivos hospitalares, destacando a confiança no atendimento do serviço como principal motivo para a escolha, e baixo vínculo a serviços de atenção primária e de base comunitária. Os resultados revelam um cenário em que o hospital permanece como eixo central da assistência à saúde para as famílias entrevistadas, indicando a necessidade de fortalecimento da rede de saúde integral.

Indica-se a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde com vistas ao aumento da resolubilidade da atenção primária de saúde, e para o cumprimento do papel de proximidade, acolhimento, vínculo e coordenação do cuidado da Estratégia de Saúde da Família e dos profissionais das equipes.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. S. V.; LYRA, T. M.; FARIAS, S. F.; MENDES, M. F. M.; MARTELLI, P. J. L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p. 182-194, 2014.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behav.**, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1010, 1995.
- ANDERSON, P.; GUAL, A.; COLON, J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, 2008.
- ARAÚJO, T. M.; MATTOS, A. I. S.; ALMEIDA, M. M. G.; SANTOS, K. O. B. Psychosocial aspects of work and common mental disorders among health workers: contributions of combined models, **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 645-657, 2016.
- BABOR, T. REHM, J.; JERNIGAN, D.; VAETH, P.; MONTEIRO, M.; LEHMAN, H. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, D. C.: v. 32, no. 2, P. 151-155, 2012.
- BACHARACH, S. B.; BAMBERGER, P.; BIRON, M. Alcohol consumption and workplace absenteeism: The moderating effect of social support. **J. Appl. Psychol.**, Rosemead, v. 95, no. 2, p. 334-348, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

BRITES, R. M. R.; ABREU, A. M. M.; PINTO, J. E. S. S. Prevalência de alcoolismo no perfil das aposentadorias por invalidez dentre trabalhadores de uma universidade federal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 3, p. 373-378, 2014.

BURY, M. Illness Narratives: fact or fiction? *Sociology of health and illness*. **Soc. of Health and Illness**, New York, v. 23, no. 3, p. 263-285, 2001.

BURTON-JEANGROS, C.; CULLATI, S.; SACKER, A.; BLANE, D. editors. **A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions: Health Trajectories in People with Cystic Fibrosis in the UK: Exploring the Effect of Social Deprivation** London: OA Books; 2015. p.85-110.

CABRAL, A. L. L. V.; HEMÁEZ, A. M.; GURGEL, E. L.; CHERCHIGLIA, M. L. Therapeutic itineraries: state of the art of scientific production in Brazil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CACCIA-BAVA, M. C. G.; PEREIRA, M. J. B.; ROCHA, J. S. Y.; MARTINEZ, E. Z. Emergency care or primary care: patient's choices on the national health service. **Medicina**, Ribeirão Preto, SP, v. 44, n. 4, p.347-354, 2011.

CAMATTA, M. W.; NASI, C.; ADAMOLI, A. N.; KANTORSKI, L. P.; SCHNEIDER, J. F. Evaluation of a Psychosocial Care Center: the view of the family, **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, 2014.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanization within adultintensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. **Interface: Comunic., Saude, Educ., Botucatu, SP**, v. 13, p. 571-80, 2009.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

- FRANK, B. R. B.; VIERA, C. S.; ROSS, C.; OBREGÓN, P. L.; TOSO, B. R. G. O. Evaluation of the longitudinality in Primary Health Care units. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 400-410, 2015.
- FERREIRA, L. N.; BISPO JÚNIOR, J. P.; SALES, Z. N.; CASOTTI, C. A.; BRAGA JUNIOR, A. C. R. Prevalence and associated factors of alcohol abuse and alcohol addiction. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3409-3418, 2013
- FREITAS, L. F. C.; MOREIRA, D. A.; BRITO, M. J. The continuity of care from the perspective of the being cared for. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 694-700, 2014.
- GARNELO, L.; LUCAS, A. C. S.; PARENTE, R. C. P.; ROCHA, E. S. C. R.; GONÇALVES, M. J. F. Organization of health care for chronic conditions by Family Health teams in the Amazon. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 158-172, 2014.
- GRAY, E.; MACDONALD, P. Using a reproductive life course approach to understand contraceptive method use in Australia. **J. Biosoc. Sci.**, Cambridge, v. 42, n. 1, p. 43-58, 2010.
- KLEINMAN, A. The illness narratives: suffering, healing and human conditions. New York: **Basic Books**, 1978. 284 p.
- LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **Levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2013. Disponível em: <http://inpad.org.br/_lenad-familia/>. Acesso em: 02 ago. 2016
- LOPES, A. P. A. T.; GANASSIN, G. S.; MARCON, S. S.; DECESARO, M. N. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Estud. Psicol.**, Campinas, SP, v. 20, n. 1, p. 22-30, 2015.
- LÓPEZ, M.; A.; C.; FONTANEDA, I.; ALCÁNTARA, O.; J.; G.; RITZEL, D.; O. The Special Severity of Occupational Accidents in the Afternoon: “The lunch effect”. **Accid. Anal. Prev.**, New York, v. 43, n. 3, p.1104 -1116, 2011.
- LOZANO, R.; NAGHAVI, M.; FOREMAN, K.; LIM, S.; SHIBUYA, K.; ABOYANS, V. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, London, v. 380, p. 2095-2128, 2012.
- MACHADO, L. F.; MUROFUSE, N. T.; MARTINS, J. T. Life experiences as workers in poultry agribusiness of users of mental health care. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 134-147, 2016.
- MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. **Int. J. Equity Health**, London, v.11, p. 33-37, 2012.

MALTA, D C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface: Comunic., Saúde Educ., Botucatu**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MALTA, D. C. et al. Noncommunicable chronic disease risk and protective factor prevalence among adults in Brazilian state capital cities, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 373-387, 2015.

MANGUEIRA, S. O.; LOPES, M. V. O. Clinical validation of the nursing diagnosis of dysfunctional family processes related to alcoholism, **J. Adv. Nurs.**, London, v. 72, no. 10, p. 2401-2412, 2016.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A. L. Q.; MOTA, E.; PINTO JUNIOR, E. P.; LUZ, L. A.; ANJOS, D. S. O.; PINTO, I. C. M. Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 69-82, 2014.

MEDINA, C. A. **Entrevista: o diálogo possível**. São Paulo: Ática, 1995.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementación de las intervenciones breves para casos de uso problemático de alcohol en la atención primaria en un contexto amazónico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, p. 813-820, 2011.

NUNES, B. P.; FLORES, T. R.; GARCIA, L. P.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Time trend of lack of access to health services in Brazil, 1998-2013 **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 4, p. 777-787, 2016.

OLIVEIRA, G. C. et al. Consumo abusivo de álcool em mulheres. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 60-68, 2012.

SAKIYAMA, H. M. T. et al. Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: who are they? **Drug Alcohol Depend.**, Los Angeles, v. 1, no. 147, p. 276-279, 2014.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; CARNEIRO, C.; GARCIA FILHO, C. Working in mental health services in the context of Brazilian psychiatric reform: a technical, political and ethical challenge. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Public policies on alcohol and other drugs: a brief historical rescue. **J. Nurs Health**, Pelotas, v. 2, no. 1, p. 82-93, 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, London, v. 377, no. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SEITZ, H.; K.; HOMANN, N. Effect of alcohol on the orogastrointestinal tract, the pancreas and the liver. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell T. **Handbook of alcohol information**, New York, p. 151-167, 2001.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico.**, Rio Grande do Sul, v. 42, n. 2, p. 168-178, 2011.

SILVA, E. R. et al. Drug use impact in drug addicts' physical and mental health. **Ciênc. Cuidado Saúde**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 101-108, 2016.

SCHOLZ, D. C. S.; CORRÊA, M. M.; DUARTE, M. L. C. D.; TORRES, O. M. BALK, R. S.; STRACK, E. M. Constriction Project of a therapeutic caps in southern Brazil, **Rev. Contexto Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 27, p. 65-69, 2014.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; VASTERS, G. P.; LUIS, M. A. V. The Social Network of Alcohol Users Undergoing Treatment in a Mental Health Service. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 1, p.1-8, 2011.

TEMPLETON, L.; COPELLO, A. **Adult Family Members Affected by a Relative's Substance Misuse: A Review of Policy and Guidance Documents across the UK.** Londres, 2012, 42 p.

WAGNER, L. C.; KRUG, J. C.; KOECHE, F. Conjugal violence, alcohol use and mental suffering of male users of a primary care unity. *Medicina*, Ribeirão Preto, SP, v. 47, n. 4, p. 406-415, 2014.

WHO. World Health Organization. **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014.** Geneva, 2014. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/97892415644854_eng.pdf?ua=1>
Acesso em: 20 de jul. 2016.

WOLLE, C. C. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 367-373, 2011.

6.4 ESTUDO 2

Itinerário Terapêutico de usuários crônicos de bebida alcoólica e suas famílias*

Therapeutic Itinerary: paths traveled by chronic users of alcohol and their families

Laís Fernanda Ferreira da Silva³

Magda Lúcia Félix de Oliveira⁴

Resumo

Objetivo: Descrever o itinerário terapêutico de usuários crônicos de bebida alcoólica. *Método:* Estudo qualitativo, descritivo e transversal, com o referencial teórico de Kleinman. Envolveu cinco familiares de trabalhadores que foram internados por comorbidades alcoólicas no período de janeiro a junho de 2016 e notificados a um centro de informação e assistência toxicológica do município de Maringá-PR. Documentos hospitalares e roteiro para entrevista domiciliar do tipo narrativa foram utilizadas para coleta de dados. Para a análise de dados foi utilizado a análise de narrativa de Bury. *Resultados:* Quatro trabalhadores eram homens, com média de idade de 54,5 anos, e três não mantinham relacionamento conjugal. Todos iniciaram o uso de bebida alcoólica precocemente, e o tempo médio de uso era 35,5 anos, com abstinência em período não superior a um ano. Diante do aparecimento dos problemas ocasionados pelo uso de álcool, iniciou-se a busca de possibilidades para o tratamento no subsistema familiar, profissional, mas os caminhos percorridos pelas famílias no subsistema profissional foram determinados por dificuldades de acesso e de coordenação do cuidado e utilização preferencial de dispositivos de atenção às urgências e hospitalares. Práticas religiosas foram apontada como complementares ao cuidado profissional. *Conclusão:* O estudo corroborou autores que utilizam o itinerário terapêutico e as múltiplas lógicas que regem as opções para a busca de tratamento, por aspectos individuais, representações socioculturais referentes à doença e aos sistemas de cura, condições socioeconômicas e estruturais relacionadas à facilidade ou não do acesso.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Enfermagem em Saúde Pública; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Alcoolismo.

Abstract

* Produto da Dissertação de Mestrado de título: “Itinerário terapêutico de trabalhadores com intoxicação alcoólica crônica”, subsidiada com financiamento pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UEM. Maringá, Paraná, Brasil.

Objective: to describe family experiences regarding the therapeutic itinerary of chronic alcohol users, in order to highlight the therapeutic choices and the family experience with the chronic disease. *Method:* qualitative, descriptive and cross-sectional study with the theoretical reference of Kleinman. It involved five relatives of workers hospitalized for alcoholic comorbidities from January to June of 2016 and notified to an information and assistance center of the municipality of Maringá-PR. Hospital documents, and the home interview were used for data collection. For the data analysis it was used Bury's narrative analysis. *Results:* four workers were men, with a mean age of 54.5 years, and three had no marital relationship. All started using alcoholic beverages early, and the average time of use was 35.5 years, with abstinence in a period not exceeding one year. In the face of the arising of problems caused by alcohol use, the search for possibilities for treatment in the popular and professional subsystem, but the path taken by the family was determined by the accessibility difficulties for the treatment and use of emergency care services and hospital. *Conclusion:* the study corroborated authors who use the therapeutic itinerary and the multiple logics that rule the options for seeking treatment, by individual aspects, sociocultural representations regarding to the disease and healing systems, socioeconomic and structural conditions related to the easiness or not of the access.

Descriptors: Health Services Accessibility; Public Health Nursing; Substance-Related Disorders; Alcoholism.

Introdução

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, cerca de dois bilhões de pessoas em todo o mundo consomem bebidas alcoólicas – o que corresponde a, aproximadamente, 40% da população mundial acima de 15 anos – e cerca de 76,3 milhões apresentam problemáticas decorrentes do uso dessa substância, com alta carga global de morbimortalidade (WHO, 2014; MARQUES, MÂNGIA, 2013). O consumo de álcool está relacionado a mais de sessenta tipos de doenças ou lesões e associado fortemente à violências; responsável diretamente por 3,2% de todas as mortes no mundo (6% em homens, e 1% em mulheres) (LOPES et al., 2015; WHO, 2014; MARQUES, MÂNGIA, 2013).

No Brasil, estudos apontam que 12% da população apresenta problemas de saúde associados ao uso nocivo e à dependência do álcool. Para a Saúde Pública, e a prática de enfermagem, este índice é especialmente significativo, pois uma parte substancial dessas pessoas necessita de alguma forma de tratamento ou apresenta algum quadro clínico que requer ações do sistema de saúde (LARANJEIRAS et al., 2013; MARQUES, MÂNGIA, 2013).

A preocupação sobre como e em que momento os usuários crônicos de álcool procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde, está presente em

estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde. A intenção é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários e a sua família em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto (OKUMURA et al., 2012; TRAD et al., 2010).

Para explicar os comportamentos de procura de cuidados e os itinerários percorridos no processo de adoecimento, o conceito de Sistemas de Cuidado à Saúde e seus Modelos Explicativos, desenvolvidos por Kleinman (1978), são utilizados como referências teórico-metodológicas. Nessa perspectiva, saúde, doença e cuidado fazem parte de um sistema cultural que envolve a experiência dos sintomas, modelos de condutas, decisões em relação ao tratamento e avaliação dos resultados.

Estudos sobre itinerários terapêuticos objetivam conhecer os processos pelos quais as pessoas escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinados tipos de tratamento (SOUZA et al., 2016; KLEINMAN, 1988). Têm sido utilizados por pesquisadores para compreender as trajetórias de sujeitos com diferentes doenças e os percursos em busca de ajuda para restabelecer a saúde, onde pessoas e famílias traçam planos e ações para lidar com a doença (SOUZA et al., 2016; MARQUES, MÂNGIA, 2013).

As atividades de cuidado em saúde estão inter-relacionadas em um sistema cultural especial, o Sistema de Cuidado à Saúde, que fornece às pessoas caminhos para interpretar sua doença e as ações possíveis na busca de tratamento. Esse sistema de cuidados organiza ações e interpretações relacionadas à saúde, sendo constituído pela interação de três subsistemas: familiar, profissional e popular. As pessoas circulam por esses três subsistemas, escolhendo ou não os tratamentos e cuidados que irão realizar (CORDEIRO et al., 2013; CABRAL et al., 2011; KLEINMAN, 1988).

O subsistema familiar ou informal inclui familiares, amigos e vizinhos, membros da comunidade, rede de apoio social, que atuam quando a doença é identificada e as decisões devem ser tomadas, iniciando o processo terapêutico. O subsistema profissional é constituído pelas práticas formais de exercício profissional e da rede oficial de assistência à saúde, legalmente organizadas e reconhecidas. O subsistema popular, *folk* ou tradicional inclui os agentes não formais, como curandeiros, benzedeiros e espiritualistas/grupos religiosos, que possuem os mesmos valores culturais da comunidade onde vivem, e assim, oferecem explicações sobre a doença de forma mais acessível à compreensão do grupo social e estão fortemente associados ao subsistema familiar (CORDEIRO et al., 2013; KLEINMAN, 1978, 1988).

Em cada subsistema podem ser estabelecidos modelos explicativos sobre a etiologia e fisiopatologia, início dos sintomas, evolução e tratamento da doença, socialmente construídas, e que necessitam ser negociadas no processo de tratamento, pois os padrões de saúde e enfermidade variam não só em diferentes sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade, dependendo da posição socioeconômica e da subcultura de quem os concebe (CABRAL et al., 2011).

No presente estudo, o termo itinerário terapêutico foi utilizado como sinônimo de caminhos percorridos por familiares de usuários crônicos de bebida alcoólica, para o enfrentamento dos problemas de saúde relacionados ao alcoolismo, a partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos, e de seu reconhecimento, com base no Sistema de Cuidado à Saúde (FERREIRA et al., 2013; CABRAL et al., 2011; KLEINMAN, 1988).

O conhecimento sobre os itinerários de pessoas em busca de atenção à saúde pode contribuir para compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado e utilização de serviços de saúde. Apesar de sua potencialidade, os estudos sobre itinerários terapêuticos, e especificamente na Enfermagem, ainda tem pouca expressão no Brasil (CABRAL et al., 2011; GERHARDT, 2006).

Neste contexto, orientado pelo referencial do itinerário de famílias com problemas decorrentes do abuso crônico do álcool, o presente artigo objetivou descrever o itinerário terapêutico de usuários crônicos de bebida alcoólica.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, cujo desenho foi fundamentado na pesquisa qualitativa e na produção de dados por meio de entrevistas do tipo narrativo (BURY, 2001; MEDINA, 1995). O referencial teórico adotado se fundamenta no conceito de itinerário terapêutico, ferramenta importante para descrever as decisões que os pacientes e seus familiares tomam diante do aparecimento dos sinais e sintomas das doenças (GERHARDT, 2006) e na utilização do modelo de Sistema de Cuidado à Saúde de Kleinman (1978).

A partir de uma lista de nove trabalhadores elegíveis, em ordem sequencial da data da internação hospitalar, realizou-se a análise documental inicial, porém na abordagem telefônica com vistas a sensibilização da família à entrevista domiciliar, ocorreram quatro perdas, sendo que em um dos casos foi informado o óbito do trabalhador. Foram investigadas, então, cinco pessoas (e suas famílias), após internação hospitalar por diagnósticos médicos associados à intoxicação crônica por álcool e cadastradas no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá – CCI/HUM no período de janeiro a junho de 2016, com ocupação definida e vínculo familiar, e residência no município de Maringá – Paraná.

As fontes de dados foram a Ficha de Ocorrência Toxicológica/Intoxicação Alcoólica e/ou Outras Drogas de Abuso (OT/IA) e o prontuário hospitalar, e o instrumento foi um roteiro para entrevista domiciliar, semiestruturado, construído para entrevista do tipo narrativa (BURY, 2001; MEDINA, 1995), constituído por oito questões disparadoras, sobre o início da doença crônica/comorbidade, a trajetória nos serviços de saúde, e as dificuldades e facilidades encontradas para o acesso e a continuidade do cuidado, e o conhecimento sobre os serviços disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial à Saúde; e Continuidade do cuidado ambulatorial.

A coleta de dados envolveu análise documental, entrevista hospitalar e entrevista domiciliar. Dos documentos hospitalares foram compilados dados de caracterização do trabalhador e de sua família e informações da internação hospitalar, e estabelecido o Índice de Comorbidade de Charlson – ICC, método de classificação de gravidade que utiliza dados dos diagnósticos secundários/ condição clínica e da idade para atribuir risco de morte; para cada condição clínica atribui-se uma pontuação que varia de um a seis. O valor do índice, originado a partir da somatória desses pontos, reflete o peso das comorbidades do paciente na mortalidade, dessa maneira, maiores valores de índice estão associados com aumento da frequência de mortes (CHARLSON et al., 1987). Ainda, no ambiente hospitalar realizou-se a primeira aproximação com o trabalhador e sua família, complementando os dados da ficha OT/IA.

As entrevistas domiciliares foram realizadas no período de outubro e novembro de 2016, com cinco familiares que conviviam com os trabalhadores por longo período. Esse recorte temporal visou apreender a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar da internação, para fechamento do ciclo do itinerário terapêutico proposto pelo estudo. Foram conduzidas pelas pesquisadoras, em um único encontro, com duração aproximada de 70 minutos, e foram gravadas em mídia digital por áudio.

Os dados qualitativos foram organizados segundo a análise de narrativa de Bury (2001), que constitui-se em quatro princípios: sequência temporal, ou seja, a narrativa tem um começo, um meio e um fim; atores focais, a narrativa é sempre sobre alguém ou sobre algo; a voz narrativa é identificável, aquele que narra está fazendo-o de seu lugar, de seu ponto de vista; padrões de referência para avaliação, as narrativas carregam valores culturais; os quais são fundamentais para a interpretação dos eventos (BURY, 2001). O Índice de Comorbidade de Charlson foi obtido pela soma de escores de 19 condições clínicas (CHARLSON et al., 1987; MARTINS, BLAIS, MIRANDA, 2008).

Para a análise dos dados, após a transcrição das entrevistas foram realizadas múltiplas leituras das narrativas dos familiares, reconstruída a trajetória de cada família e todas foram organizadas, respeitando a sequência temporal, e descritas para exploração dos dados. Após esta etapa, as narrativas relativas a cada uma das questões disparadoras foram organizadas em blocos temáticos, e seu conteúdo foi categorizado considerando experiências e decisões antes e depois do surgimento das comorbidades. As semelhanças e as divergências identificadas foram relacionadas com as trajetórias individuais, visando estabelecer possíveis nexos entre os dois conjuntos de dados.

Para ilustrar os caminhos percorridos em busca de cuidados, as narrativas dos familiares estão apresentadas em desenhos dos itinerários terapêuticos, apresentados nas Figuras 1, 2, 3, 4 e 5, e discutidas segundo os três subsistemas de cuidado à saúde - familiar, profissional e popular.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá - COPEP/UEM, com parecer favorável – número 1.606.056. O anonimato dos familiares foi assegurado, identificando-os com nomes fictícios como F1 a F5.

Resultados

A faixa etária dos cinco trabalhadores variou entre 37 a 72 anos, com média de 54,5 anos. Entre os trabalhadores havia apenas uma mulher. Quatro não mantinham relacionamento de conjugalidade, e todos tinham baixa escolaridade. Em relação ocupação, eram pedreiro, motorista, cabelereiro, zeladora e auxiliar de serviços gerais, porém apenas um ainda exercia atividade laboral; dois recebiam auxílio invalidez da Previdência Social e dois estavam desempregados. Nenhum deles possuíam plano de saúde privado.

Todos os trabalhadores iniciaram o uso de bebida alcoólica precocemente, a média de idade variou entre 12 a 22 anos de idade, e o tempo médio de uso variou de 15 a 56 anos, com média de 35,5 anos, com frequência de uso diário da droga. Três encontravam-se em abstinência devido às graves complicações clínicas e a institucionalização em hospital psiquiátrico.

O longo tempo de uso de bebida alcoólica foi marcado por fases de abstinência sempre em período inferior a um ano, e duradouras recaídas, atribuídas a continuidade do grupo de convívio (amigos) e a falta de mudança no estilo de vida, desilusão amorosa, e ausência de acompanhamento por serviços de saúde e abandono do tratamento para a reinserção social.

Segundo a Escala de Comorbidades de Índice de Charlson (CHARLSON et al., 1987), a maioria apresentou ICC variando de quatro a 12; apenas um trabalhador apresentou o ICC igual a um. O resultado do ICC indicou que, no momento da internação no Hospital Universitário, os trabalhadores apresentavam gravidade clínica pela associação de várias comorbidades e progressiva elevação de risco de mortalidade, (SICRAS et al., 2012), configurando a internação como um período de tensão e desorganização e sofrimento familiar.

Contextualização do Itinerário Terapêutico da Família 1

O esposo (72 anos) fazia uso de bebida alcoólica há aproximadamente 56 anos, tabagista, ainda estava exercendo atividade laboral, e continuava fazendo uso da bebida alcoólica.

O itinerário terapêutico do trabalhador, iniciou-se após o reconhecimento sobre a gravidade da situação do familiar, ocasionada pelo uso nocivo de bebida alcoólica. A família procurou estratégias de ajuda através de incentivos e apoio ao familiar para abandonar o uso da bebida alcoólica.

Eu sempre tentei incentivá-lo a parar de beber, ou pelo menos diminuir a bebida, falo para ele que tem dois filhos, tem que ser exemplo para eles. Um casou agora, e se ele não parar com a bebida, não vai ter saúde para aproveitar os netos.

Os recursos utilizados no subsistema popular de ordem informal, complementou o subsistema familiar, a partir da busca pelo apoio da rede social e comunitária, mas principalmente através das práticas espirituais utilizadas pela família como forma de

cuidado e enfrentamento do alcoolismo, incluíram rezas, crença na cura pela fé e em milagres.

Eu comecei a participar do grupo de oração aqui do bairro e incentivo ele a ir comigo, sempre rezo pedindo para Deus dar saúde ao meu marido. Porque só Deus para livrar ele do vício da bebida.

A entrada no serviço de saúde ocorreu antes mesmo do diagnóstico da doença crônica, a família procurava a unidade de pronto atendimento para o tratamento das consequências da intoxicação alcoólica aguda.

Ele bebia na volta do trabalho para casa, e caía no caminho, foi aí que eu realmente vi que ele não iria parar de beber sozinho. Meu marido já estava dependente da bebida e precisava de ajuda profissional.

Os sinais e sintomas da comorbidade foram percebidos pelos familiares em 1996, a partir desse primeiro evento, que culminou na internação hospitalar do trabalhador, iniciou-se a busca de possibilidades para o seu tratamento. A agudização da comorbidade, ocorreu em 2011, quando ele apresentou infarto agudo do miocárdio, sendo novamente hospitalizado.

Foi em 1996, meu marido começou com muita dor do peito, falta de ar, não dormia bem a noite. Procuramos o postinho aqui perto de casa, e ele foi encaminhado para o hospital, ficou internado e realizou a primeira angioplastia e cateterismo.

Em 2011 ele teve um infarto, começou a sentir muito mal, com dor no peito e fadiga, corremos com ele para o posto de saúde e a pressão estava muita alta, ligaram para o SAMU e ele ficou internado na UTI, e teve que fazer novo cateterismo e angioplastia.

Em janeiro de 2016, a esposa relatou que o marido iniciou com sintomas gastrointestinais, a família procurou a unidade de pronto atendimento, e ele foi encaminhado para o hospital universitário, onde realizou intervenção cirúrgica e recebeu alta hospitalar após nove dias de internação, com continuidade do cuidado na UBS do bairro.

Ele ficou nove dias internado no hospital, e eu que fiquei com ele, não aceitava outra pessoa no meu lugar. Primeiro ele começou a reclamar de muita dor na barriga, meu filho levou ele na UPA e de lá nós fomos para o hospital, e teve que fazer cirurgia para retirar a vesícula que estava com pus. Ele estava muito irritado no hospital, reclamava de tudo, ainda mais que estava uns dias sem tomar a cervejinha dele. Até com as enfermeiras ele implicava.

A entrevistada relatou, que dias após a internação no hospital universitário, o marido começou a queixar de “plenitude gástrica”, com abdome globoso, e estava

“esquecendo das coisas”. Nesta época, foi atendido na UBS pelo médico da família que solicitou ultrassonografia abdominal, e com resultado de esteatose hepática.

Agora ele começou a reclamar que está com sensação que a barriga esta pesada, e não come muito, a barriga que está grande. O médico do postinho pediu uma ultrassom e falou que ele está com gordura no fígado, é que tem que parar de beber, porque já está começando apresentar problemas do fígado.

Contextualização do Itinerário Terapêutico da Família 2

O tio (48 anos), fazia uso de bebida alcoólica há aproximadamente 30 anos, abstenção do uso de álcool há nove meses, tabagista, estava recebendo auxílio invalidez da Previdência Social.

O itinerário terapêutico do trabalhador iniciou-se a partir da compreensão da família acerca dos seus problemas com o uso de bebida alcoólica, com o surgimento dos problemas de ordem psíquica, o afastamento do convívio com a família, e incapacidade para cumprir as obrigações laborais. Os familiares procuravam meios para o enfrentamento do alcoolismo nas redes interpessoais, constituídas pela família, amigos e a comunidade, pois, nessa época o familiar residia em município distinto à família.

A entrevistada referiu que para ajudar o tio, que estava enfrentando dificuldades com o uso nocivo de bebida alcoólica, a família decidiu buscá-lo.

A gente conhecia uns amigos dele, que avisava quando não estava bem, e quando não aparecia para trabalhar, ou quando a minha avó não conseguia falar com ele, pedia para alguém ver se ele estava bem. Nessa época em que ele estava para lá, eles ajudaram muito a gente.

Estava muito difícil a situação dele lá, ele não estava indo trabalhar, não pagava as contas para gastar o dinheiro com bebida, e por isso a minha avó, que é mãe dele, foi busca-lo e trouxe ele para casa, por que estando perto é mais fácil de cuidar, de fazer alguma coisa para ajudá-lo, e aqui tem muito mais recursos também.

Houve também a busca de apoio na religião para o enfrentamento do alcoolismo, e entrevistada referiu que a avó, mãe do trabalhador, colocava o nome do filho nas orações. Quando ele ficou internado no HUM, a família chamou o padre para fazer oração de unção.

A gente buscou apoio na fé, minha avó é muito religiosa, é ela sempre colocava o nome dele nas orações, pedia para o padre vim visitá-lo, e no hospital quando ele ficou internado ela também chamou o padre

para fazer a oração de unção. Até hoje ele fala que foi depois da oração que ele melhorou.

Os sinais e sintomas da comorbidade foram percebidos pelos pares em 2001, com hipoglicemia, após uso de bebida alcoólica, foi quando, a família iniciou a busca por tratamento no subsistema profissional, acessando a diretamente as unidade de urgência e emergência. Nessa época, ele foi diagnosticado com Diabetes e com infecção pelo HIV, porém, essa última, comunicou à família.

Em março de 2016, o tio foi internado no hospital universitário, com febre, fraqueza, hipoglicemia, e confusão mental. Foi estabelecido tratamento para estas alterações clínicas e investigado as possíveis causa para a confusão mental; síndrome de abstinência alcoólica, encefalopatia por hipoglicemia, e confirmado lesão cerebral por abuso de bebida alcoólica.

A gente procurou o hospital de ensino porque meu tio estava com febre e descontrole da diabetes, eles achavam que era tuberculose, mas era pneumonia mesmo. Ele chegou no hospital muito mal, estava fraco, pesando 36kg, também já estava bem confuso. Foi então que a gente descobriu a infecção pelo HIV, e também foi diagnosticado com lesão cerebral por causa do álcool.

Após a alta, o mesmo foi encaminhado para outros serviços de saúde para continuidade do cuidado. A família acessou o serviço de saúde privado devido à dificuldade em conseguir atendimento pelo SUS. No primeiro atendimento no serviço privado, o profissional de saúde encaminhou para outro especialista, e foi solicitado tomografia com resultado de pancreatite. O hospital de ensino também realizou encaminhamento para a nutricionista do Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O hospital encaminhou meu tio para o endocrinologista, mas devido a demora, a gente precisou pagar a consulta, precisamos tirar do bolso, deixar de pagar uma conta, para conseguir marcar a consulta, por que ele precisava da insulina, e pelo SUS era muito demorado.

Contextualização do Itinerário Terapêutico da Família 3

A mãe (54 anos) fazia uso de bebida alcoólica há aproximadamente 42 anos, estava recebendo auxílio invalidez da Previdência Social, e em abstinência há quatro meses.

Este itinerário terapêutico, iniciou-se com o reconhecimento da família das consequências adversas do uso nocivo de álcool pela trabalhadora, com alterações

comportamentais e situações de violência e acidentes. Os serviços de saúde acessados foram, as unidades de pronto atendimento com o objetivo de tratar as consequências adversas do abuso de bebida alcoólica.

Ela bebia demais, vivia machucada, eu ou o meu irmão sempre corria com ela para o pronto socorro, mas não tinha jeito, era ela voltar para casa, e começava tudo de novo. É difícil, ver ela nesse estado.

Eu sai de casa, porque não gostava da maneira como ela chegava em casa, quebrando as coisa”. Incomodava muito toda a família, toda vez que ela chega bêbada, começa a xingar todo mundo, isso não era vida.

A família também utilizou recursos do subsistema popular, segundo a filha, a mãe procurou formas alternativas para enfrentar os problemas com o uso crônico de bebida alcoólica, com benzedadeiras, que orientavam o uso de ervas para o preparo de remédios caseiros, banhos e chás.

Minha mãe já foi muito em benzedadeiras também, e elas passavam receitas de chás para diminuir a vontade de beber.

O início dos problemas de ordem psíquica ocorreram em 1994, com início dos sinais e sintomas da depressão, a filha referiu que a mãe apresentava ideação suicida, e síndrome de abstinência. A família procurou ajuda em serviços de atenção às urgências psiquiátricas e hospitais psiquiátricos, onde a trabalhadora foi internada. Quando retornou à residência, foi referenciada para continuidade do cuidado no serviço do CAPS ad, porém ela não aderiu ao tratamento.

Já tem uns 22 anos que minha mãe está nessa situação, de internação em hospital psiquiátrico e pronto socorro. Ela sentia muitas dores nas costas, sempre era medicada e liberada, como ela é depressiva e não conseguia ficar sem a bebida alcoólica, a gente não acreditava muita nas histórias dela.

A agudização da comorbidade ocorreu em fevereiro de 2016. Segundo a filha, a mãe queixava-se constantemente de lombalgia, e, devido a depressão e ao uso de bebida alcoólica, a família não valorizava suas queixas. Foi internada em hospital geral, para realizar intervenção cirurgia, após o procedimento apresentou retenção urinária, sendo necessário o uso de sonda vesical permanente, e recebeu alta hospitalar com acompanhamento na UBS e ambulatório de ortopedia.

Depois que ela realizou a cirurgia de correção da coluna, a saúde dela piorou, o rim dela parou de funcionar e ela teve que usar sonda para urinar. Ela ficou internada e veio embora para casa com a sonda.

Em junho de 2016, a mãe procurou o hospital ensino para realizar o procedimento da troca da sonda vesical, porém apresentou parada cardiorrespiratória revertida, insuficiência renal aguda, necessitando de internação UTI, onde desenvolveu pneumonia bacteriana. Recebeu alta após 22 dias de internação, encaminhada para UBS. Após esta internação, a filha voltou a morar com a mãe, assumindo o papel de cuidadora.

No hospital, durante a troca da sonda ela teve uma parada cardíaca, precisou ficar internada na UTI, depois pegou pneumonia também, ficou bastante tempo internada, acho que foi 22 dias. Eu não morava com minha mãe ainda.

Após a internação no hospital universitário, a usuária iniciou com sinais e sintomas gastrointestinais. A família retornou aos serviços de saúde, e a mãe foi internada em hospital público municipal, onde permaneceu por 25 dias. Após a alta hospitalar foi encaminhada à UBS e para o hospital do câncer, onde iniciou o acompanhamento com oncologista. A filha relatou que, após demora em realizar exames diagnósticos e a demora no atendimento com oncologista, a mãe foi diagnosticada com neoplasia hepática (hepatocarcinoma).

Depois da internação, ela começou a reclamar de muita dor na barriga, as vezes ela até vomitava de tanta dor. A gente levou ela na UPA lá eles fizeram um monte de exames e encaminharam para o hospital do câncer, também foi pedido exames, alguns a gente precisou pagar, por que demoravam para serem liberados. No último exame que ela realizou, a gente descobriu o câncer no fígado. Olha, é muito triste ver ela nessa situação.

Contextualização do Itinerário Terapêutico da Família 4

O irmão (37 anos), fazia uso de bebida alcoólica há aproximadamente 15 anos, desempregado, continua fazendo uso da bebida alcoólica.

O itinerário terapêutico do trabalhador teve como ponto de partida os cuidados fornecidos no subsistema familiar, após o reconhecimento da família do início dos problemas do trabalhador causados pelo uso nocivo de bebida alcoólica. A família buscou medidas para o enfrentamento do alcoolismo do familiar, nas mudanças na rotina diária, com medidas para a privação do familiar na residência, não permitindo que o mesmo

participasse das atividades de lazer da família, e nos eventos que continham bebidas alcoólicas.

Até hoje.... quando a gente sai para algum almoço com a família, meu pai não costuma levar ele, por que sempre tem cerveja nesses lugares, e ele tem medo do meu irmão beber e começar a dar trabalho na frente dos outros.

O entrevistado referiu que a mãe é uma mulher de muita fé, buscou apoio na espiritualidade, e encontrou na religião amparo para lidar com o alcoolismo do filho.

Minha mãe é muito católica, e está sempre indo na igreja, colocando o nome do meu irmão nas orações.

A família também acessou serviços como clínicas de reinserção e reabilitação social como comunidades terapêuticas, porém o não obteve resolutividade no serviço, buscou auxílio na UBS, a qual referenciou para serviços de atenção em regime de internação/ hospital psiquiátrico. Entrevistado informou que o irmão foi internado no serviço de assistência psiquiátrica, porém sempre que retornava para a residência, iniciava-se com o uso do álcool.

Quando ele começou a ficar bebendo direto, dormindo fora de casa, a minha mãe tentou internar ele em na clínica de recuperação, mas ele não aceita e lá eles também não internam contra a vontade.

Em junho de 2016, trabalhador foi internado no pronto socorro do hospital universitário, devido à crise convulsiva, neste período não estava fazendo nenhum tipo de acompanhamento, pois não aceitava ajuda.

Quando ele foi internado no pronto socorro do hospital com convulsão, era porque ele já tinha bebido um monte. Sempre que ele bebe, ele tem crise convulsiva. Minha mãe que fica com ele.

Depois que ele teve alta ele até parou de beber, estava tomando os remédios, mas não ficou muito tempo não e já voltou de novo.

Contextualização do itinerário terapêutico da família 5

O ex esposo (55 anos), fazia uso de bebida alcoólica há aproximadamente 35 anos, em auxílio invalidez da Previdência Social, em abstinência há quatro meses.

O itinerário terapêutico do trabalhador iniciou-se no subsistema familiar a partir do momento em que surgiram os problemas com o alcoolismo, quando o familiar já estava apresentando sinais de dependência alcoólica. A família procurou ocupar o familiar com atividades laborais, com objetivo de reduzir o consumo de bebida alcoólica pelo mesmo.

Os irmãos dele arrumavam uns bicos para ele fazer como pedreiro, para ocupar o tempo, e não ficar bebendo nos bares, porque todo mundo trabalhava e não podia ficar vigiando ele toda hora.

E também utilizaram recursos do subsistema popular, através das práticas espirituais, utilizadas pela família como forma de cuidado e tratamento do alcoolismo. A entrevistada referiu que encontrava na religiosidade sentimento de conforto para os enfrentar problemas do alcoolismo do familiar.

Eu vou sempre na igreja, e busco apoio na fé para encontrar forças para ajuda-lo, e sempre coloco o nome dele nas orações.

O acesso e utilização do subsistema profissional, ocorreu no momento em que a família buscou nas unidades de urgências, o tratamento das intoxicações alcoólicas agudizadas, associados à ocorrência de violência e traumas.

Ele já chegou várias vezes em casa bêbado, machucado porque tinha apanhado na rua. E a gente tinha que correr com ele para o pronto socorro. Outras vezes, ligavam do pronto socorro, avisando que ele estava internado, porque tinham encontrado ele na rua.

Os sinais e sintomas da comorbidade surgiram em 1997, quando familiar apresentou hemorragia digestiva, foi atendido em serviços de atenção as urgências e emergências, e diagnosticado com cirrose hepática alcoólica e hepatite C.

Desde 2005, a família utiliza as unidades de urgência e emergência, com várias internações hospitalares, para o tratamento das complicações de saúde do familiar, ocasionadas pelo abuso crônico do álcool. A agudização da comorbidade ocorreu em 2011, com nova internação hospitalar para tratamento das doenças hepáticas. Após a alta hospitalar, o familiar foi referenciado para continuidade do cuidado em serviço de especialidade e na unidade básica de saúde.

Em abril de 2016, o trabalhador foi internado novamente no hospital universitário, e retornou ao serviço após dois meses, com agravamento da comorbidade, apresentava melena e dispneia ortostática, há mais de 20 dias. Permaneceu internado por sete dias em unidade de terapia intensiva, e após alta hospitalar foi referenciado para a continuidade do cuidado no serviço ambulatorial de especialidade. A entrevistada referiu que há três meses, o familiar foi internado em hospital psiquiátrico, para tratamento dos problemas de ordem psíquicas, ocasionados pelo abuso crônico de álcool.

Quando ele vomitou sangue pela primeira vez, eu ainda estava casada com ele, deu um susto na gente. Ele acordou falando que estava passando, que estava vomitando sangue, ele estava pálido, e suando frio, eu corri e chamei o vizinho para leva-lo no pronto socorro.

Depois ele teve outras internações, por causa da cirrose hepática, que sempre atacava, aí tinha que correr com ele, mas mesmo assim, ele não parou de beber. Mesmo com tantas complicações que ele teve por causa dessa maldita bebida.

Quando ele internou no hospital de ensino dessa última vez, ele estava muito fraco, já tinha 20 dias, que ele estava obrando sangue, foi o médico do ambulatório do hospital de ensino que internou ele, até transfusão de sangue ele precisou e ficou na UTI também. Ele só saiu de lá pela graça de Deus, porque ele estava muito mal.

Depois da internação (no HUM), ele começou a ficar muito agitado, agressivo, ficava o tempo todo inquieto. Por isso, ele foi internado no hospital psiquiátrico.

Discussão

As características dos usuários estudados corroboram a literatura quanto ao perfil sócio demográfico e aspectos de sexo, idade, conjugalidade e escolarização de usuários de drogas de abuso - homens, em idade ativa e desempregados, ausência de união conjugal estável e nível de instrução de ensino fundamental (LARANJEIRA et al., 2013; MONTEIRO et al., 2011; SIMONS-MORTON; FARHAT, 2010).

Nos registros hospitalares constava que os trabalhadores ainda estavam exercendo atividade laboral, critério para inclusão no estudo, porém a maioria era inativo profissionalmente, em razão de desemprego ou invalidez. Tais achados evidenciam condições socioeconômicas deficitárias, as quais correspondem a grupos em situação de vulnerabilidade social pela (com)vivência com o alcoolismo por longo período (MENDES et al., 2014).

Em relação à análise da morbidade, a principal métrica determinada pela Organização Mundial da Saúde para avaliar os efeitos das doenças na população refere-se aos anos de vida não saudáveis devidos a problemas de saúde ou incapacidades, YLD - Years Lost due to Disability. Seu cálculo baseia-se na soma da prevalência de cada uma das sequelas relacionadas com a doença, multiplicada pela ponderação da deficiência ou incapacidade. A maior expectativa de vida, se não acompanhada de investimento na promoção da saúde, pode resultar em aumento de anos vividos com incapacidade e doenças crônicas, em sua maioria passíveis de prevenção (MURRAY et al., 2012; VOS et al., 2012).

Estudo realizado para estabelecer carga de doença representada pelos anos vividos com incapacidade (YLD) nos anos 1990-2010 no Brasil, mostrou uma realidade distinta entre morbidade e mortalidade. Para o universo masculino, as desordens causadas pelo uso de drogas, especificamente o consumo excessivo de álcool, dimensionam a carga de doenças, dando visibilidade ao que é “invisível”, para a prevenção da perda da saúde por incapacidade e limitações causadas por doenças relacionadas ao álcool (MARINHO, PASSOS, FRANÇA, 2016). No presente estudo, a aplicação do ICC indicou pessoas em situação-limite de adoecimento e diagnóstico de óbito premente.

A maior expectativa de vida, se não acompanhada de investimento na promoção da saúde, pode resultar em aumento de anos de vida não saudáveis devidos a problemas de saúde ou incapacidades (MURRAY et al., 2012; VOS et al., 2012) e doenças crônicas, em sua maioria passíveis de prevenção (MARQUES, MÂNGIA, 2013), como as vivenciadas pelos trabalhadores e suas famílias, com desorganização e sofrimento familiar durante anos e trajetórias de “idas e vindas”.

A maioria dos entrevistados eram mulheres, com idades entre 25 e 62 anos, filha, esposa, sobrinha e ex esposa, responsáveis pelo cuidado do familiar. Duas entrevistadas referiram que abdicaram do trabalho, para assumir os cuidados com o familiar. Apenas um familiar entrevistado era homem, porém o mesmo informou não ser o responsável pelos cuidados diários com o familiar, que eram realizados pela mãe; esta não aceitou participar da entrevista, pois estava muito sobrecarregada emocionalmente com a situação do alcoolismo do filho. Evidenciou-se que as narrativas proporcionaram alívio aos familiares, transmitiram a sensação de acolhimento e teve efeito benéfico ou terapêutico.

Tal fenômeno se relaciona à construção histórica e cultural da mulher, que remete à figura feminina a atribuição de cuidar dos seus, sendo uma função ou responsabilidade considerada por todos como inata e natural. Desta forma, a mulher se torna protagonista no fornecimento dos cuidados em saúde e responsável pela assistência à família, sendo a principal e, às vezes, a única cuidadora e gerenciadora do cuidado no contexto familiar (LOPES et al., 2015)

O reconhecimento da família sobre os problemas ocasionados pelo alcoolismo até o surgimento da(s) comorbidade(s) foi longo, com média de 22,5 anos, e esse longo período de tempo reflete na qualidade de anos vividos em um meio com o uso aditivo de bebida alcoólica e suas consequências psicossociais. A família no itinerário terapêutico, além de geralmente ser a base para o cuidado em situações de adoecimento ao ter um de

seus integrantes com condições crônicas, sofre influência dessa situação, pela necessidade de rearranjos na estrutura familiar (ANTUNES, MARCON, OLIVEIRA, 2013).

A partir do momento em que as famílias percebem os problemas ocasionados pelo uso de bebida alcoólica, essas realizaram escolhas para enfrentarem o alcoolismo, com apoio de vizinhos, amigos e da comunidade, utilizando conhecimentos das crenças, valores familiares, troca de saberes, experiências entre os membros das famílias, na tentativa de reduzir os danos ocasionados pelo alcoolismo. Os familiares narraram o fortalecimento dos vínculos afetivos na família, a busca de amizade e de laços sociais com a vizinhança e inserção do familiar em atividades laborais, mas utilizaram métodos que poderiam ser considerados pouco produtivos para a redução de danos e até ilegais, como o encarceramento do familiar na residência e a privação do familiar do convívio social.

A família encontra-se frente a uma ampla rede de escolhas possíveis, e esse processo de escolha e aderência a determinadas formas de tratamento, é complexo no contexto em que está inserida, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde (TRAD et al., 2010). Para iniciar o processo terapêutico, os familiares procuraram os serviços de atenção em regime de internação, como clínicas de reinserção social tipo comunidades terapêuticas, porém, a não adesão aos pressupostos da reinserção e recuperação social, ocorreu, pois, a internação nessas comunidades terapêuticas devem ocorrer de forma espontânea, e os trabalhadores não aceitavam serem internados nesses serviços.

Compreendendo que os cuidados com a doença crônica se estendem além das orientações dos serviços de saúde e não se restringem às informações prestadas pelos profissionais de saúde, é importante destacar que as famílias recorreram a religiosidade e à determinadas religiões como auxílio para enfrentamento dos problemas de saúde do usuário crônico de bebida alcoólica (CORDEIRO et al., 2013).

As práticas religiosas são utilizadas como forma de cuidado e tratamento. A fé foi um elemento mencionado por todos familiares, vista como medida de suporte emocional para o enfrentamento do alcoolismo. Os familiares acreditavam que se a fé não estiver presente, é mais difícil amparar o familiar que encontra-se em situação de risco, que a religiosidade traz sentimentos de conforto para as famílias (SILVA, SOUZA, MEIRELES, 2004).

A crença nas práticas naturais, com a utilização de chás para a redução do consumo de bebida alcoólica pelo familiar e a consulta à agentes não formais, como curandeiros, benzedeiros também foi citada por um familiar como uma prática de cuidado em saúde exercida pela família, embora no universo biomédico esta prática é pouco valorizada e considerada inexistente nos dias atuais (GERHARDT, 2006).

As famílias que convivem com a doença crônica, integram ao cuidado e tratamento da doença de seus familiares, alternativas populares desenvolvidas por agentes informais, como curandeiros e benzedeiros, que estão envolvidos em ações que visam a cura. As vantagens de tais alternativas são proximidade entre familiar e agente informal, o afeto e a informalidade, o uso de linguagens coloquiais, o reforço que é dado aos valores culturais da comunidade onde vive e a possibilidade de se darem explicações culturalmente familiares e aceitas sobre as causas das doenças (CABRAL et al., 2011; GERHARDT, 2006).

Também, as práticas integrativas de saúde como a homeopatia, a medicina antroposófica, além de recursos terapêuticos como a fitoterapia, as práticas corporais e meditativas tornaram-se uma realidade na rede de atenção à saúde pública. Esse avanço pode ser entendido como expressão de um movimento que se identifica com novos modos de aprender e praticar a saúde, já que essas práticas caracterizam-se pela interdisciplinaridade e por linguagens singulares, próprias. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas práticas abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (TELESI JÚNIOR, 2016).

A entrada dos trabalhadores nos serviços de saúde ocorreu antes do diagnóstico da comorbidade clínica, e foi ocasionada por consequências psicossociais do consumo de bebida alcoólica, como a violência familiar, transtornos mentais associados ao alcoolismo e traumas físicos repetidos. Diante desses problemas, iniciou-se a busca de possibilidades para o tratamento e a cura no subsistema profissional, com as experiências a partir dos conhecimentos individuais de cada familiar e dos conhecimentos coletivos da família e da rede social do modelo de cuidado à saúde.

A maioria dos usuários iniciou seu fluxo de atendimento pela rede pública de saúde, e os serviços de referência para as famílias foram as unidades básicas de saúde - UBS, mas principalmente as unidades de pronto atendimento e hospitais gerais. Os motivos de buscarem diretamente as unidades de atenção às urgências foram o fato dessas unidades possuírem o perfil de atender as demandas agudas de forma mais ágil e concentrada; entretanto, a utilização desses serviços como principal porta de entrada na rede da atenção à saúde não pode ser entendida apenas como a falta de acesso organizacional à rede de atenção primária, mas incluem escolhas embasadas em razões culturais, e experiências em atendimento anteriores (DILÉLIO et al., 2015).

Após o tempo médio de 15 anos de idas e vindas em serviços de saúde de urgências, hospitalares e unidades básicas de saúde, sem continuidade efetiva e ausência de coordenação do cuidado, com “idas e vindas” que culminaram no aparecimento ou na cronificação de algumas doenças e altos custos relacionados às complicações decorrentes de condutas inadequadas. O tratamento apenas das queixas do trabalhador, levou a não adesão ao tratamento ambulatorial e, consequentes e repetidas internações hospitalares. O fluxo de atendimento apontou o longo intervalo de tempo entre o uso da droga de abuso, o surgimento de comorbidades físicas e a busca por tratamento em caráter especializado emergencial (TORCHI, et al., 2014).

A entrada dos clientes nos setores de urgência com a queixa já reconhecida na UBS, pode significar deficiência na resolubilidade do tratamento oferecido ou a necessidade de atendimento devido ao esgotamento dos demais níveis de complexidade assistencial (DUBEUX, FREESE, FELISBERTO, 2013). As principais razões informadas pelas famílias para o não atendimento no último serviço de saúde estiveram vinculadas à ausência de profissional e à disponibilidade de vaga na última unidade procurada pelo usuário, corroborando com possíveis insuficiências na rede de cuidado.

As dificuldades para estabelecer um plano de cuidados ao usuário e a sua família, ocasionados pela demora na realização de consultas com o médico especialista pela rede do SUS e o agendamento de exames diagnósticos, fez com que os familiares recorram ao serviço privado, e paguem por exames, que não são custeados pelo SUS, na tentativa de encurtar o tempo do diagnóstico da comorbidade ao tratamento. As longas listas de espera de agendamento de exames e consultas contribuem para que os familiares custeiem tais procedimentos por conta própria, muitas vezes, prejudicando o orçamento da família (SOUZA et al., 2016).

Estudo mostrou que existem barreiras ao acesso integral aos serviços de saúde, não só inerentes as condições dos usuários, mas também ao sistema de saúde. Alguns fatores envolvidos na organização dos serviços de saúde, como capacitação profissional para prevenção e promoção de saúde, falta de comprometimento dos profissionais atuantes no nível primário de atenção, falta de profissionais especializados e de exames subsidiários e outros procedimentos eletivos comprometem o trânsito eficiente dos pacientes pelos serviços de saúde resolutivos e organizados em níveis crescentes de complexidade. Soma-se a isso a falta de articulação entre todos os níveis de assistência, do primário a alta complexidade, impedindo a integralidade da atenção à saúde (SOUZA et al., 2011).

Por se tratar de doença crônica, percebe-se um Itinerário Terapêutico com lacunas na abordagem familiar e no diagnóstico precoce, e ausência de acolhimento, responsabilização e continuidade da atenção primária à saúde. Os itinerários terapêuticos permitiram a visualização da trajetória do paciente e família pelo sistema de saúde, além dos seus aspectos sociais e culturais, diante da situação de adoecimento. Poucos tiveram acompanhamento precoce, sem manifestação de sintomas. Todavia, a maioria deles tiveram internação hospitalar de maneira repentina.

Os trabalhadores, encontravam-se em situação de gravidade clínica, quando foram hospitalizados no HUM, necessitando de internação em unidades de estabilização e reanimação, unidade de cuidados intermediários e unidade de terapia intensiva. Essas unidades são destinadas aos atendimentos críticos, onde são instituídas as medidas iniciais de suporte de vida, onde os pacientes aguardam transferência para unidades de terapia intensiva, a principal característica dessa unidade, é a gravidade do estado clínico em que o paciente se encontra (SOUZA; SILVA; NORI, 2007; SELEGHIM et al., 2012).

As famílias e seus doentes foram encaminhados para a continuidade da atenção e intervenção em unidades básicas de saúde, e para serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares especializados. Porém, a assistência nestas unidades teve como foco as alterações físicas, sem relacioná-los aos problemas com o abuso de álcool. A atenção nas unidades primária de saúde deveria significar um momento centrado na dimensão familiar e oportuno ao empoderamento da família, com vistas ao enfrentamento do alcoolismo em serviços de base comunitária, evitando o padrão de uso e repetidas recaídas (CAMPOS et al., 2014).

As condições crônicas de saúde requerem uma abordagem de integralidade, atendendo a todas as necessidades do indivíduo. Para isso, é importante a integração dos

serviços de saúde, abrangendo a promoção de saúde, prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, a integralidade pressupõe a articulação entre as várias políticas sociais, como forma de assegurar uma ação intersetorial aos indivíduos (SOUZA et al., 2011).

Embora exista uma rede de assistência psicossocial com diretrizes e objetivos estabelecidos, os caminhos percorridos pelos usuários de drogas e seus familiares em busca de cuidados terapêuticos não coincidem necessariamente com esquemas ou fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso ou trajetória (CABRAL et al., 2011).

Nesse contexto, a busca pelo cuidado em saúde deve ser levado em consideração o contexto de vida das pessoas, principalmente, diante das possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde aos usuários com comorbidades secundárias ao abuso de álcool. Os itinerários terapêuticos são empreendidos segundo escolhas possíveis diante dos enfrentamentos cotidianos que essas pessoas vivenciam nos três subsistemas. Essas trajetórias são marcadas muitas vezes por sofrimento que pode na condição de uma doença crônica, ser intensificada (BELLATO, ARAÚJO, CASTRO, 2008).

A qualificação de redes assistenciais requer respostas às questões avaliativas que tenham o usuário, a família e a comunidade como informantes de seus cotidianos e histórias construídas em sua relação com os serviços. Superar, portanto, a compreensão da avaliação enquanto um conjunto de atividades exclusivamente técnico-científicas e operacionais - na busca por atribuir valor de eficácia e efetividade às intervenções - pressupõe atenção às lições permanentes proporcionadas pela avaliação com vistas a um planejamento mais adequado à melhoria da qualidade das atividades oferecidas, também na perspectiva das necessidades e demandas dos usuários (DUBEUX, FREESE, FELISBERTO, 2013).

Conclusão

Por ser este um estudo qualitativo, os resultados não podem ser generalizados. Entretanto, as tendências indicadas na análise dos resultados sugerem que estudos que adotam uma perspectiva biográfica podem ser úteis para identificar lacunas na construção de respostas ao abuso crônico de drogas. Quanto à questão da generalização, ainda que o

foco dos estudos qualitativos seja o universo microssocial e o aprofundamento dos fenômenos humanos, trazem uma contribuição de caráter expressivo para a ciência.

Todos iniciaram o uso de bebida alcoólica precocemente, e o tempo médio de uso era 35,5 anos, com abstinência em período não superior a um ano. Cada uma das narrativas do itinerário terapêutico traz a riqueza individual relativa às condições clínicas dos trabalhadores e o comportamento de cada família participante na trajetória terapêutica. Essas, por sua vez, se constituem em experiências singulares e individualizadas, ainda que possam se apresentar como ideias centrais em um discurso coletivo.

Diante do aparecimento dos problemas ocasionados pelo uso de álcool, iniciou-se a busca de possibilidades para o tratamento no subsistema familiar, profissional, mas os caminhos percorridos pelas famílias no subsistema profissional foram determinados por dificuldades de acesso, de coordenação do cuidado, e a utilização preferencial de dispositivos de atenção às urgências e hospitalares. Práticas religiosas foram apontada como complementares ao cuidado profissional.

O estudo permitiu avançar nos contextos do itinerário terapêutico de cinco famílias de trabalhadores usuários crônicos de bebida alcoólica. E corroborou com outros estudos que utilizam o itinerário terapêutico e as múltiplas lógicas que regem as opções para a busca de tratamento, por aspectos individuais, representações socioculturais referentes à doença e aos sistemas de cura, condições socioeconômicas e estruturais relacionadas à facilidade ou não do acesso ao sistema e cuidado à saúde.

Referências

BABOR, T.; REHM, J.; JERNIGAN, D.; VAETH, P.; MONTEIRO, M.; LEHMAN, H. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, D. C.: v. 32, n. 2, p. 151-155, 2012.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 167-185.

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. Lisboa: Porto, 1994. cap. 4, p. 150

BURY, M. Illness Narratives: fact or fiction? *Sociology of health and illness*. **Soc. of Health and Illness**, New York, v. 23, n. 3, p. 263-285, 2001.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, 2014.

CABRAL, A. L. L. V.; HEMÁEZ, A. M.; GURGEL, E. L.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011

CHARLSON, M. E.; POMPEI, P.; ALES, K. L.; MACKENZIE, C. R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. **J. Chronic Dis.**, London, n. 40, p. 373-383, 1987.

CORDEIRO, R. C.; FERREIRA, S. L.; SANTOS, F. C.; SILVA, L. C. Therapeutical itineraries for people with sickle cell anemia painful crisis face. **Rev. Enferm.**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 2, p. 179-184, 2013.

DILÉLIO, A. S.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. C. V.; PICCINI, R. X.; SILVA, S. M.; NUNES, B. P.; FACCHINI, L. A. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 31-49, 2015.

DUCAN, B.; B. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: priorities for disease management and research. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, p. 126-134, 2012.

DUBEUX, L.; S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. Routes to care – the itineraries of people living with HIV. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012.

FERREIRA, L. N.; BISPO JÚNIOR, J. P.; SALES, Z. N.; CASOTTI, C. A.; BRAGA JUNIOR, A. C. R. Prevalence and associated factors of alcohol abuse and alcohol addiction. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3409-3418, 2013.

GALDUROZ, J. C.; CARLINI, E. A. Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil—2001. **Braz. J. Med. Biol.**, São Paulo, v. 40, p. 367-375, 2007.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambui: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 5, p. 1509-1518, 2005.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. Med.**, Berkeley, v.12, no. 2, p. 85-95, 1978.

KLEINMAN, A. The illness narratives: suffering, healing and human conditions. New York: **Basic Books**, 1988. 284p.

LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **Levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2013. Disponível em: <http://inpad.org.br/_lenad-familia/>. Acesso em: 02 ago. 2016

LOPES, A. P. A. T.; GANASSIN, G. S.; MARCON, S. S.; DECESARO, M. N. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 20, n.1, p. 22-30, 2015.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANÇA, E. B. New Century. New challenges: changes in the burden of disease profile in Brazil, 1990-2010 **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 4, p.713-724, 2016.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Therapeutic Itineraries of individuals with problems consequent to harmful use of alcohol. **Interface: Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 45, p.433-44, 2013.

MARTINS, M.; BLAIS, R.; MIRANDA, N. N. Evaluation of the Charlson comorbidity index among inpatients in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 643-652, 2008.

MEDINA, C.; A. **Entrevista: o diálogo possível**. São Paulo: Ática, 1995.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementación de las intervenciones breves para casos de uso problemático de alcohol en el la atención primaria en un contexto amazónico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Petro, SP, v. 19, p. 813-820, 2011.

MONTEIRO, C. F. S.; FÉ, L. C. M.; MOREIRA, M. A. C.; ALBUQUERQUE, I. E. M.; SILVA, M. G.; PASSAMANI, M. C. Perfil Sociodemográfico e Adesão ao Tratamento de Dependentes de Álcool em CAPS-AD do Piauí. **Rev. Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

OKUMURA, Y.; SHIMIZU, S.; ISHIKAWA, K. B.; MATSUDA, S.; FUSHIMI, K.; ITO, H. Comparison of emergency hospital admissions for drug poisoning and major diseases: a retrospective observational study using a nationwide administrative discharge database. **BMJ: Open Diabetes Res. Care**, London, v. 2, n. 6, p. 1-7, 2012.

- MURRAY, C. J.; EZZATI, M. F. A. D.; LIM, S.; LOZANO, R. M. C. et al. GBD 2010: a multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. **Lancet**, London, v. 380, n. 3859, p. 2055-2058, 2012.
- OLIVEIRA, W. T.; ANTUNES, F.; INOUE, L.; REIS, L. M.; ARAÚJO, C. R. M. A.; MARCON, S. S. 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.
- SAKIYAMA, H. M. T. et al. Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: who are they? **Drug Alcohol Depend.**, Los Angeles, v. 1, no. 147, p. 276-279, 2014.
- SCHMIDT, M. ; I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, v. 377, no. 9781, p. 1949-1961, 2011.
- SELEGHIM, M. R.; MOMBELLI, M. A.; OLIVEIRA, M. L. F.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 165-173, 2012.
- SICRAS, M. A.; VALESCO, S.; NAVARRO, A. R.; BLANCA, T.; MILAGROSA, A. J. et al. Comparacion entre três métodos de medida de la multimorbilidad em funciono del uso de recursis sanitários em atencion primaria, **Aten. Primaria**, Madrid, v. 44, no. 66, p. 348-3587, 2012.
- SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S. M. B. S. The therapeutic itininerary of people with cronic respiratory problems. **Texto contexto enferm**, Santa Catarina, v. 131, p. 50-56, 2004.
- SIMONS-MORTON, B.; FARHAT, T. Recent Findings on peer group influences on adolescente substance use. **J. Prim. Prev.**, New York, v. 31, no. 4, p. 191-208, 2010
- SOUZA, K. A.; SOUZA, S. R.; TOCANTINS, F. R.; FREITAS, T. F.; PACHECO, P. Q. C. The therapeutic itinerary of patient in oncological treatment: implications for nursing practice. **Cienc. Cuidado Saúde**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 9-16, 2016.
- SOUZA, J. et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.
- SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; VASTERS, G. P.; LUIS, M. A. V. The Social Network of Alcohol Users Undergoing Treatment in a Mental Health Service. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.
- SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007.
- TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS, **Estud. Av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p.99-112, 2016.

TORCHI, T. S. et al. Clinical conditions and health care demand behavior of chronic renal patients. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 590-598, 2014.

TRAD, L. A. B.; TAVARES, J. S. C.; SOARES, C. S.; RIPARDO, R. C. Experience with treatment of high blood pressure in low-income families, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, 2010.

TRINDADE, E. M. V.; COSTA, L. F. Considerações sobre a resiliência de adolescentes filhos de alcoolistas no contexto familiar. **Comum. Cienc Saude**, Brasília, DF, v 24, n. 2, p. 179 - 188, 2012.

VIEIRA, S. G. D. M.; SOUZA, S. S.; MEIRELES, S B. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos, **Texto Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2004.

VOS, T.; FLAXMAN, A. D.; NAGHAVI, M.; LOZANO, R.; MICHAUD, C.; EZZATI, M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global burden of Disease Study 2010. **Lancet**, London, v. 380, no. 9859, p. 2163, 2012.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. **Interface: Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-447, 2012.

WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva, 2014.
Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/97892415644854_eng.pdf?ua=1>
Acesso em: 20 jul. 2016.

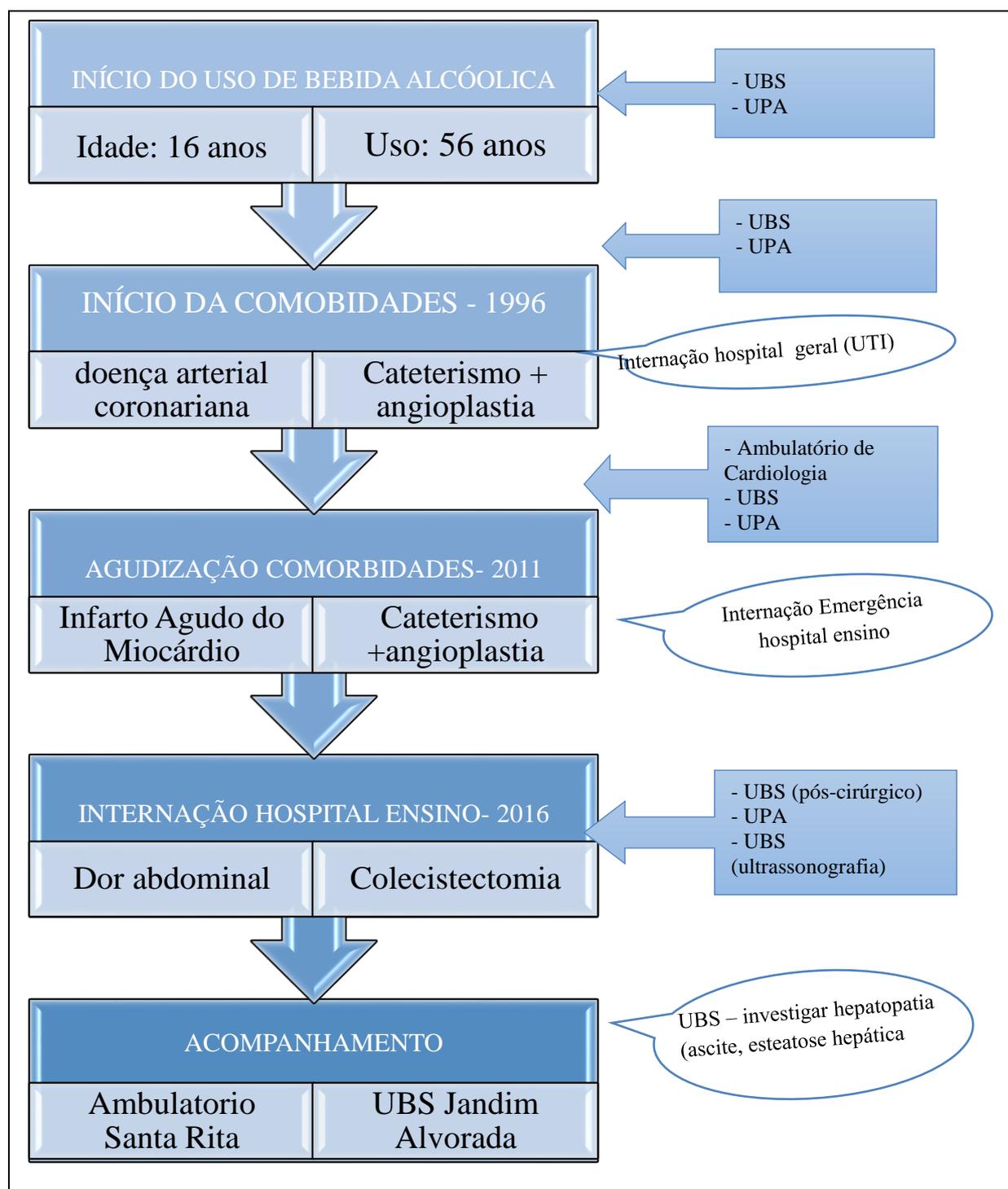


Figura 1. Itinerário Terapêutico da Família 1. Maringá – PR, 1996 a 2016.

Fonte: O próprio autor, 2016.

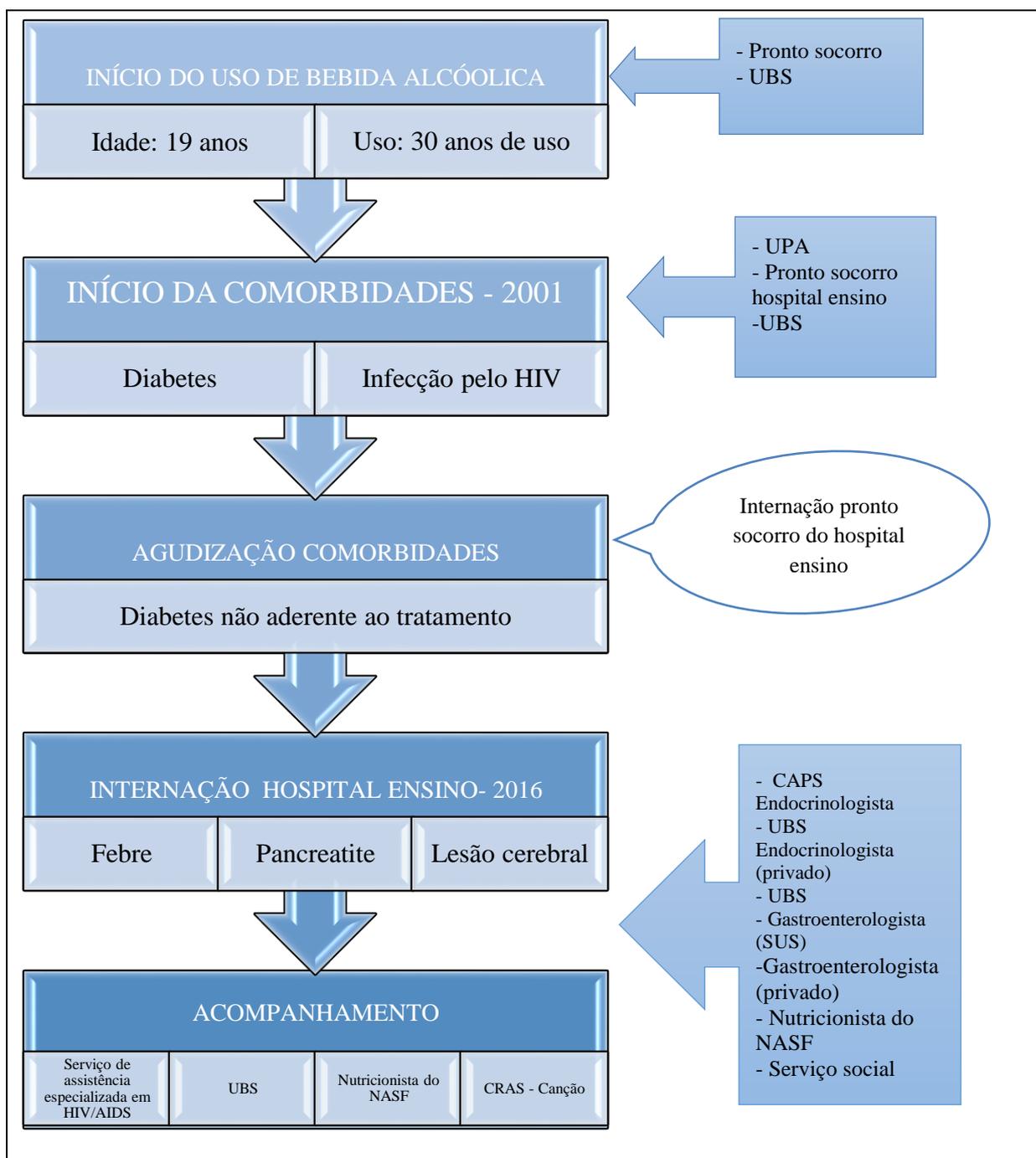


Figura 2. Itinerário Terapêutico da Família 2. Maringá – PR, 1999 a 2016.

Fonte: O próprio autor, 2016.

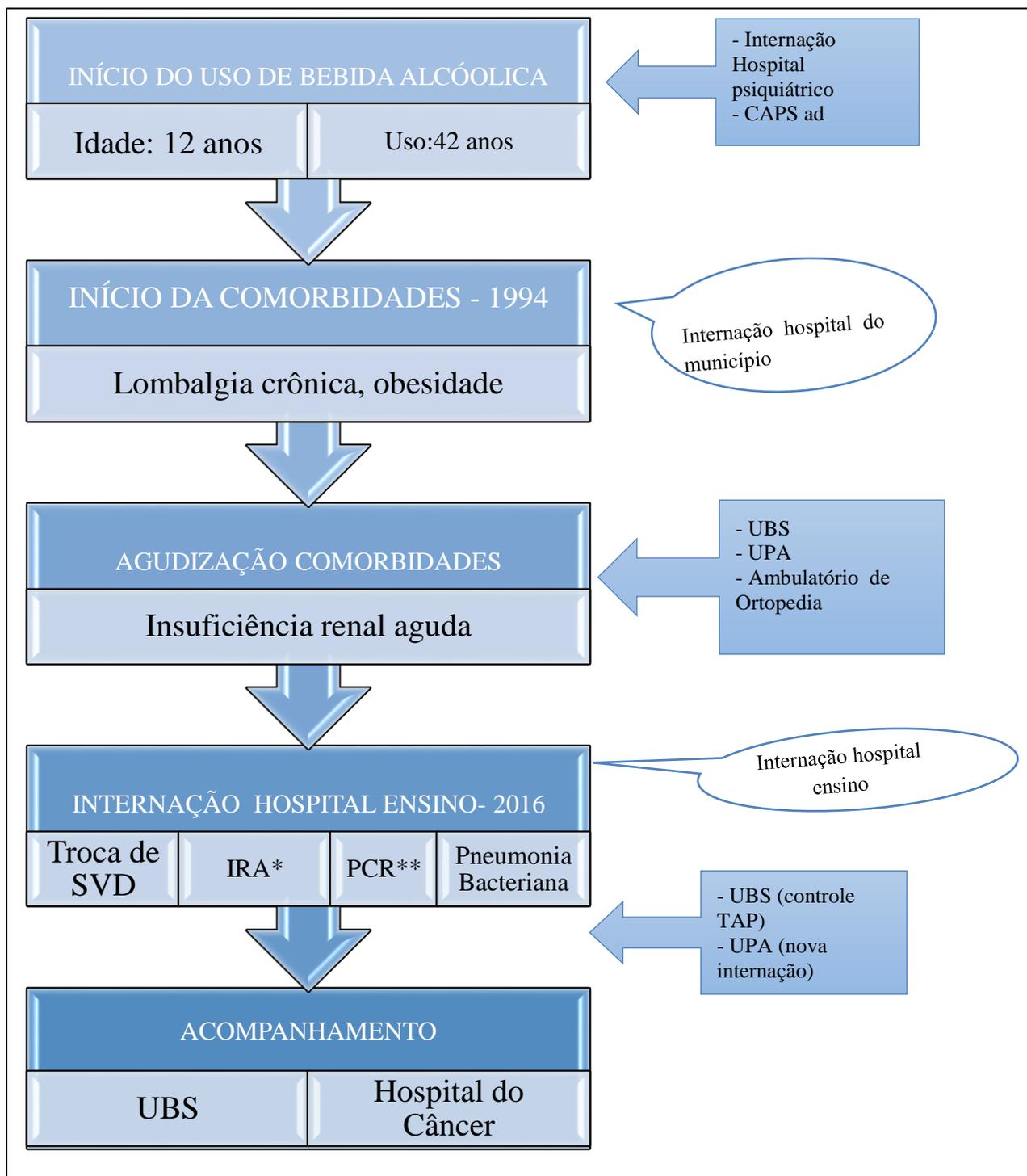


Figura 3. Itinerário Terapêutico da Família 3. Maringá – PR, 1994 a 2016.

Fonte: O próprio autor, 2016.

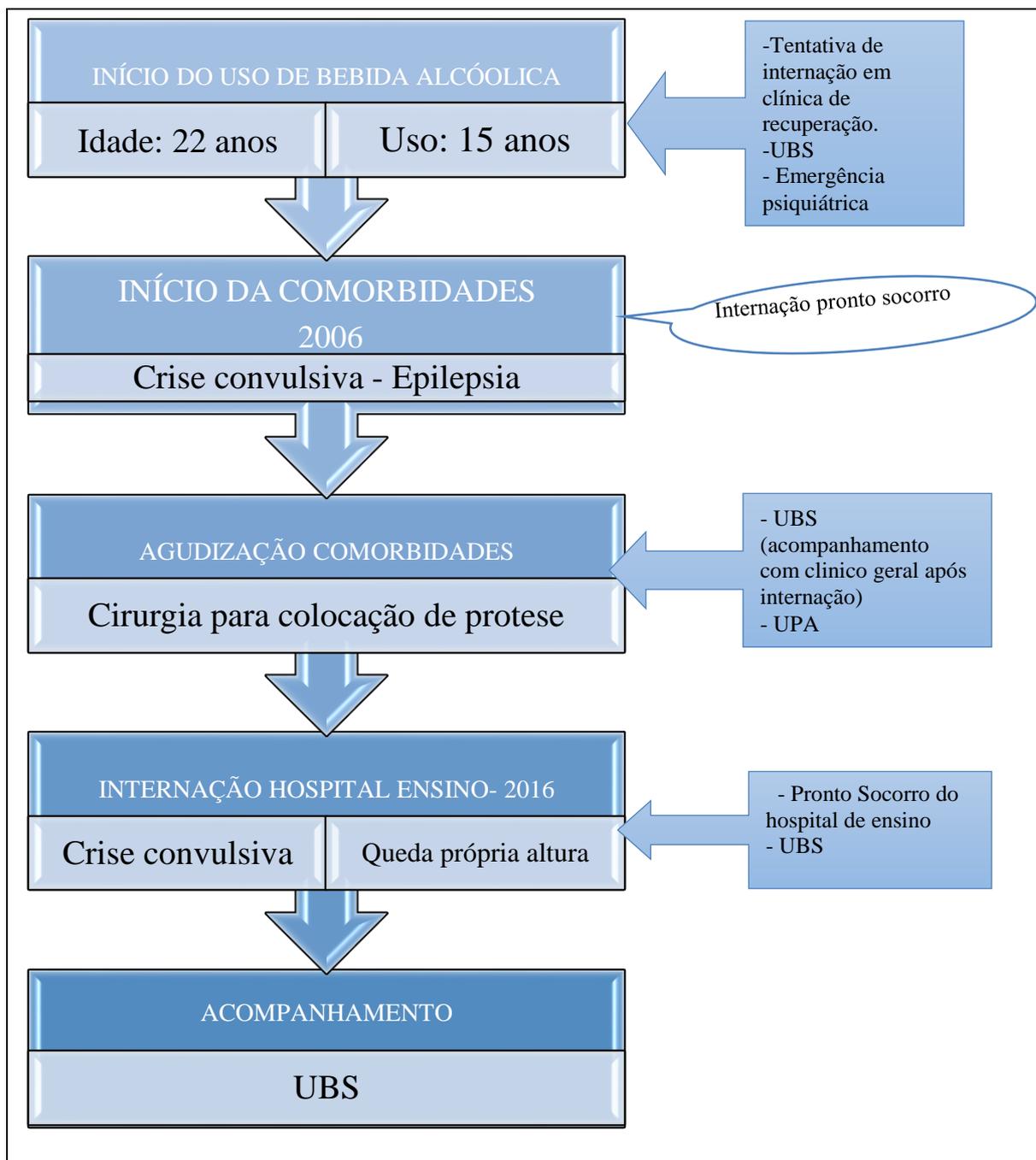


Figura 4. Itinerário Terapêutico da Família 4. Maringá – PR, 2006 a 2016.

Fonte: O próprio autor, 2016.

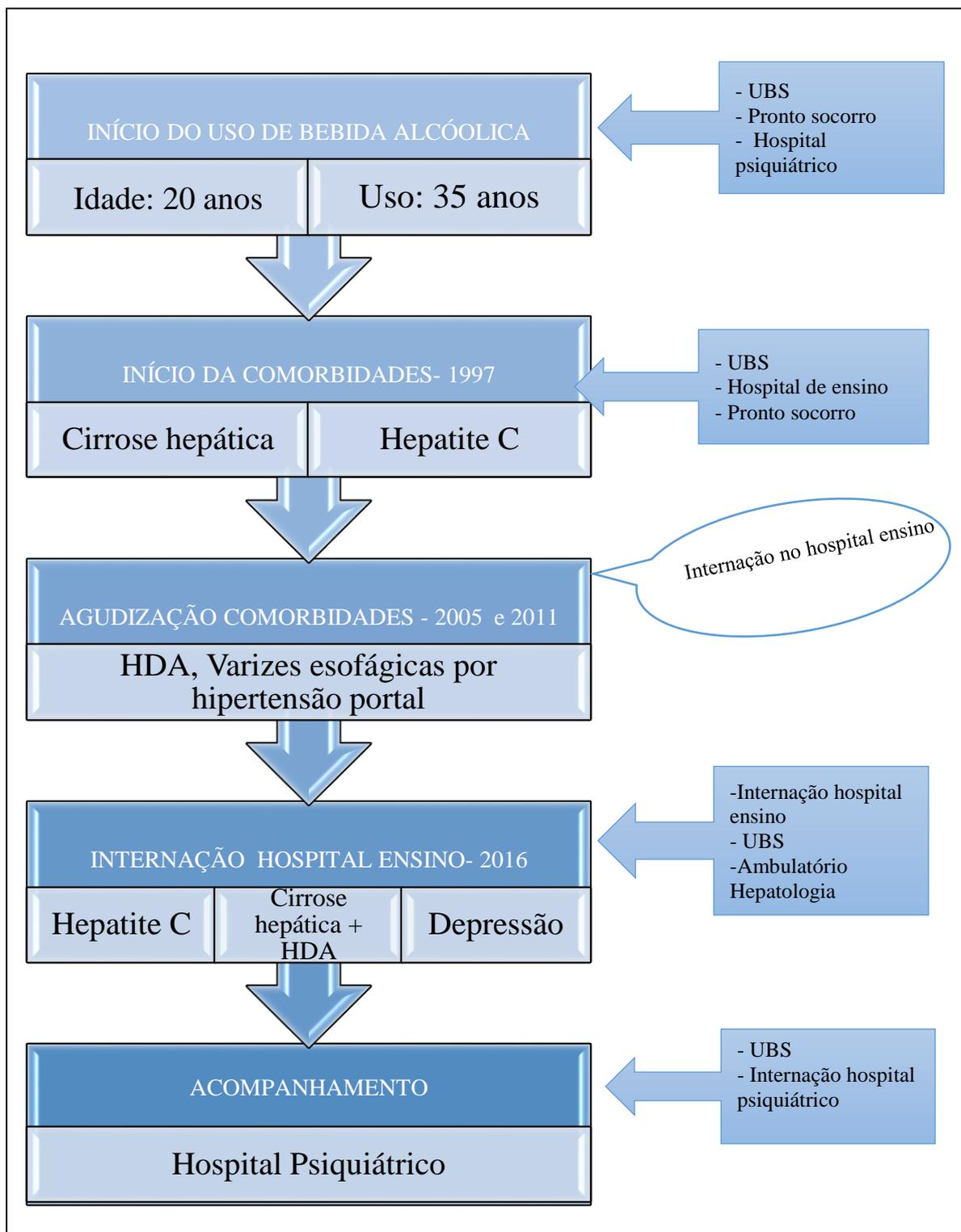


Figura 5. Itinerário Terapêutico da Família 5. Maringá – PR, 1997 a 2016.

Fonte: O próprio autor, 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo considerou o abuso crônico de álcool como marcador de condições crônicas e de comorbidades e discutiu os contextos do itinerário terapêutico de cinco famílias de trabalhadores usuários crônicos de bebida alcoólica, que convivem com o uso da bebida alcoólica por vários anos, com repercussões sociais negativas em longo prazo, com doenças crônicas não transmissíveis como comorbidades, deficiência no acesso ou vínculo com serviços primários saúde e serviços da rede atenção psicossocial para enfrentamento das drogas de abuso. E acompanharam a relação entre os anos de uso de bebida alcoólica e o agravamento da condição da saúde do familiar usuário.

No entanto, tendo a família como fonte primária da informação e a narrativa como referência, a presente pesquisa não entende o paradigma da família desestruturada como “verdade absoluta”. Considera a família não como culpada, mas como unidade básica de cuidados e, inclui a discussão de políticas públicas efetivas e humanistas para diminuição da vulnerabilidade familiar, afastando-a das dimensões apenas individuais ou familiares/sociais.

Quatro trabalhadores eram homens, com média de idade de 54,5 anos, e três não mantinham relacionamento conjugal. Somente um deles ainda estava exercendo atividade laboral; dois recebiam auxílio invalidez da Previdência Social e dois estavam desempregados. Todos iniciaram o uso de bebida alcoólica precocemente, e o tempo médio de uso foi de 35,5 anos, marcado por fases de abstinências, em período não superior a um ano, e recaídas.

Para quatro deles o Índice de Comorbidade de Charlson era maior que 4, o que indicou a gravidade da doença crônica/comorbidade e alto risco de mortalidade. Os principais motivos da internação em hospital geral com quadro de gravidade clínica, quando foram incluídos no estudo, foram as doenças crônicas gastrointestinais, principalmente pancreatite, varizes esofágicas por hipertensão portal, hepatopatia crônica, cirrose hepática, e hepatite alcoólica; doenças crônicas infecciosas - hepatite C, infecção pelo HIV, pneumonias comunitárias repetidas; e as neoplasias.

Observou-se constante busca das famílias para acesso aos serviços da Rede de Atenção às Urgências e hospitais, e baixo acesso e vínculo aos dispositivos da Rede de Atenção Primária em Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial de Saúde de base comunitária, e dificuldades para o acesso precoce, a inserção ao tratamento e a

continuidade do cuidado em serviços de atenção à saúde, em uma relação marcada pela descontinuidade, fragmentação, e falta de acesso aos níveis secundários da atenção.

Os itinerários terapêuticos conduziram à visualização da trajetória do trabalhador e de sua família pelo sistema de saúde, além dos aspectos sociais e culturais, que envolvem cada família diante da situação de adoecimento. O estudo corroborou diversos autores que trabalham com o tema itinerário terapêutico, e as múltiplas lógicas que regem as opções e os percursos do paciente em busca de tratamento, segundo aspectos individuais, representações socioculturais referentes à doença e aos sistemas de cura, condições socioeconômicas e estruturais relacionadas à facilidade ou não do acesso.

A utilização da narrativa dos caminhos percorrido nos serviços de saúde permitiu obter informações importantes a partir de um número reduzido de casos, refletindo a gravidade e a magnitude do efeito prolongado do uso de bebida alcoólica, e sugere que a atuação dos profissionais de saúde na prevenção, adesão ao tratamento e reinserção social necessitam ser fortalecidas, as famílias também necessitam de apoio frente aos contextos de fragilidade nos vínculos estabelecidos entre o serviço de saúde, o usuários e sua família. Desse modo, estratégias de prevenção ao uso de drogas devem ser implantadas com foco no fortalecimento das famílias e na (re) organização do fluxo de atenção.

8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Entre as profissões da área da saúde, a Enfermagem destaca-se por desenvolver e produzir atividades relacionadas ao cuidado, à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde. Especificamente, na atenção à pessoa humana usuária de drogas, o enfermeiro, tem o papel de identificar situações de risco relacionadas ao uso nocivo de bebidas alcoólicas e prevenção das consequências do uso, porém a dificuldade da disseminação formal de conhecimento sobre a questão droga é proporcional à amplitude necessária desse conhecimento para uma atuação efetiva e humana nesse campo e o presente estudo buscou aliar-se à essa corrente de discussão, transversal e interdisciplinar.

Na Enfermagem, diversos estudos enfatizam a necessidade de conteúdos programáticos sobre o abuso de drogas nos currículos de formação dos profissionais, principalmente metodologias assistenciais de promoção da saúde, prevenção, cuidado e reinserção social, que ainda são incipientes. Colaborar para a visibilidade do evento droga de abuso no cotidiano da enfermagem e a necessidade de conhecimento nesta área também é proposta do presente estudo.

Considerando que grande parte dos usuários de bebida alcoólica encontra dificuldades na trajetória nos serviços de saúde da atenção primária e de bases comunitárias e quando chegam às unidades de atenção às urgências é porque já apresentam complicações relacionadas ao consumo compulsivo, com gravidade clínica devido ao uso crônico, compreender o itinerário terapêutico contribui para uma atuação profissional mais convergente à situação vivenciada pelos usuários crônicos de bebida alcoólica e suas famílias. O desenho do itinerário terapêutico é uma ferramenta inovadora para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e de compreensão dos recursos sociais disponíveis à produção e gerenciamento do cuidado.

Nesse sentido, o enfermeiro, enquanto membro da equipe multidisciplinar de saúde e responsável, em grande parte, tanto por ações de atenção primária à saúde, quanto por ações específicas de saúde mental, deve atuar de forma integral no cuidado com as famílias dos usuários de drogas, no sentido de prevenir o agravamento do caso e facilitar o acesso aos dispositivos de saúde e assistência social para enfrentamento do abuso de drogas na sociedade.

REFERÊNCIAS

BABOR, T.; REHM, J.; JERNIGAN, D.; VAETH, P.; MONTEIRO, M.; LEHMAN, H. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, D. C.: v. 32, n. 2, p. 151-155, 2012.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 167-185.

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. Lisboa: Porto, 1994. cap. 4, p. 150

BURY, M. Illness Narratives: fact or fiction? *Sociology of health and illness*. **Soc. of Health and Illness**, New York, v. 23, n. 3, p. 263-285, 2001.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, 2014.

CABRAL, A. L. L. V.; HEMÁEZ, A. M.; GURGEL, E. L.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011

CHARLSON, M. E.; POMPEI, P.; ALES, K. L.; MACKENZIE, C. R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. **J. Chronic Dis.**, London, n. 40, p. 373-383, 1987.

CORDEIRO, R. C.; FERREIRA, S. L.; SANTOS, F. C.; SILVA, L. C. Therapeutical itineraries for people with sickle cell anemia painful crisis face. **Rev. Enferm.**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 2, p. 179-184, 2013.

DILÉLIO, A. S.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. C. V.; PICCINI, R. X.; SILVA, S. M.; NUNES, B. P.; FACCHINI, L. A. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 31-49, 2015.

DUCAN, B.; B. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: priorities for disease management and research. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, p. 126-134, 2012.

DUBEUX, L.; S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. Routes to care – the itineraries of people living with HIV. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012.

- FERREIRA, L. N.; BISPO JÚNIOR, J. P.; SALES, Z. N.; CASOTTI, C. A.; BRAGA JUNIOR, A. C. R. Prevalence and associated factors of alcohol abuse and alcohol addiction. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3409-3418, 2013.
- GALDUROZ, J. C.; CARLINI, E. A. Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil—2001. **Braz. J. Med. Biol.**, São Paulo, v. 40, p. 367-375, 2007.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.
- GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambui: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 5, p. 1509-1518, 2005.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. Med.**, Berkeley, v.12, no. 2, p. 85-95, 1978.
- KLEINMAN, A. The illness narratives: suffering, healing and human conditions. New York: **Basic Books**, 1988. 284p.
- LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **Levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2013. Disponível em: <http://inpad.org.br/_lenad-familia/>. Acesso em: 02 ago. 2016
- LOPES, A. P. A. T.; GANASSIN, G. S.; MARCON, S. S.; DECESARO, M. N. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 20, n.1, p. 22-30, 2015.
- MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANÇA, E. B. New Century. New challenges: changes in the burden of disease profile in Brazil, 1990-2010 **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 4, p.713-724, 2016.
- MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Therapeutic Itineraries of individuals with problems consequent to harmful use of alcohol. **Interface: Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 45, p.433-44, 2013.
- MARTINS, M.; BLAIS, R.; MIRANDA, N. N. Evaluation of the Charlson comorbidity index among inpatients in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 643-652, 2008.
- MEDINA, C.; A. **Entrevista: o diálogo possível**. São Paulo: Ática, 1995.
- MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementación de las intervenciones breves para casos de uso problemático de alcohol en el la atención primaria en un contexto amazónico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Petro, SP, v. 19, p. 813-820, 2011.

- MONTEIRO, C. F. S.; FÉ, L. C. M.; MOREIRA, M. A. C.; ALBUQUERQUE, I. E. M.; SILVA, M. G.; PASSAMANI, M. C. Perfil Sociodemográfico e Adesão ao Tratamento de Dependentes de Álcool em CAPS-AD do Piauí. **Rev. Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.
- OKUMURA, Y.; SHIMIZU, S.; ISHIKAWA, K. B.; MATSUDA, S.; FUSHIMI, K.; ITO, H. Comparison of emergency hospital admissions for drug poisoning and major diseases: a retrospective observational study using a nationwide administrative discharge database. **BMJ: Open Diabetes Res. Care**, London, v. 2, n. 6, p. 1-7, 2012.
- MURRAY, C. J.; EZZATI, M. F. A. D.; LIM, S.; LOZANO, R. M. C. et al. GBD 2010: a multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. **Lancet**, London, v. 380, n. 3859, p. 2055-2058, 2012.
- OLIVEIRA, W. T.; ANTUNES, F.; INOUE, L.; REIS, L. M.; ARAÚJO, C. R. M. A.; MARCON, S. S. 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.
- SAKIYAMA, H. M. T. et al. Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: who are they? **Drug Alcohol Depend.**, Los Angeles, v. 1, no. 147, p. 276-279, 2014.
- SCHMIDT, M. ; I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, v. 377, no. 9781, p. 1949-1961, 2011.
- SELEGHIM, M. R.; MOMBELLI, M. A.; OLIVEIRA, M. L. F.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 165-173, 2012.
- SICRAS, M. A.; VALESCO, S.; NAVARRO, A. R.; BLANCA, T.; MILAGROSA, A. J. et al. Comparacion entre três métodos de medida de la multimorbilidad em funciono del uso de recursis sanitários em atencion primaria, **Aten. Primaria**, Madrid, v. 44, no. 66, p. 348-3587, 2012.
- SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S. M. B. S. The therapeutic itinernary of people with cronic respiratory problems. **Texto contexto enferm**, Santa Catarina, v. 131, p. 50-56, 2004.
- SIMONS-MORTON, B.; FARHAT, T. Recent Findings on peer group influences on adolescente substance use. **J. Prim. Prev.**, New York, v. 31, no. 4, p. 191-208, 2010
- SOUZA, K. A.; SOUZA, S. R.; TOCANTINS, F. R.; FREITAS, T. F.; PACHECO, P. Q. C. The therapeutic itinerary of patient in oncological treatment: implications for nursing practice. **Cienc. Cuidado Saúde**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 9-16, 2016.
- SOUZA, J. et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; VASTERS, G. P.; LUIS, M. A. V. The Social Network of Alcohol Users Undergoing Treatment in a Mental Health Service. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS, **Estud. Av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p.99-112, 2016.

TORCHI, T. S. et al. Clinical conditions and health care demand behavior of chronic renal patients. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 590-598, 2014.

TRAD, L. A. B.; TAVARES, J. S. C.; SOARES, C. S.; RIPARDO, R. C. Experience with treatment of high blood pressure in low-income families, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, 2010.

TRINDADE, E. M. V.; COSTA, L. F. Considerações sobre a resiliência de adolescentes filhos de alcoolistas no contexto familiar. **Comun. Cienc Saude**, Brasília, DF, v 24, n. 2, p. 179 - 188, 2012.

VIEIRA, S. G. D. M.; SOUZA, S. S.; MEIRELES, S B. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos, **Texto Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2004.

VOS, T.; FLAXMAN, A. D.; NAGHAVI, M.; LOZANO, R.; MICHAUD, C.; EZZATI, M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global burden of Disease Study 2010. **Lancet**, London, v. 380, no. 9859, p. 2163, 2012.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. **Interface: Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-447, 2012.

WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/97892415644854_eng.pdf?ua=1> Acesso em: 20 jul. 2016.

APENDICES

APÊNDICE 1

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRABALHADORES COM INTOXICAÇÃO
ALCOÓLICA CRÔNICA

SÍNTESE DOS CASOS ESTUDADOS

F1

Caracterização do entrevistado: Esposa, uma senhora de 62 anos, com dois filhos, do lar, católica e de aparência simples.

Padrão do Uso de Drogas: Usuário faz uso de bebida alcoólica desde os 16 anos de idade. Atualmente, bebe pelo menos duas latas de cerveja, todos os dias e voltou a beber pinga. Tinha diminuído o consumo depois da última internação, agora está voltando a beber novamente. *“Ele é teimoso, os médicos já falaram que ele tem que parar de beber, mas ele para só no começo depois que tem alta, daí a pouco está bebendo de novo... E a gente não pode falar nada para ele, que ele já fica nervoso”*. A relação dele é boa com a família, mas quando faz uso da bebida, tem mudança de humor, *“ele fica muito nervoso, quando bebe, a gente não pode falar nada, que ele não aceita.”* Não teve problemas com o uso de bebida no trabalho. Na verdade, antigamente ele bebia no trabalho, mas era na época em que trabalhava na roça. Ele falava que bebia para conseguir render no trabalho. Ele já conseguiu ficar 10 anos sem beber, quando era mais jovem. Depois da internação, também ficou três meses sem beber, mas já está bebendo novamente. *“Acho que só vai parar de beber quando morrer”*. Esposa relata que usuário tem vontade de largar a bebida, mas não consegue. *“Ele não fica sem a cerveja dele não”*.

Itinerário Terapêutico: Há 20 anos, quando começou com os problemas cardíacos, doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, começou a sentir muita dor do peito, falta de ar, não dormia bem a noite. Procurou atendimento na UBS do bairro e foi encaminhado para o hospital, onde ficou internado, realizou o cateterismo e angioplastia. E a partir, daí, a esposa começou a correr com ele nos hospitais. *“Se esperasse por ele, não teria ido atrás até hoje.”* Depois de uns 10 dias internado recebeu alta e foi encaminhado para a UBS para acompanhamento, também começou a fazer acompanhamento no ambulatório de cardiologia. Em 2011, usuário teve um infarto agudo do miocárdio, e foi internado novamente, necessitando de internação em UTI, onde permaneceu por cinco dias, e recebeu alta após 10 dias de internação, com seguimento no ambulatório com o cardiologista e receitas medicamentosas de uso contínuo, como: losartana, sinvastatina, carvedilol e xarelto, porém essa última, ele não toma devido a bebida alcoólica. Recentemente, usuário começou a queixar de dor abdominal, foi atendido na UPA, medicado e liberado. Internado no HUM em janeiro, foi realizada laparotomia e visualizada vesícula necrosada, sendo necessária realização da colecistectomia, recebeu alta hospitalar após 9 dias de internação. Após a alta, ele procurou a UPA e a UBS, para realização dos curativos. Continua em acompanhamento com o cardiologista, e consultas na UBS do bairro, com o clínico geral. Atualmente, começou a queixar de plenitude gástrica, abdome globoso, e está esquecendo das coisas. Passou por atendimento com o clínico geral da UBS e foi solicitado ultrassonografia abdominal total. Realizada em 05/10/2016 que evidenciou esteatose hepática. Esposa relata que todos os serviços que procuraram o atendimento foi bom, porém, reclama da

demora em conseguir marcar os exames. Refere ainda, que não procurou ajuda em outros subsistemas de saúde (curandeiros, benzedeiros), porém, informou ainda ter muita fé e se apegar com Deus. “A gente reza, pedindo para Deus dar saúde.” “Só Deus nas nossas vidas, porque não é fácil”. “O médico já falou que ele tem que se cuidar, mas ele não se cuida. Não ouve”. A esposa relata ainda dificuldade do marido em aceitar ajuda para largar o vício. Esposa conhece os serviços disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial à Saúde, porém, acredita que nunca utilizou esses serviços.

Percepção do pesquisador: A entrevistada manteve – se cautelosa, parecia escolher as palavras ao falar sobre o consumo de bebida alcoólica do esposo. Na fala da entrevistada (esposa do usuário), pareceu que ela estava conformada com a situação do usuário. “*Ele só vai parar de beber quando morrer*”. Observou também o receio da esposa em falar do problema do esposo com a bebida alcoólica, pois ele estava junto, durante a entrevista. Várias vezes, ele pediu para que o usuário se retirasse da sala. A esposa referiu ser difícil conviver com a bebida alcoólica. “*Quando ele bebe, fica agressivo, não adianta falar com ele*”.

F2

Caracterização do entrevistado: Sobrinha, 25 anos, casada, com ensino superior completo, católica e do lar.

Padrão do Uso de Drogas: Usuário usava bebida alcoólica, desde os 19 anos de idade, consumia destilados (uísque, vodca, conhaque). Também é ex-tabagista, fumava de cinco a 10 cigarros por dia. Sobrinha desconheço o uso de outras drogas, pois tio morava em outro estado sozinho, nunca foi casado e não tem filhos. Está em abstinência há nove meses, após a internação no HUM, que começou a apresentar confusão mental e foi diagnosticado com lesão cerebral ocasionado pelo uso crônico de álcool. “*O médico falou que o álcool cozinhou o cérebro dele*”. Usuário morava sozinho em Santa Catarina, mantinha uma relação distante da família. Sobrinha refere que o tio também era depressivo, e faltava muito no trabalho, devido a ressaca. A família já sabia que usuário tinha problemas com o álcool, porém, somente quando o mesmo retornou para Maringá que a família descobriu a gravidade dos problemas de saúde do usuário. Sobrinha relatou também que o tio tinha um irmão que era alcoólatra também, e que faleceu aos 44 anos.

Itinerário Terapêutico: Usuário descobriu que tinha diabetes há 15 anos, depois também foi diagnosticado com infecção pelo HIV, sobrinha não soube referir há quanto tempo, pois o mesmo escondeu a doença da família, que só foi descobrir quando usuário ficou internado no HUM. Como usuário residia em outro estado, a sobrinha não sabia como era a trajetória do tio antes de residir em Maringá. Usuário foi atendido várias vezes na UPA, com quadro de hipoglicemia. Internou no HUM no dia 19/03, com quadro de febre, foi diagnosticado com broncopneumonia. Usuário também apresentou confusão mental e agitação durante o período de internação, sendo investigado possível síndrome de abstinência alcoólica, Encefalopatia por hipoglicemia, porém descartadas as hipóteses e usuário foi diagnosticado com lesão cerebral ocasionada pelo álcool. Permaneceu internado por 17 dias teve alta hospitalar com encaminhamento para UBS de referência, CAPS para acompanhamento com psiquiatria, endocrinologista e o para o ambulatório

do Serviço de Assistência Especializado em HIV/Aids. Porém, devido à demora em conseguir agendar consulta com o endocrinologista pelo SUS, sobrinha recorreu ao serviço privado para agendar a consulta. *“A gente precisou tirar do bolso, deixar de pagar uma conta, para conseguir marcar a consulta, por que ele precisava da insulina, e pelo SUS era muito demorado”*. Em consulta com o endocrinologista, usuário foi encaminhado para o gastroenterologista. E devido, o encaminhamento ter sido realizado pelo endocrinologista do serviço particular, a sobrinha procurou a UBS para trocar o encaminhamento, para conseguir o atendimento do especialista pelo SUS, para isso, precisou passar o familiar, em consulta com o clínico geral da unidade. Conseguiu a consulta com o especialista pelo SUS, porém não obteve resolutividade no atendimento, pois o profissional culpabilizou o usuário. *“O médico falou assim quem mandou ele beber”* Após não ter conseguido resolver o problema com o gastroenterologista do SUS, a sobrinha optou por leva-o no gastroenterologista particular, este solicitou a tomografia que visualizou a pancreatite. Também encaminhou para o serviço do NASF para acompanhamento com o nutricionista, pois familiar estava pesando 36 kg. O gastroenterologista, informou a sobrinha que familiar precisaria se alimentar por SNE, devido a desnutrição que ele estava apresentando. Sobrinha trouxe familiar para o HUM para colocação de SNE, porém paciente sacou a sonda, e não foi colocado novamente. Em seguida passou por atendimento com a nutricionista que receitou uma dieta hipercalórica, com suplemento. Sobrinha também recorreu ao serviço de assistência social, para conseguir que o SUS liberasse a realização de exames e para conseguir a dieta do tio. Atualmente, usuário faz acompanhamento na UBS, com nutricionista e com o SAE. Não obteve resolutividade, no atendimento do gastroenterologista marcado pelo SUS, pois ele não examinou o familiar, apenas falou que não tinha mais o que fazer. Sobrinha relatou que na época que o usuário ficou internado no HUM, a família chamou o padre para realizar a oração de unção, pois acreditavam que ele iria resistir, estava muito debilitado. Sobrinha acredita, que o estado de saúde do tio se agravou, por que ele demorou para buscar ajuda. *“Como o médico falou, agora ele está tratando as complicações do alcoolismo”*. A dificuldade encontrada pela família foi a demora, em conseguir as consultas com os especialistas, demora em marcar os exames, falta de colaboração da parte dos funcionários da UBS e o mau atendimento. Após a internação no HUM, usuário começou o acompanhamento no ambulatório da SAE, na UBS com a nutricionista do NASF. E também teve outras internações, devido a hipoglicemia. Em uma dessas internações, usuário retornou para casa com o acesso venoso que não foi retirado, e a sobrinha que retirou.

Percepção do pesquisador: Sobrinha precisou parar de trabalhar para cuidar do tio e pareceu cansada com a situação do mesmo, observou-se a tristeza ao falar sobre o problema de saúde do usuário, que já estava em estado avançado da doença, ocasionado pelo uso crônico de bebida alcoólica. Observou que a sobrinha sentia-se na obrigação de cuidar do tio. *“Ele nunca casou, não tem filhos, sobrou para mim cuidar”*. *“E parente da gente, não dá para deixar de lado”*.

F3

Caracterização do entrevistado: Filha, de 28 anos, solteira, católica, do lar, voltou a morar para cuidar da mesma.

Padrão do Uso de Drogas: Usuária faz uso de bebida alcoólica desde os 12 anos de idade (42 anos de duração) diariamente. Tomava pinga escondida ainda criança. Apanhava do pai, por isso começou a beber. Também já tentou suicídio com veneno de algodão. Está em abstinência há quatro meses, desde que foi diagnosticada com neoplasia hepática. *“Não é fácil... veja o que ela conseguiu com a bebida”. “É muito duro, ver minha mãe nessa situação”*. Filha relata que a mãe era muito agressiva, não aceitava ajuda, também não parava nos empregos. Foi casada quatro vezes, apanhava do marido. Os filhos saíram de casa, devido aos conflitos familiares. *“Eu sai de casa, porque não gostava da maneira como ele chegava em casa, quebrando as coisa”. Incomodava muito toda a família, toda vez que ela chega bêbada, começa a xingar todo mundo, isso não era vida.”* Filha relata que a mãe, não conseguia ficar sem beber, até quando era internada no hospital, a família ficava sabendo pelos enfermeiros que usuária, tinha pegado álcool 70% para tomar. *“Ela não conseguia ficar sem beber não, até quando era internada, ela pegava o álcool 70% do hospital misturava com água e tomava”*. *“Ele ficava muito nervosa quando não bebia a pinga dela”*. Filha relata que mãe não tinha vontade de parar com a bebida. *“Acho que se ela não estivesse doente estaria bebendo até hoje”*.

Itinerário Terapêutico: Filha relatou que usuária passou várias vezes pelo UPA, devido a problemas decorrentes ao abuso do álcool, também já por outros serviços de saúde, onde era medicada e liberada, durante algumas internações, usuária foi encaminhada para o hospital psiquiátrico, pois apresentava ideação suicida, já ficou internada três vezes neste serviço. Depois começou com o problema da coluna, tinha muita dor lombar, e foi internada várias vezes por causa da dor. Diagnosticado com lombalgia crônica. Filha também relatou que a mãe realizou cirurgia de correção da coluna, com retirada de tumor, em fevereiro de 2016, ficando internada no hospital por 15 dias, recebeu alta com encaminhamento para a UBS de referência e ambulatório de ortopedia. Após a cirurgia, usuária começou apresentar retenção urinária, e precisou colocar sonda vesical de demora - SVD. E em junho, foi atendida no HUM para realizar a troca da SVD, apresentando PCR revertida em 2 minutos, após insuficiência renal aguda, sendo internada na UTI, permaneceu por 19 dias e teve alta hospitalar com referência para UBS para controle de exames de coagulação. Filha refere que quem acompanhou a mãe durante a internação foi o padrasto e o irmão. Após a internação do HUM, filha veio morar com a mãe, para cuidar dela. E após a internação, filha refere que a mãe vivia reclamando de dor na barriga, foi internada na UPA, onde permaneceu por 25 dias, com dor abdominal e após a alta foi encaminhada para acompanhamento na UBS, e no Hospital do Câncer, realizado biopsia, e os seguintes exames, alfa fetoproteína, ecografia hepática. Filha relata que os atendimentos foram efetivos. A dificuldade que a família encontrou foi em conseguir realizar os agendamentos de exames, consultas com especialistas. *“Eles colocam que com urgência no encaminhamento e ainda assim demora mais de mês para conseguir agendar.”* A família já precisou pagar consulta com especialista devido a demora em conseguir a consulta no SUS. OS Exames que o familiar precisou realizar, a grande maioria foram pagos, ou por que o SUS não cobria, ou era demorado. A família sempre

recorreu ao atendimento hospitalar, e na UBS de bairro. Porém, a paciente, já procurou benzedadeiras, que orientava alguns chás, que ela tomava. Nos serviços de saúde que foi atendida, não houve dificuldade apesar da demora. *A dificuldade maior é ver ela nesse estado, passando por todo esse sofrimento.* Após a internação do HUM, usuária foi diagnosticada neoplasia hepática, aguardava biópsia para iniciar tratamento. Última consulta com oncologista foi no mês de novembro consulta para mostrar os exames. A filha conhece os serviços da rede de atenção ao alcoolista. A mãe já foi internada encaminhada para o CAPS ad, quando recebia alta do hospital psiquiátrico, mas não fazia acompanhamento.

Percepção do pesquisador: Filha apresentava tristeza ao relatar a história da mãe. Chorando em alguns momentos durante a entrevista e pareceu cansada da com a rotina de cuidados com a mãe. A filha não quis que a entrevista ocorresse dentro da casa, com receio da mãe ofender a entrevistadora e por receio da mãe não permitir a entrevista. Percebe-se a sobrecarga que está sobre a filha, que se mudou para casa da mãe para assumir o papel de cuidadora. A entrevistada conversou muito com a entrevistadora, parecia querer desabafar. E durante toda a entrevista, a filha manteve uma expressão de tristeza quando falava da situação da mãe. Percebendo o sofrimento da filha durante “É muito difícil conviver com o alcoolismo.” Entrevistada chora ao relatar o sofrimento de conviver com familiar alcoolista.

F4

Caracterização do entrevistado: Irmão, 25 anos de idade, solteiro, desempregado, católico, com 12 anos estudados.

Padrão do Uso de Drogas: Iniciou o uso de bebida alcoólica com aproximadamente 18 anos, por influência dos amigos, bebe pinga, todos os dias. Também é tabagista. Voltou a beber recentemente, antes não estava consumindo bebida alcoólica, pois precisou ser submetido recentemente, a uma cirurgia ortopédica. Porém voltou a beber novamente. “Ele não está nem aí com nada não, fica um tempo sem beber, mas ele é sem vergonha, volta de novo, não tem força de vontade de parar”. Ele fica agressivo quando bebe. Tem relação conflituosa com o pai. Ao se casar diminuiu o uso da bebida alcoólica, porém logo voltou a beber nos bares. Tinha uma relação conjugal estável (amasiado), da qual originou uma filha, mas se separou há um ano, devido a uma vivência conflituosa, inclusive com episódios de agressão física entre o casal. Desde então, foi morar com os pais, não tem nenhuma relação com a filha. E é a avó que pagava a pensão da neta. Pois filho, não está trabalhando. Já foi demitido dos últimos três empregos, devido ao consumo de bebida alcoólica no serviço, e por não comparecer ao serviço. No entanto, devido à ausência de atividades geradoras de renda, pede dinheiro à mãe ou a outras pessoas conhecidas para manter o vício. Apresenta um comportamento de isolamento familiar, com brigas constantes como pai. Ele foi demitido dos empregos, pois ficava mais de três dias sem comparecer no trabalho, por que estava nos bares bebendo. Agora, está desempregado. Já ficou oito meses sem beber, porém voltou novamente. Ele voltou a beber quando começou a trabalhar em uma borracharia, pois os outros colegas de trabalho também consumia bebida alcoólica, depois que saiam do serviço. A partir disso, ele

começou a ficar nos bares depois que saía do trabalho e passou a beber no trabalho também, sendo demitido. “Sinceramente, ele não tem vontade de parar de beber”. “Não vejo esforço da parte dele, minha mãe e meu pai já tentaram ajuda-lo, mas ele não quer ser ajudado”.

Itinerário Terapêutico: Há aproximadamente 19 anos, quando ele voltou a morar na casa dos pais, após separação da esposa. A partir, disso, começou a beber pinga descontroladamente, passava dias sem comer e amanhecia bebendo. Saía de casa e, muitas vezes, retornava com sintomas da intoxicação por bebida alcoólica, os vizinhos que o encontrava e avisava a família, sobre o paradeiro dele . Já sofreu várias quedas, com escoriações na cabeça, após crise convulsiva. “Sempre que ele bebe, ele tem crise convulsiva”. Ele passou por várias internações no Pronto Socorro do HUM, devido a quedas da própria altura, após crise convulsiva. Todas as vezes, ele foi encontrado caído, na rua, a família chamava o SAMU e ele era internado no HUM. A família também já tentou interna-lo na clínica de recuperação, porém não conseguiu o internamento. Recorreram a UBS do bairro, passando com clínico geral, que encaminhou para o hospital psiquiátrico, onde foi internado mais de três vezes, porém sempre que retornava para casa voltava a beber. Em junho, paciente teve nova internação no Pronto Socorro, devido à crise convulsiva, ocorrida na residência, teve queda da própria altura com ferida cortante em orelha. Foi chamado o SAMU, e ele permaneceu internado dois dias no PS/HUM. E há aproximadamente uns dois meses, foi internado no hospital, para realização de cirurgia de artroplastia do quadril, pois estava com quadril “desgastados”. Após a cirúrgica, foi feito acompanhamento na UBS do bairro, para troca de curativo, e aquisição de medicamentos. No momento, usuário não está fazendo nenhum tipo de acompanhamento, pois ele não aceita ajuda. “Não tem coragem para procurar ajuda”. “Ele só aceita ser internado quando é encaminhado pelo hospital, ou quando o postinho encaminha, mas se é minha mãe que corre atrás ele não vai”. O atendimento que ele teve foi bom. “É ele que tem que querer ser ajudado”. “Os hospitais e a minha mãe já fazem a parte deles”. A mãe que corre atrás dos atendimentos para o filho, mas sempre recorre ao serviço de saúde. Porém, ela é muito católica, e também coloca o nome dele nas novenas, para oração. A dificuldade é ele aceitar ajuda, o pai e a mãe já tentaram interna-los. Evitam consumir bebida alcoólica nos almoços familiares, ou não levam o filho nos eventos que tem bebida alcoólica. Porém, irmão, não sabe como ele compra a bebida alcoólica, pois não trabalha. Não mudou comportamento, continuou com o uso de bebida alcoólica, e não seguiu as orientações do médico para manter as medicações, de uso contínuo. “Minha mãe não sabe mais o que fazer com ele”. “Agora mesmo ele está em casa, dormindo desde cedo”. A família conhece os serviços de atenção ao alcoolista. E o irmão já foi internado no Hospital Municipal, e tentado internamento na clínica de reinserção e reabilitação social porém não conseguiram. O entrevistado, referiu que é a mãe que tem conhecimento sobre os serviços de atenção ao alcoolista disponíveis, pois é ele quem está sempre procurando tratamento nestes serviços.

Percepção do pesquisador: Entrevistado muito objetivo e pareceu indiferente com a situação do irmão, com o uso de bebida alcoólica, na fala do entrevistado percebe-se que há conflito familiar muito grande. “Quando a gente sai para algum almoço com a família, meu pai o deixa em casa, por que sempre tem cerveja, e ele tem medo do meu irmão dar trabalho”. “Ele está na quarto, bêbado, dormindo uma hora dessa”. Não sei onde arruma dinheiro para comprar bebida, por que não trabalha e meus pais não dá”. Observou que o irmãos mantem um relacionamento distante. Não reconhece o situação do usuário como problema de saúde, e sim como escolha dele. Percebe-se na entrevista, que há conflito familiar muito grande, mostrando que a bebida alcoólica altera a estrutura

familiar, uma vez que o usuário voltou para casa dos pais, depois de ter separado da esposa.

F5

Caracterização do entrevistado: Ex-esposa, 47 anos, tem dois filhos com o ex-marido, diarista, com quatro anos estudos, evangélica.

Padrão do Uso de Drogas: Ele faz uso de bebida alcoólica, desde os 20 anos de idade. Ele bebe pinga, e toma outras coisas quando não tem dinheiro para comprar a bebida, já ///chegou a beber gasolina. “Ele amanhece bêbado.” Usuário foi internado no hospital psiquiátrico, há quase dois meses. Internou porque estava, muito agressivo, quebrando as coisas de dentro de casa. “Ele só fica sem beber desse jeito, quando é internado, quando sai, a gente até pensa que ele vai parar, mas ele não para não.” “É só pela misericórdia de Deus, porque o alcoolismo acaba com a pessoa e com a família também”. Ele tem uma relação difícil com a família, é divorciado, tem dois filhos. O motivo da separação conjugal, foram os conflitos gerado pelo uso da bebida alcoólica. Estava morando de favor, com a ex-esposa, em um “quartinho” nos fundos da casa, pois não tinha para onde ir. E irmão, também não quis saber dele, Arrumava brigas na rua, apanhava. Também já perdeu o emprego, pois chegava bêbado no trabalho. “É bem complicado, muito difícil, tem afetado muito toda família, os filhos tem muito magoa dele, principalmente, o mais novo.” Usuário tinha dificuldade em parar no emprego, por causa da bebida alcoólica. *“Já perdeu o emprego várias vezes, por causa da bebida e arranjava confusão no trabalho”*. . *Há muito tempo que o usuário está nessa situação. “Não me lembro quando foi a última vez que ele não estava bêbado”*. *“Teve uma época, que ele falava para os filhos que não estava bebendo mais, logo depois da internação da última internação no HUM, mas depois a gente mesmo encontrava ele nos bares”*. Ex- esposa relata que usuário não tinha vontade de parar com a bebida. *“Estava muito difícil conviver com ele dentro de casa”*. Usuário tem um irmão que reside próximo à casa da família, mas ele também não aceita o irmão na residência.

Itinerário Terapêutico: Há aproximadamente uns 20 anos, ele começou a beber nos bares, dormia fora de casa, não aparecia no trabalho. Voltava para casa bêbado, sujo, machucado, porque apanhava na rua. Usuário passou várias vezes por internamentos no Hospital Municipal de Maringá, na ala da psiquiatria. Foi atendido na UPA, na UBS do bairro. E em 2011, paciente ficou internado no HUM, depois de apresentar hemorragia digestiva alta, necessitando de transfusão de sangue, e internamento na UTI. Foi diagnosticado com cirrose hepática alcoólica, varizes esofágicas. Depois começou a fazer acompanhamento ambulatorial de hepatologia do HUM. Também foi encaminhado para a UBS de referência, onde foi atendido pelo clínico geral. Em abril de 2016, ficou internado novamente no HUM, depois de apresentar hemorragia digestiva alta, a esposa chamou o SAMU, que o encaminhou para a emergência do Pronto Socorro do HUM. Em junho de 2016, durante atendimento no ambulatório de hepatologia do HUM, usuário foi internado, pois estava apresentando há 20 dias, melena e dispneia ortostática. *“Já tinha uns 20 dias, que ele estava muito mal, não dormia a noite com falta de ar, falava que estava oibrando sangue”*. Permaneceu internado por sete dias, após alta hospitalar retornou com acompanhamento no ambulatório de hepatologia. Entrevistada

relata que toda vez que procurou o HUM o usuário foi bem atendido. Não tenho que reclamar do HUM, o atendimento deles é excelente, toda vez que precisamos, ele foi atendido, a gente era informado do que estava acontecendo, eles deixavam ficar um acompanhante com ele. E todos os outros serviços que a família levou o usuário houve efetividade para o problema daquele momento. Porém, a ex-esposa referiu dificuldade em conseguir atendimento na UBS e dificuldade para conseguir interna-lo. A família sempre tentava interna-lo, e conseguia o encaminhamento, mas demorava para conseguir a vaga no hospital psiquiátrico. E quando o usuário passa mal a família liga para o SAMU, que o encaminha para outros serviços de saúde. Entrevistada relata que a família nunca recorreu a outros tipos de serviços e refere buscar ajuda em Deus, tem muita fé. “Eu entrego nas mãos de Deus, e peço para Ele me dá forças para poder ajuda-lo”. Usuário já foi internado outras vezes no HUM e no UPA, devido a cirrose hepática. E recentemente, começou com delírios, referindo que tinham pessoas querendo mata-lo e que estavam dentro de casa, por isso foi internado no Hospital Psiquiátrico de Maringá, onde está agora. Família tem conhecimento sobre os serviços de atenção ao alcoolista, e sempre recorre a esses serviços. “E há quase uns três meses, usuário estava muito transtornado por causa da bebida alcoólica, começou a apresentar alucinações. “Ele falava que tinha gente querendo mata-lo”. Trancava a casa, falava que não era para deixar levar ele.”

Percepção do pesquisador: Entrevistada (ex-esposa do usuário), recebeu a entrevistadora com cortesia. Observou durante a fala da entrevistada o sofrimento e estresse em que se encontrava, por conviver com o usuário de bebida alcoólica dentro de casa, referindo alívio por este estar internado. “*Não tinha mais paz dentro de casa, eu tinha medo de ficar sozinha em casa com ele*”. “*Graças a Deus conseguimos interna-lo*”. Entrevistada relatou vários episódios de agressões físicas e comprometimento dos vínculos afetivos. “*Ele bebia e ficava agressivo, queria bater em todo mundo*”. A entrevista aconteceu no portão da casa, entrevistado não convidou a entrevistadora para entrar. Percebe-se que a situação do usuário de bebida alcoólica, causou sofrimento em toda a família, e a internação foi a última opção que a família encontrou para ajudá-lo.

APÊNDICE 2

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRABALHADORES COM INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA CRÔNICA

**Roteiro de Coleta de Dados de Documentos Hospitalares (Ficha de Ocorrência
Toxicológica e Prontuário Hospitalar)** (Adaptado de Guedes, 2015)

Caso nº Unidade: _____ Data: / ____ /2015

Caracterização do Trabalhador

Data da ocorrência da intoxicação: ____/____/____

Identificação (iniciais): _____ Idade: _____ Sexo: F M

Profissão/Ocupação _____ Escolaridade: Analfabeto Ensino
Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo

Filhos: Não Sim, quantos?

Situação ocupacional: Empregado desempregado

Ocupação no dia da internação: _____

Ocupação atual: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Evento toxicológico

Tipo de ocorrência: _____

Circunstância da ocorrência: _____

Local da ocorrência: _____

Agente tóxico: _____ Álcool + outros: Quais? _____

Data da ingesta ou entrada no PS: _____

Sinais e sintomas:

() Efeitos neurológicos: _____

() Efeitos cardiovasculares: _____

Admissão: _____

Tratamento: _____

Exames complementares: _____

Evolução e desfecho clínico do caso (duração da internação)

Alta hospitalar:

Registro Médico: _____

Registro de Enfermagem: _____

Registro de Outros Profissionais: _____

Referência/Contrarreferência: _____

—

APÊNDICE 3

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRABALHADORES COM INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA CRÔNICA

Roteiro de Entrevista Domiciliar - Familiar

Caso nº _____ Data: ___/___/2016

Horário de início: _____ Término: _____

CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

Iniciais: _____ Data de nascimento ___/___/___ Sexo Masculino Feminino

Raça/cor Branca Preta Amarela Parda Indígena

Estado conjugal Solteiro (a) Casado Separado/Divorciado Viúvo (a) Outro _____

Escolaridade Não alfabetizado Total de anos estudados/Série _____

Ocupação/Situação profissional _____ Renda mensal da família: () 1 a 3 () 3 a 5 () acima de 5

Casa: () Própria () Alugada () Outro _____

Tem algum problema de saúde (sintomas/doenças): _____

Faz tratamento para estes problemas / Local _____

Unidade Básica de Saúde de Referência/Equipe Saúde da Família _____

Possui plano de saúde: () Não () Sim, Qual: _____

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____

Endereço _____ Bairro _____ Telefone _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: Masculino Feminino

Estado conjugal: Solteiro (a) Mora junto Casado Separado/Divorciado Viúvo (a) Outro

Escolaridade Não alfabetizado Total de anos estudados/Até que série _____

Situação profissional _____

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Pessoas que habitam o mesmo domicílio _____

Vínculo	Idade	Ocupação	Escolaridade	Uso de drogas/Quais?

Padrão do Uso de Drogas

1. Quais drogas ele usa (cigarro, álcool, maconha, crack, e outras) / Frequência / Qual é a mais usada / Há quanto tempo faz uso?

2. Atualmente, ele ainda ingere bebida alcoólica? Se não, qual motivo o fez parar?

3. Como é o comportamento do usuário na família, no trabalho e na sociedade?

4. Como adquire a bebida alcoólica / Qual a fonte de dinheiro usada para comprar a droga?

5. Ele conseguiu ficar quanto tempo sem consumir bebida alcoólica/ Porque voltou a usar?

6. Você acha que seu familiar gostaria de parar de usar drogas e se tratar?

Itinerário Terapêutico/Trajectoria

- 1 Quando iniciaram os problemas com o uso de bebida alcoólica?

- 2 Quando iniciaram os problemas de saúde física relacionados ao uso de bebida alcoólica de seu familiar?

- 3 Que tipo de ajuda você procurou para solucionar o problema de saúde de seu familiar?

- 4 E você obteve resolutividade para o seu problema de saúde nesses lugares que você procurou?

- 5 Conte-me sobre sua trajetória pelos serviços de saúde e outros serviços na tentativa de solucionar o problema de saúde de seu familiar, a partir do momento que começaram a surgir os sintomas da doença.

- 6 Quais as diferentes escolhas de tratamento você recorreu? (Setor Informar-automedicação, tratamento recomendado por familiares, amigos, ou pessoas conhecidas, chás, Setor Popular- procura por curandeiros, benzedeiras, igrejas, Setor Profissional – unidade básica de saúde, CAPS AD, pronto socorro, Consultório médico, hospitais e farmácias).

- 7 Que dificuldades você encontra para solucionar os problemas de saúde relacionados ao uso de bebida alcoólica de seu familiar?

- 8 Você tem conhecimento sobre os serviços disponíveis para pessoas alcoolistas? (Rede de Atenção Psicossocial)

Continuidade do Cuidado: Tratamento Ambulatorial

(Adaptado Brasil, 2010)

1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde” é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?
 - Com certeza, sim
 - Provavelmente, sim
 - Provavelmente, não
 - Com certeza, não
 - Não sei / não lembro

2. O “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?
 - Com certeza, sim
 - Provavelmente, sim
 - Provavelmente, não
 - Com certeza, não
 - Não sei / não lembro.

3. O “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?
 - Com certeza, sim
 - Provavelmente, sim
 - Provavelmente, não
 - Com certeza, não
 - Não sei / não lembro.

4. O “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para o problema de saúde?
 - Com certeza, sim
 - Provavelmente, sim
 - Provavelmente, não
 - Com certeza, não
 - Não sei / não lembro.

5. O “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?
 - Com certeza, sim
 - Provavelmente, sim
 - Provavelmente, não
 - Com certeza, não
 - Não sei / não lembro.

APÊNDICE 4**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FAMÍLIAS DE TRABALHADORES COM
INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA CRÔNICA****Roteiro de Observação Domiciliar** (Adaptado de Guedes, 2015).

Caso nº _____ Data: ___/ ___/2016

Horário de início: _____ Término: _____

1. Condições da moradia (tipo - alvenaria, madeira, outra; condições habitacionais e higiênicas)
2. Retratos dos sujeitos (Aparência física, estilo de falar e de agir, particularidades dos indivíduos).
3. Reconstruções do diálogo (Anotações das palavras dos sujeitos, seus gestos, pronúncias e expressões).
4. Presença de bebida alcoólica no domicílio

APÊNDICE 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa faz parte de um trabalho de Dissertação de Mestrado e tem como título: **Itinerário terapêutico de trabalhadores com intoxicação alcoólica crônica**. Convidamos você a participar deste estudo orientado pela Prof^a. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O presente estudo objetiva Conhecer o itinerário terapêutico de trabalhadores com intoxicação crônica por álcool. 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^a. 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:

Lias Fernanda Ferreira da Silva. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Fone: (44)9715-4963.

Endereço: Estrada Cooperativa, KM01, zona rural, CEP: 89600-000 –Marialva- 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) 3261-4444E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

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



**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 <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÔNICO <input type="checkbox"/> INDETERMINADO <input type="checkbox"/> IGNORADO
HORÁRIO DE ENTRADA NO PS ____ : ____ hs.	

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 3

Escala de Comorbilidad de Charlson

Escala de Comorbilidad de Charlson		
Infarto de Miocardio (se excluye cambios EKG sin antecedentes médicos)		1
Enfermedad coronaria		1
Insuficiencia Cardíaca Congestiva		1
Enfermedad Vascul ar Periférica (incluye Aneurisma de Aorta 6 cm)		1
Enfermedad Cerebrovascular		1
Hipertensión arterial		1
Alcoholismo		1
Enfermedad tromboembólica		1
Arritmia		1
Demencia		1
EPOC		1
Enfermedad del tejido conectivo		1
Úlcus péptico		1
Hepatopatía Leve (sin hipertensión portal incluye hepatitis crónica)		1

Diabetes mellitus sin evidencia de afectación de órganos diana		1
Hemiplejía		2
Enfermedad Renal moderada-severa		2
Diabetes con afectación de órganos dianas (retinopatía, nefropatía, etc.)		2
Tumor sin metástasis (excluir si > 5 años desde el diagnóstico)		2
Leucemia (Aguda o Crónica)		2
Linfoma		2
Enfermedad Hepática moderada o severa		3
Tumor Sólido con metástasis		6
SIDA (no únicamente HIV positivo)		6

ANEXO 4



Universidade Estadual de Maringá
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão.



Solicitação nº 50/2016 -AEPE

Requerente: **Lais Fernanda F. da Silva**

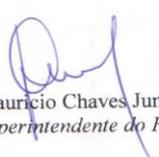
Atividade: **Itinerário terapêutico de trabalhadores com intoxicação alcoólica crônica.**

Orientador(a): **Magda Lúcia Felix de Oliveira**

Período : **01/05/2016 a 31/08/2016**

PARECER FAVORÁVEL: **SIM** **NÃO**


Prof. Sérgio Seiji Yamada
Assessor Especial Ensino, Pesquisa e Extensão


Prof. Mauricio Chaves Junior
Superintendente do HUM

ANEXO 5

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRABALHADORES COM INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA CRÔNICA

Pesquisador: Magda Lúcia Félix de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55923916.9.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.606.056

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o itinerário terapêutico de trabalhadores com intoxicação crônica por álcool.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo e longitudinal, de natureza qualitativa, com narrativa dos caminhos percorrido nos serviços de saúde por trabalhadores com efeitos crônicos da intoxicação por álcool. Como referencial teórico metodológico serão utilizados elementos do referencial de Itinerário Terapêutico, que procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde, a partir do surgimento de um ou mais sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como tal. O estudo será realizado no município de Maringá-PR, com trabalhadores internados no Hospital Universitário Regional de Maringá – HUM (Pronto Socorro, Enfermarias da

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br