



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

**FLÁVIA ANTUNES**

**VIVÊNCIA DE CUIDADORES FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL QUE  
NECESSITARAM DE INTERNAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA**

**MARINGÁ  
2012**

**FLÁVIA ANTUNES**

**VIVÊNCIA DE CUIDADORES FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL QUE  
NECESSITARAM DE INTERNAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA**

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

Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde

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

**MARINGÁ  
2012**

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

A636v	<p>Antunes, Flávia</p> <p>Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva / Flávia Antunes. -- Maringá, 2012. 156 f. : il.</p> <p>Orientador: Profa. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.</p> <p>1. Cuidadores. 2. Família. 3. Bebidas alcoólicas. 4. Unidades de terapia intensiva. 5. Realções familiares. 6. Enfermagem. I. Oliveira, Magda Lúcia Félix de, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.</p> <p>CDD 22.ed. 610.73</p>
-------	---

FLÁVIA ANTUNES

**VIVÊNCIA DE CUIDADORES FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL QUE  
NECESSITARAM DE INTERNAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA**

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

---

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

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Silva Marcon  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

## **DEDICO**

À Deus, pois nada na vida se justifica sem sua presença.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Glademir e Rosana que sempre me ofereceram o melhor que puderam, me apoiaram, incentivaram e lutaram para que eu me tornasse uma pessoa de bons princípios.

À meu irmão, Thiago, que mesmo distante, sempre compartilhou de minhas alegrias, felicidades e conquistas, me auxiliando sempre que podia.

À meu namorado, Carlos Eduardo, cujo incentivo e apoio nos estudos foram essenciais, sempre paciente e compreensivo nas minhas ausências.

À todos meus familiares e amigos que vibraram e torceram comigo em cada etapa aqui alcançada.

Aos meus colegas de curso, Aroldo e Lúcia, por terem sido verdadeiros companheiros de trabalho, nas horas boas e ruins.

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

À equipe da unidade de Terapia Intensiva para adultos do Hospital Universitário Regional de Maringá, por compreenderem minhas ausências e terem lutado para cobrir a escala de trabalho.

À professora Maria Angélica Pagliarini Waidman (*in memoriam*), exemplo de mulher e mestre. Seus ensinamentos contribuíram muito para a realização deste trabalho. Você vai estar sempre presente.

Aos que participaram desse estudo, por me receberem tão bem em seus domicílios em momentos de tamanha vulnerabilidade, contribuindo com a realização desta Pesquisa.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Magda, que sempre esteve presente em minha vida acadêmica e profissional, concedendo a honra de me orientar nessa caminhada, compartilhando seus conhecimentos e contribuindo imensuravelmente com meu aprendizado e crescimento.

Considero a família e não o indivíduo como o verdadeiro elemento social.

(Honoré de Balzac)

ANTUNES, Flávia. **Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva.** 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2012.

## RESUMO

São frequentes as internações hospitalares de pacientes por complicações agudas ou crônicas do abuso do álcool. No entanto, a internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) representa um momento crítico e de difícil experiência para os usuários dessa droga e seus familiares, pois significa que o problema do abuso do álcool tomou dimensões maiores em suas vidas, com possibilidade de sequelas e a morte como desfecho. Em revisão integrativa, realizada previamente ao trabalho de campo, a partir dos descritores “família” e “usuário de álcool” combinados, foram encontradas 13 publicações que contemplavam as relações familiares de usuários de álcool, um número pequeno diante da importância do tema, fundamental para subsidiar a prática clínica e o cuidado de enfermagem. Diante dessas considerações, o presente estudo objetivou compreender a vivência de cuidadores familiares de pacientes usuários de álcool que estiveram internados em terapia intensiva. Estudo exploratório-descritivo, com abordagem de pacientes com diagnósticos médicos associados ao uso agudo ou crônico de álcool que foram internados em Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital ensino da região Noroeste do Paraná no período de janeiro a dezembro de 2011. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com dez cuidadores familiares dos pacientes. Os dados quantitativos, para caracterização dos usuários de álcool, cuidadores familiares e famílias foram descritos em frequência absoluta, e para análise dos dados qualitativos, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática. O cotidiano do cuidado domiciliar a usuários de álcool foi reunido em três unidades de análise - Atividades do cuidar antes e após a internação em terapia intensiva; O cuidar de um membro familiar usuário abusivo de álcool; O apoio familiar como facilitador no processo de cuidar. Quanto aos sentimentos expressados pelos cuidadores familiares, demarcaram-se duas unidades de análise - A internação dos usuários de álcool em UTI: a dor e o sofrimento de seus cuidadores familiares; A religiosidade como forma de enfrentamento ao sofrimento. Em relação aos usuários de álcool, a maioria era do sexo masculino, com média de idade de 45,1 anos, divorciados, de baixa escolaridade e fora do mercado de trabalho. Todos foram internados por efeitos da intoxicação alcoólica crônica, a média da internação hospitalar foi de 40,3 dias e ocorreram três óbitos. Cinco famílias apresentavam renda inferior a três salários mínimos e a dependência química do álcool por outros membros, esteve presente em sete delas. Entre os cuidadores familiares, a média de idade foi de 46,7 anos, sendo a maioria do sexo feminino e irmãs dos pacientes. Sete eram casados e apresentavam baixa escolaridade. Os cuidados domiciliares incluíram atividades de vigilância e orientação para a abstinência, antes da internação na UTI; cuidados que visaram à reparação ou ao tratamento da doença, imediatamente após a alta hospitalar; e atividades de vigilância, para evitar recaídas, e de segurança do paciente, no momento da entrevista. Cuidar e co-habitar com usuários dependentes de álcool, era uma situação difícil, pois seus cuidadores muitas vezes estiveram expostos à violências. A colaboração dos demais familiares no processo de cuidar era importante fator facilitador ao cuidador para a prestação de cuidados, e apesar das dificuldades cotidianas, o afeto pelo familiar se sobrepunha à sobrecarga gerada pelo



processo de cuidar. Os principais sentimentos relatados pelos cuidadores familiares em relação à internação dos usuários de álcool em UTI foram sofrimento, tristeza, desespero e culpa. A religiosidade apareceu como forma de enfrentamento ao sofrimento. A internação dos usuários de álcool em UTI mostrou-se como um evento difícil de ser vivenciado pela família e principalmente pelos seus cuidadores familiares que, não obstante a condição de conviver no ambiente de alcoolismo depara-se com o evento da internação nesta unidade. Embora o caráter de alta tecnologia e complexidade dessas unidades, é importante conhecer o contexto familiar e social do cuidador dos pacientes pós-alta hospitalar, pois o entendimento da realidade no qual ele está inserido, possibilita identificar as reais necessidades de assistência ao mesmo, a quem ele cuida e à família, que norteará as orientações no momento da saída da unidade. É importante a aproximação dos enfermeiros com as famílias dos usuários de álcool que internam nesta unidade, a fim de mantê-los sempre informados, acolhidos e orientados, uma vez que a atenção aos seus anseios torna-se uma necessidade de cuidado especial.

**Palavras-chave:** Cuidadores. Família. Bebidas alcoólicas. Unidades de Terapia Intensiva. Relações familiares; Enfermagem.

ANTUNES, Flávia. **Experience of family caregivers of alcohol users who required intensive care hospitalization.** 156 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2012.

## ABSTRACT

Hospitalizations of patients with acute or chronic complications from alcohol abuse are quite common. However, hospitalization in intensive care units (ICU) is a critical and difficult experience for users of this type of drugs and for their families, because it means that the problem of alcohol abuse took a larger dimension in their lives, with the possibility of sequels and death as the outcome. An integrative review was conducted prior to the field work, using the descriptors "family" and "alcohol user" combined, showing 13 publications approaching the family relationship of alcohol users. It was a small number considering the importance of the topic, fundamental to support clinical practice and nursing care. Given these considerations, the present study aimed to understand the experience of family caregivers of patients who were alcohol users admitted to intensive care. This is an exploratory-descriptive study, carried out with patients with medical diagnoses associated with chronic or acute alcohol abuse, who were hospitalized in the adult intensive care unit of an education hospital in the Northwest of Paraná state, from January to December 2011. Data collection was conducted through semi-structured interviews with 10 family caregivers of patients. The quantitative data, for the characterization of the alcohol users, family caregivers and families were described in absolute frequency, and for the qualitative data analysis, it was used the Thematic Content Analysis. The quotidian homecare provided to alcohol users was gathered into three units of analysis – Care given before and after hospitalization in the intensive care unit; Care given to a family member who is an alcohol abuser; Family support as a facilitator in the caregiving process. As for the feelings expressed by the family caregivers, two units of analysis were defined: Admission of alcohol users into the ICU - the pain and suffering of their family caregivers; The religiosity as a way coping the suffering. Regarding the alcohol users, most of them were male, 45.1 years average, divorced, with little schooling and unemployed. All were hospitalized due to chronic effects of alcohol intoxication, the average time of hospitalization was 40.3 days and three of them died. Five families were making less than three minimum wages of income and alcohol addiction by other members of their families was present in seven of them. The family caregivers were mostly female, usually sisters of the patients, and 46.7 years average. Seven were married and possessed low level of education. Homecare activities included surveillance and guidance for abstinence before ICU admission; care that aimed to either repair or treat the disease, immediately after discharge; surveillance activities to prevent relapse, and patient safety at the time of the interview. Caring and living with individuals addicted to alcohol was a difficult situation because their caregivers were often exposed to violence. The involvement of other family members in the caring process was an important facilitating factor for the caregiver to provide care, and despite the daily difficulties, the affection for the family outweighed the overload generated by the caregiving process. The main feelings reported by the family caregivers, regarding the admission of alcohol users in ICU, were suffering, sorrow, despair and guilt. Religiosity appeared as a way of coping with suffering. The admission of alcohol users in ICU proved to be a difficult event to be experienced by families and especially by their family caregivers, who besides the condition of living in the

environment of alcoholism, they also face the event of hospitalization. Although the character of high technology and complexity of those units, it is important to know the family and social context of the caregivers of the patients after hospital discharge, because the understanding of their environment allows to identify their own needs of assistance, as well as their families, once they will guide them after the discharge. It is important the contact of the nurses with the families of the alcohol users who were hospitalized in that unit in order to keep them informed, welcomed and oriented, for the attention to their concerns become a need of special care.

**Keywords:** Caregivers. Family. Alcoholic beverages. Intensive Care Units. Family relations. Nursing.

ANTUNES, Flávia. **Vivencia de los cuidadores familiares de usuarios de alcohol que necesitaron de hospitalización en terapia intensiva.** 156 f. Dissertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2012.

## RESUMEN

Hay frecuentes hospitalizaciones de pacientes con complicaciones agudas o crónicas del abuso de alcohol, sin embargo, la hospitalización en unidades de terapia intensiva (UTI) es un momento crítico y de difícil experiencia para los usuarios de esta droga y sus familiares, pues significa que el problema del abuso del alcohol tomó dimensiones mayores en sus vidas, con la posibilidad de secuelas y la muerte como el resultado. En revisión integradora, realizada antes del trabajo de campo, a partir de los descriptores "familia" y "usuario de alcohol" combinados, fueron encontradas 13 publicaciones que incluyen las relaciones familiares de usuarios de alcohol, un pequeño número mediante la importancia del tema, fundamentales para apoyar la práctica clínica y los cuidados de enfermería. Teniendo en cuenta estas consideraciones, el presente estudio tuvo como objetivo comprender la vivencia de los cuidadores familiares de pacientes usuarios de alcohol que estuvieron hospitalizados en terapia intensiva. Estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje de pacientes con diagnósticos médicos asociados al uso agudo o crónico de alcohol y que ingresaron en la unidad de terapia intensiva (UTI) adulto de un hospital de enseñanza del Noroeste del Paraná, en el período de enero a diciembre de 2011. La colecta de datos fueron realizada por medio de entrevistas semi-estructuradas con 10 cuidadores familiares de los pacientes. Los datos cuantitativos para la caracterización de los usuarios de alcohol, los cuidadores familiares y las familias, fueron descritos en frecuencia absoluta y para el análisis de datos cualitativos, se utilizó el Análisis de Contenido Temático. El cotidiano de los cuidados domiciliar a los usuarios de alcohol fue reunido en tres unidades de análisis - Actividad del cuidado antes y después de la hospitalización en cuidados intensivos; El convivio y la difícil tarea de cuidar de una persona que abusa del alcohol; El apoyo familiar como facilitador en el proceso de cuidar. Cuanto a los sentimientos expresados por los cuidadores familiares, se demarcó de dos unidades de análisis - La hospitalización de los consumidores de alcohol en la UTI: el dolor y el sufrimiento de sus cuidadores familiares; La religiosidad como una forma de enfrentamiento al sufrimiento. En relación a los usuarios de alcohol, la mayoría eran hombres, con una edad media de 45,1 años, divorciados, con bajo nivel de escolaridad y estaban fuera del mercado laboral. Todos fueron hospitalizados por efectos crónicos de la intoxicación por alcohol, la media de las hospitalizaciones fue de 40.3 días y ocurrieron tres muertes. Cinco familias presentaron rentas familiares inferiores a tres salarios mínimos y la dependencia química al alcohol por otros miembros, estuvo presente en siete de ellas. Entre los cuidadores familiares, la edad media fue de 46,7 años, en su mayoría mujeres y hermanas de los pacientes. Siete estaban casados y tenían bajo nivel de escolaridad. Los cuidados domiciliarios incluyeron actividades de vigilancia y orientación para la abstinencia, antes del ingreso en la UTI, el cuidado que tenía por objeto la reparación o el tratamiento de la enfermedad, inmediatamente después de la alta hospitalaria, y las actividades de vigilancia para prevenir la recaída y de seguridad del paciente, en el momento de la entrevista. Cuidar y co-habitar con usuarios dependientes de alcohol, era una situación difícil porque, sus cuidadores muchas veces estuvieron

expuestos a la violencia. La colaboración de otros miembros de la familia en el proceso de cuidar era importante factor para facilitar al cuidador a proveer cuidados, y a pesar de las dificultades cotidianas, el afecto por el familiar superaban la sobrecarga generada por el proceso de cuidar. Los principales sentimientos relatados por los cuidadores familiares con respecto a la hospitalización de los usuarios de alcohol en la UTI fueron el sufrimiento, la desesperación, la tristeza y la culpa. La religiosidad apareció como una forma de enfrentamiento al sufrimiento. La hospitalización de los consumidores de alcohol en la UTI se mostró como un evento difícil de ser vivenciado por la familia y principalmente por los cuidados familiares, a pesar de las condiciones de convivir en el ambiente del alcoholismo, se depara con el evento de la hospitalización en esta unidad. Aunque el carácter de alta tecnología y complejidad de estas unidades, es importante conocer el contexto familiar y social del cuidador de los pacientes después del alta hospitalaria, porque la comprensión de la realidad en la que ello se inserta, permite identificar las reales necesidades de asistencia al mismo, a quien él cuida y a la familia, que guiará las orientaciones en el momento de la salida de la unidad. Es importante acercarse a los enfermeros con las familias de los usuarios de alcohol que ingresaron en esta unidad con el fin de mantenerlos siempre informados, acogidos y orientados, una vez que la atención a sus preocupaciones, se convierte en una necesidad de cuidado especial.

**Palabras-clave:** Cuidadores. Familia. Bebidas alcohólicas. Unidades de Cuidados Intensivos. Relaciones familiares. Enfermería.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo é fruto do projeto de Dissertação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá que foi desenvolvido com cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva em um hospital ensino na cidade de Maringá- PR e que teve como objetivo compreender a vivência desses cuidadores.

De acordo com o recente modelo proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), os resultados que compõem essa dissertação estão apresentados em forma de quatro artigos científicos, a saber:

Artigo 1: ***“Relações familiares e uso do álcool: uma revisão integrativa”***, que teve como objetivo identificar publicações científicas que contemplem as relações familiares de usuários de álcool.

Artigo 2: ***“Características de usuários de álcool, seus cuidadores familiares e famílias: um estudo em terapia intensiva”***, que teve como objetivo caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de cuidadores familiares e de usuários de álcool internados em terapia intensiva.

Artigo 3: ***“Cotidiano de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva”***, cujo objetivo foi descrever o cotidiano do cuidado domiciliar a usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva, praticado por cuidadores familiares.

Artigo 4: ***“Internação de usuários de álcool em terapia intensiva: sentimentos expressados pelos familiares”***, cujo objetivo foi descrever os sentimentos dos cuidadores de usuários de álcool em relação à internação de seus familiares em terapia intensiva.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CID - 10	Classificação Internacional de Doenças
CIVD	Coagulação Intravascular Disseminada
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVE	Derivação Ventricular Peritonial
DVP	Derivação Ventricular Peritonial
FA	Fibrilação Atrial
GPS	<i>Global positioning system</i> - Sistema de Posicionamento Global
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
HUM	Hospital Universitário Regional de Maringá
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ITU	Infecção do Trato Urinário
NPT	Nutrição Parenteral Total
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Pressão Arterial Média
PIC	Pressão Intracraniana
PVC	Pressão Venosa Central
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARA	Síndrome da Angústia Respiratória Aguda
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SIRS	<i>Systemic Inflammatory Response Syndrome</i> - Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
SPP	Serviço de Prontoário do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânioencefálico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Definição da população em estudo. Maringá – PR, 2012 .....	31
----------	--	----

### ARTIGO 1

Figura 1	Esquema de seleção das publicações de acordo com as fases da revisão integrativa e origem da publicação .....	43
Quadro 1	Distribuição das principais conclusões dos estudos da unidade de análise A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool. Lilacs, Medline, 2000 a 2011 .....	46
Quadro 2	Distribuição das principais conclusões dos estudos das unidades de análise O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar, Percepção das famílias em relação à grupos de ajuda no combate ao uso do álcool e Alcoolismo e codependência da família. Lilacs, Medline, 2000 a 2011 .....	47

### ARTIGO 2

Quadro 1	Caracterização dos usuários de álcool internado na UTI segundo sexo, idade, diagnóstico médico principal e dias de internação hospitalar. Maringá – PR, 2012 .....	58
Quadro 2	Caracterização dos cuidadores familiares segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e grau de parentesco com o usuário de álcool. Maringá – PR, 2012 .....	63

### ARTIGO 3

Figura 1	Cuidados predominantes realizados pelos cuidadores familiares dos usuários de álcool antes da internação na UTI, imediatamente após a alta hospitalar e cuidados no momento da entrevista. Maringá – PR, 2012 .....	77
Quadro 1	Famílias que auxiliavam os cuidadores na prestação de cuidados, principais cuidados prestados após a alta hospitalar e grau de dependência do paciente. Maringá – PR, 2012 .....	85

### ARTIGO 4

Figura 1	Sentimentos relatados pelos cuidadores familiares de usuários de álcool frente à internação em UTI. Maringá – PR, 2012 .....	97
----------	--	----



## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

Tabela 1	Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo base de dados, idioma de publicação e tipo de estudo utilizado. Lilacs, Medline, 2000 a 2011.....	44
Tabela 2	Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo as unidades de análise. Lilacs, Medline, 2000 a 2011.....	45

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA .....	18
1.2	USO DE ÁLCOOL: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA .....	19
1.3	FAMÍLIA E A VIVÊNCIA DO CUIDADOR FAMILIAR COM O USUÁRIO DE ÁLCOOL .....	22
1.4	INTERNAÇÕES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM TERAPIA INTENSIVA ....	25
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	28
2.1	OBJETIVO GERAL .....	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	28
3	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	29
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	29
3.2	LOCAL DO ESTUDO .....	29
3.3	POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	30
3.4	FONTES DE DADOS .....	32
3.5	INSRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	33
3.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	35
3.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	36
3.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	37
4	<b>ARTIGO 1</b> .....	39
5	<b>ARTIGO 2</b> .....	53
6	<b>ARTIGO 3</b> .....	70
7	<b>ARTIGO 4</b> .....	91
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	104
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	107
	<b>APÊNDICES</b> .....	119
	<b>ANEXOS</b> .....	149

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Como enfermeira especialista em terapia intensiva e atuando profissionalmente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), deparo-me frequentemente com o sofrimento de pacientes e seus familiares pela internação nesta unidade, tanto pela gravidade dos casos, como pelo desgaste emocional que essa realidade proporciona. Em especial, chama a minha atenção as internações em decorrência do uso de álcool, pois são situações passíveis de prevenção.

As intervenções nessas unidades são muitas vezes invasivas, dolorosas e onerosas principalmente para a saúde pública, e há uma grande probabilidade de óbito ou sequelas irreversíveis. Na UTI, observo preocupações das famílias com seus entes internados, sendo que cada uma vivencia de diferentes maneiras essa experiência. Após a saída desses pacientes da UTI, seja por alta ou óbito, não há mais o contato da equipe com os familiares e não se sabe como eles estão conduzindo tal situação. Isso causa muita frustração à equipe de saúde, em especial, à Enfermagem.

Estudo com pacientes internados em um hospital geral aponta que as principais justificativas para a internação decorrente do abuso de drogas é o surgimento das complicações clínicas ocasionadas por essas substâncias, em especial, os efeitos tóxicos do álcool, pois o etilismo atinge de 5 a 10% da população adulta brasileira (SOUZA; OLIVEIRA, 2010). Esse fato acaba repercutindo também na família, que participa de todo o processo de tratamento, sendo muitas vezes, codependente da doença.

O consumo de álcool no Brasil é bastante elevado, sendo que essa substância é responsável por 7,2% de óbitos no país (MAIO, 2011). Analisando o Banco de Dados do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), em estudo para estabelecer o perfil de pacientes internados na UTI deste hospital em decorrência do abuso de drogas, encontrou-se uma elevação no número de casos no período de 2004 a 2010: 20 internações entre os anos de 2004 a 2007 (0,42 internações/mês) e 42 internações entre os anos de 2008 a 2010 (1,16 internações/mês).

Chamou a atenção, também, que 45 internações (72,6 %) eram decorrentes de intoxicação alcoólica crônica (ANTUNES et al., 2012).

Considerou-se relevante, então, pesquisar sobre o tema, visto que o referencial bibliográfico, referente à vivência de familiares de pacientes que foram internados em UTI em decorrência do uso abusivo de álcool, é escasso, além de ser um tema pertinente aos dias atuais e, relativamente, novo em termos de pesquisa que envolve as áreas de Terapia Intensiva e de Enfermagem.

Para conhecer a vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool e compreender como os mesmos enfrentam o processo das doenças que podem ser originadas pelo uso abusivo dessa substância, é importante conhecer o contexto no qual estão inseridos, seus cotidianos e o que essa experiência de vida lhes proporciona.

## 1.2 USO DE ÁLCOOL: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa pode ser definida em diferentes padrões de uso de acordo com suas possíveis consequências. Diversos campos do saber científico adotam definições dos termos uso, abuso e dependência de drogas.

A Classificação Internacional de Doenças (CID - 10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) define uso como qualquer consumo, independente da frequência, e como abuso, o consumo associado às consequências adversas, com aumento do risco de efeitos prejudiciais para o usuário: dano físico ou mental e consequências sociais de um uso problemático. A dependência se manifesta quando o uso passa a caracterizar um estado disfuncional, com compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência (SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005).

De acordo com as atividades que exercem no sistema nervoso central (SNC), as drogas de abuso são classificadas em três grupos: drogas que diminuem a atividade cerebral, ou seja, deprimem seu funcionamento, denominadas de depressoras da atividade do SNC; drogas que atuam aumentando a atividade cerebral, ou seja, estimulam o funcionamento do SNC, denominadas de estimulantes da atividade do SNC; e drogas que agem modificando qualitativamente a atividade cerebral, recebendo o nome de

perturbadoras da atividade do SNC. Por atuar no SNC, provocam mudanças no comportamento e podem causar dependência, o álcool é considerado uma droga de abuso (CEBRID, 2003).

Também, as drogas de abuso são classificadas em lícitas, como produtos contendo substâncias psicoativas cuja produção, comercialização e uso não são criminalizados, incluindo o álcool, e em ilícitas, que são proibidas de serem comercializadas pela legislação de uma determinada sociedade e sua produção e uso são passíveis de criminalização e repressão (MARQUES, 2005).

O uso de álcool e outras drogas de abuso constituem-se em um problema de saúde pública emergente e ocasiona consequências danosas ao indivíduo, à família e à sociedade (OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011).

O consumo global do álcool nos países em desenvolvimento está em ascensão e essa substância é responsável por 4% das mortes que ocorrem no mundo, além de estar associado com sérias questões sociais como, por exemplo, a violência familiar (WHO, 2011). 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).

O consumo do álcool não está associado à etnia, escolaridade, ou estado civil de indivíduos, sendo responsável por um grande índice de morbimortalidade no mundo (ACAUAN; DONATO; DOMINGOS, 2008). É uma droga que atua no SNC provocando mudanças de comportamento, e qualquer indivíduo pode apresentar sintomas de intoxicação ocasionados pela ingestão do álcool e desenvolver sinais e sintomas de tolerância e dependência, conforme a quantidade e o hábito de beber (CEBRID, 2003).

No entanto, contextos de vulnerabilidade podem influenciar e estimular o uso da bebida alcoólica. O uso do álcool é mais comum em pessoas com baixa renda e baixa escolaridade e em contextos familiares perturbados, entre outras situações desfavoráveis (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; BERNARDY; OLIVEIRA, 2010). Esta problemática pode ser evidenciada não só no Brasil, como em vários continentes. Estudo realizado na Índia mostrou que o consumo de álcool neste país é desproporcionalmente maior entre os mais pobres e marginalizados socialmente (MOHINDRA et al., 2011).

O álcool pode acarretar intoxicação aguda ou crônica, dependendo da forma e tempo de exposição. A intoxicação aguda depende de fatores como dose ingerida, velocidade da absorção e da resistência do próprio organismo da pessoa que está ingerindo,

e é caracterizada pela má adaptação do organismo após recente ingestão de álcool, como ataxia, nistagmo, rubor facial, diminuição da atenção e irritabilidade. É transitória, a intensidade dos efeitos desaparecem se o uso for cessado, e, sem lesões teciduais ou outras complicações, a recuperação é completa (OGA, 1996).

A intoxicação crônica ocorre quando o álcool é ingerido em grandes quantidades, alta frequência e tolerância, 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 doenças crônico degenerativas não-transmissíveis (OGA, 1996).

As alterações orgânicas ocorrem no sistema hematológico, pela deficiência de ácido fólico ocorre elevação do volume corpuscular médio - plaquetopenia, anemia megaloblástica, entre outras; no sistema gastrintestinal - câncer no esôfago e estômago, esteatose hepática, cirrose e pancreatite; sistema neurológico - polineuropatias, quadro demencial com prejuízos de memória e concentração; sistema cardiovascular - miocardiopatia, hipertensão arterial, aumento no colesterol sérico; e sistema endócrino-reprodutivo- impotência, esterilidade e hipoglicemia (OGA, 1996).

Para Bau (2002), os usuários de álcool tornam-se progressivamente tolerantes às intoxicações produzidas pelo mesmo e desenvolvem sinais e sintomas de abstinência quando o mesmo é retirado; o uso abusivo causa desgastes à saúde tornando os indivíduos vulneráveis a doenças graves ou comorbidades. 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 (SANTOS; MARTIN, 2009).

O uso do álcool cresceu nos últimos 30 anos, provocando impacto na família e na sociedade em termos de mortalidade e incapacidade, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera essa problemática cada vez mais prevalente (OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011; VILLAR; LUNETTA, 2005). No Brasil, de 1996 a 2007, houve um aumento de 5% no coeficiente de mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo os agravos e doenças associados ao uso prejudicial do álcool, e a mortalidade ajustada para idade por doenças associadas ao uso do álcool aumentou de 4,3 para 5,2 para cada 100 mil pessoas (SCHMIDT et al., 2011).

Em estudos que analisam fatores de risco e de proteção para acidentes de trânsito, observa-se que além do álcool estar ligado a prejuízos diretamente proporcionais ao seu

uso, também diminui a percepção de risco, levando o indivíduo a ações violentas, que afetam sua saúde e, indiretamente, a saúde de sua família, que é parte intrínseca de todo esse processo (BENINCASA; REZENDE, 2006; FILZOLA et al., 2009; OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011).

Observa-se, ainda, que o número de jovens dependentes dessa droga é crescente, e os efeitos da intoxicação crônica estão aparecendo precocemente, e diminuindo a sobrevivência dos mesmos e gerando internações longas, além de afetar toda a estrutura familiar (MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010)

### 1.3 FAMÍLIA E A VIVÊNCIA DO CUIDADOR FAMILIAR COM O USUÁRIO DE ÁLCOOL

Família é uma instituição privada, passível de vários tipos de arranjo no mundo pós-moderno em que vivemos. É nela que nasce e perpetua a função de socialização das pessoas, portanto, tem um papel importante na criação de condições relacionadas tanto ao uso abusivo de drogas, quanto aos fatores de proteção (SCHENKER; MINAYO, 2003).

A família constitui em um sistema composto de valores, crenças, práticas e conhecimentos que direcionam suas ações para a promoção de saúde de todos os seus integrantes e para prevenção e tratamento de doenças. O ser humano está inserido em um contexto social, sendo que a família é sua mais próxima rede de suporte com quem se possa contar, conseqüentemente, o cuidar nessa instituição é uma prática frequente (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; MARCON et al., 2005). É na família que as pessoas buscam apoio e compreensão, pois é nesta instituição que se estabelecem as mais intensas relações (BRUSAMARELLO et al., 2010).

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

O aumento da expectativa de vida associado à alteração do perfil epidemiológico da população contribuem para o aumento do número de pessoas acometidas por doenças crônicas que necessitam de cuidados pela perda da capacidade funcional, que diz respeito à capacidade da pessoa em manter suas habilidades físicas e mentais que são necessárias para a manutenção de uma vida autônoma e independente, e, quando isso não é possível, deve contar com pessoas que a auxiliem na manutenção de seus cuidados, geralmente um cuidador familiar (NARDI; OLIVEIRA, 2008; ROACH, 2003).

De acordo com Elsen et al. (2002), os cuidados realizados por uma família possuem o intuito de preservar a vida de seus membros a fim de atingir o pleno desenvolvimento de suas potencialidades conforme suas possibilidades e de acordo com o meio e condições onde vivem. A pessoa da família que assume o papel de cuidar, sendo denominada cuidador familiar, responde pelas tarefas de zelar e cuidar de um ente que apresenta dependências por incapacidades funcionais, sejam elas temporárias ou definitivas (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005).

O processo para adquirir a função de cuidador se dá por valores e características que compõem os elos de cada família. O indivíduo que assumir o papel de cuidador principal, seja por capacidade, disponibilidade, vontade e até mesmo por obrigação, pode enfrentar dificuldades psicológicas e físicas pelo tempo e dedicação despendidos aos familiares que requerem algum tipo de atenção, e frequentemente se preocupam mais com o cuidado que prestam, negligenciando o cuidado a si próprio (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; OLIVEIRA et al. 2012).

O uso do álcool pode levar tanto a problemas agudos, que geralmente estão relacionados à violência como acidentes de trânsito, agressões, homicídios e lesões autoinfligidas, como a problemas crônicos decorrentes da deterioração corpórea. Não obstante, não se pode deixar de atentar para a dependência do álcool, que se constitui em uma doença progressiva passível de controle, mas não cura, e que exige cuidados permanentes acarreta consequências à família (CAMPOS, 2004; OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011).

Em estudo realizado com familiares cuidadores de usuários dependentes de álcool, observou-se 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 (GONÇALVES; GALERA, 2010).



O grau de dependência do alcoolista é diferente dos ocasionados por outras doenças. Seus cuidadores sofrem mudanças nas suas rotinas e atividades para acompanhar o familiar dependente, seja em casa ou quando este está internado (SANTOS; MARTIN, 2009).

A dependência de drogas afeta todos os membros da família, causa alteração da dinâmica das relações, podendo gerar conflitos e diminuir a autoestima familiar. O cuidador do usuário crônico do álcool busca não somente cuidar e manter a saúde do ente dependente, como também procura re-estruturar toda família para impedir a desintegração de seus membros, e seus comportamentos e atitudes refletem e contagiam todo o ambiente familiar (GONÇALVES; GALERA, 2010; MELO et al., 2005).

Famílias que vivem em condições de risco psicossocial constituem um problema abrangente não apenas pelos problemas que envolvem a saúde. Muitas estão inseridas em um contexto que as levam a viver em condições de risco, podendo interferir de forma negativa, atingindo todos os seus membros. A família acompanha todo processo de adoecimento do membro dependente de álcool e muitas vezes, acaba por tornar-se codependente da doença que é o alcoolismo (SILVA et al., 2005; ZEMEL, 2001).

Os usuários de álcool são indivíduos que estão inseridos em um contexto familiar onde os membros também convivem com o problema e também devem ser alvos de atenção das equipes de saúde. A família é responsável principal pela prevenção, recuperação e reinserção social do membro dependente do álcool, estando presente em todo o processo (MORAES et al., 2009). Desta forma, é importante atentar-se às famílias dos indivíduos que fazem uso dessa droga, pois há a implicação do sistema familiar com o desenvolvimento do uso indevido dessa substância.

Para Santos e Martin (2009), é importante compreender o contexto cultural em que o cuidador familiar está inserido para compreender como este e a família enfrentam o alcoolismo. Em estudo realizado com usuários de álcool acima de 35 anos que moravam com os pais ou família nuclear, mostrou que esses sujeitos contavam com uma rede social restrita. As práticas de gestão da família podem contribuir para o uso ou não do álcool em adolescentes (HABIB et al., 2010; SOUZA et al., 2011).

Não obstante, os problemas que envolvem conflitos com a sociedade e prejuízos no trabalho, as consequências do uso abusivo de álcool desencadeiam importantes problemas na saúde do indivíduo, com agravos que resultam em internação hospitalar, e, conforme a gravidade clínica, em unidades de terapia intensiva - UTI (FILZOLA et al., 2009). Neste

setor, observa-se que as pessoas, ao visitarem seus familiares internados, demonstram muito receio e temem pela vida dos mesmos, ao vê-los frágeis e debilitados. O próprio conceito de UTI gera temor na família, pois se subentende que há neste setor a proximidade com a morte (NASCIMENTO et al., 2007).

Muitas vezes, os familiares e amigos não entendem o universo e a complexidade da internação neste setor, e apresentam dúvidas e preocupações. Há também por parte dos familiares, o sentimento de não querer deixar o paciente internado sem alguém da família, diante do aparato tecnológico, e é comum que estes expressem a necessidade de prestar algum conforto, de contribuir com sua presença, de ficar perto e participar do tratamento (NASCIMENTO et al., 2007).

De acordo com Schimidt e Arruda (2012, p. 349):

A enfermagem, independente do local de atendimento ao cliente, precisa valorizar e reconhecer a importância da família em qualquer unidade de atendimento, pois todo indivíduo faz parte de uma conjuntura que foi modificada por algum motivo externo e que pode determinar repercussões não favoráveis à saúde individual, familiar e coletiva.

É importante conhecer melhor o universo desses familiares, para construção de estratégias de prevenção, controle e orientação, uma vez que o indivíduo que faz o uso abusivo do álcool, muitas vezes acaba se envolvendo em ações que prejudicam seriamente sua saúde e, por consequência, acabam afetando sua família.

#### 1.4 INTERNAÇÕES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM TERAPIA INTENSIVA

Estudos realizados com pacientes intoxicados por drogas de abuso e internados em hospitais gerais mostra que o início do uso das mesmas é precoce, que entre as drogas mais consumidas está o álcool e a taxa de prevalência do abuso dessa substância em populações que buscam assistência médica varia de 20 a 50% (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; PILLON; LUIS, 2004).

Os problemas relacionados ao álcool e ao alcoolismo repercutem no aumento da demanda por atendimento de saúde e internações em hospitais gerais. No período da internação, o alcoolista está em contato com a equipe de enfermagem, e esta deve possuir

capacidade para o atendimento a esse paciente, como o conhecimento da doença e o que a mesma pode lhe acarretar de danos, além de habilidades para entender e saber atuar com esses clientes (VARGAS, 2010).

As unidades de terapia intensiva foram criadas para proporcionar melhor atendimento aos pacientes que se encontravam em estados graves e que requeriam especial observação e assistência tanto tecnológica quanto profissional. Os profissionais que trabalham nessa unidade e que assistem a esses pacientes devem ser capazes de agir de forma correta e com rapidez para tomada de decisões, além de estarem preparados para constantes dilemas éticos e situações de risco. A relação com o paciente e sua família deve ser construída de forma a proporcionar atenção e empatia colaborando assim para o melhor cuidado mesmo que em um ambiente apreensivo e frio que é o ambiente da terapia intensiva (COSTA, 2005).

As Unidades de Terapia Intensiva para adultos são unidades de saúde onde estão internados pacientes que requerem cuidados tecnológicos e profissionais mais especializados. São locais fechados que facilitam a coordenação das atividades profissionais, destinados aos pacientes em situações graves de saúde e elevado risco de vida e onde internam os pacientes que possuem comprometimento das funções vitais, que necessitam de atendimento tecnológico complexo e dedicação da equipe de saúde, em especial, de enfermagem. A principal característica de um paciente internado em UTI é a gravidade de seu estado clínico (ELIAS et al., 2006; MAURITI; GALDEANO, 2007; ROSA; FONTANA, 2010).

Essas unidades têm-se tornado unidades com tecnologias avançadas, de monitorização e cuidados cada vez mais complexos e especializados, condições essas que contribuíram para o aumento no número de internações nesses setores, a fim de atender pacientes graves que requerem maior atenção e intervenção (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2010). São os locais com monitorização e assistência contínua e permanente, e a rápida internação nessas unidades pode aumentar a sobrevivência e evitar possíveis sequelas aos pacientes (SANTOS; VARGAS; SCHENEIDER, 2010).

São frequentes as internações tanto em enfermarias como em UTI de pacientes com sinais clínicos decorrentes das complicações agudas ou crônicas do abuso do álcool, sendo que quanto maior a gravidade das complicações maior a probabilidade de internações em terapia intensiva e maior a mortalidade (GALPERIM, 2009).

O uso abusivo do álcool predispõe a condições que podem resultar em doenças graves e está presente em até um terço dos pacientes internados em UTI (CLARK et al., 2012). Especialmente nessas unidades UTI, estes pacientes demandam grandes gastos para o sistema de saúde, pois geralmente necessitam do acompanhamento de profissionais capacitados e especializados, exames e tratamentos de custos elevados pelo grave estado de saúde (GALLASSI et al., 2008).

Em estudo que teve como objetivo avaliar a evolução no curso natural da vida de pacientes dependentes de álcool, observou-se 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 (FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006).

Os cuidadores familiares de pacientes usuários de álcool já vivem em situações de fragilidade e um evento como a internação em terapia intensiva, é uma situação que pode gerar ainda mais desgaste, além da possibilidade do óbito como desfecho, o tipo de cuidado prestado pode mudar após a internação. Quando o abuso do álcool acarreta em uma internação em terapia intensiva, é porque o problema tomou dimensões maiores e ocasiona reflexos também maiores em toda a estrutura familiar.

Para auxiliar o enfrentamento desses familiares de forma mais favorecida, é positivo uma aproximação do enfermeiro com os mesmos a fim de fornecer informações precisas e de conforto a essas pessoas. É de extrema importância a atuação do enfermeiro com a função de orientação, além do papel que assume entre o paciente e sua família num ambiente estressante para ambos (ANTUNES; OLIVEIRA, 2011).

É importante tornar a UTI um ambiente menos agressivo e mais acolhedor para pacientes e familiares, e nisso, a enfermagem tem fundamental importância, pois a hospitalização nessa unidade é um momento crítico para ambos. A família, também, pode oferecer informações necessárias para um melhor cuidado, e essa vivência mais próxima pode também trazer ao familiar menos inquietação em relação ao tratamento (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender a vivência de cuidadores familiares de pacientes usuários de álcool que estiveram internados em terapia intensiva.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários, cuidador familiar e família.

Descrever o cotidiano dos cuidadores familiares ao desenvolver os cuidados aos usuários de álcool.

Descrever o sentimento dos cuidadores em relação à internação de seus familiares em terapia intensiva em decorrência do uso de álcool.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é de caráter exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo na modalidade Análise Temática (MINAYO, 2010).

A pesquisa exploratória objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema proposto, visando torná-lo mais explícito. Pode ser realizada com uma pequena amostra e proporciona uma visão geral de um determinado assunto. Uma pesquisa descritiva consiste na análise e descrição de características ou propriedades e/ou da relação destas em determinado fenômeno. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, pois também envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer (GIL, 2002).

As pesquisas qualitativas iniciam-se com objetivos exploratórios amplos que fornecem foco para o estudo sem esvaziar aspectos da experiência que possam ser julgados importantes. É uma pesquisa indutiva e não-dedutiva e os participantes são selecionados por suas experiências com relação ao fenômeno de interesse a ser estudado (BONILHA, 2012; DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Maringá-PR, na UTI Adulto do Hospital Universitário Regional de Maringá – HUM.

Maringá localiza-se na região Noroeste do Estado do Paraná e é a sede da 15ª Regional de Saúde; conta com uma população de 357.117 habitantes (BRASIL, 2010) e possui uma área territorial de 486,433 km<sup>2</sup> com densidade populacional de 678 habitantes por km<sup>2</sup> (MARINGÁ, 2010).

A rede básica de saúde conta com 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas em cinco regionais de saúde. A rede hospitalar é distribuída em 11 hospitais –

sete privados, dois filantrópicos e dois públicos, e 1.306 leitos para internação, sendo 125 leitos de UTI (MARINGÁ, 2010).

O HUM é um hospital público da Universidade Estadual de Maringá (UEM), que desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa. Designa-se como hospital ensino e, em razão de sua capacidade operacional ativa, classifica-se como hospital de médio porte e alta complexidade, que atende prioritariamente à população da 15ª Regional de Saúde.

A UTI Adulto do HUM, fundada em junho de 1997, possui oito leitos para internação de pacientes com idade a partir de 14 anos e é referência para atendimento a pacientes críticos de toda região Noroeste do PR. Cada leito está inserido em um espaço separado por paredes, o que lhes atribui característica de isolamento, e cada qual possui seus equipamentos para monitorização das condições hemodinâmicas do pacientes. Um leito é localizado em um espaço próprio para isolamento respiratório.

Durante a semana, visitas diárias são realizadas pelo coordenador da unidade junto com a equipe multiprofissional para discussão e tomada de decisões referentes às condutas a serem realizadas para tratamento dos pacientes. A UTI recebe alunos das diversas áreas de saúde, tanto de cursos técnicos, quanto de graduação e pós-graduação.

A equipe de enfermagem deste setor é composta por dez enfermeiros e vinte técnicos de enfermagem distribuídos em cinco turnos de trabalho – dois diurnos e três noturnos. Os cuidados especializados são prestados utilizando-se as etapas inter-relacionadas do processo de enfermagem, denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

### 3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo foi composta por cuidadores familiares de pacientes com diagnósticos médicos associados ao uso agudo ou crônico de álcool que foram internados na UTI Adulto do HUM no período de janeiro a dezembro de 2011.

Foram selecionados para o estudo, pacientes incluídos no banco de dados do CCI/HUM. O CCI/HUM caracteriza-se por ser um serviço público de apoio às urgências toxicológicas, por meio de ações de prevenção e controle, atendendo à população interna e externa ao HUM em um regime de plantão de 24h.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para os participantes da pesquisa:

- Familiar de pacientes de ambos os sexos que obtiveram alta hospitalar, transferência ou óbito como desfecho da internação no HUM.
- Residentes no município de Maringá - Paraná.
- Idade maior ou igual a 18 anos.
- Co-habitar e manter relação de convivência com o paciente antes e após sua internação na UTI, sendo seu cuidador referencial.

O ano de 2011 foi eleito para o estudo, pois as lembranças em relação à internação do familiar, são recentes, podendo assim, emergir maior riqueza de detalhes nos relatos.

No período estabelecido para o estudo, foram registrados 24 pacientes com diagnósticos médicos associados ao uso agudo ou crônico de álcool, internados na UTI Adulto do HUM. Foram excluídos 12 pacientes do total das notificações, sendo investigados 12 cuidadores familiares. Os casos excluídos - 11 residiam fora do município estabelecido para o estudo e um era morador de rua, sem vínculo familiar – estão detalhados resumidamente quanto a dados pessoais, de ocorrência toxicológica e de internação hospitalar (APÊNDICE A).

A definição da população em estudo está esquematizada na Figura 1.

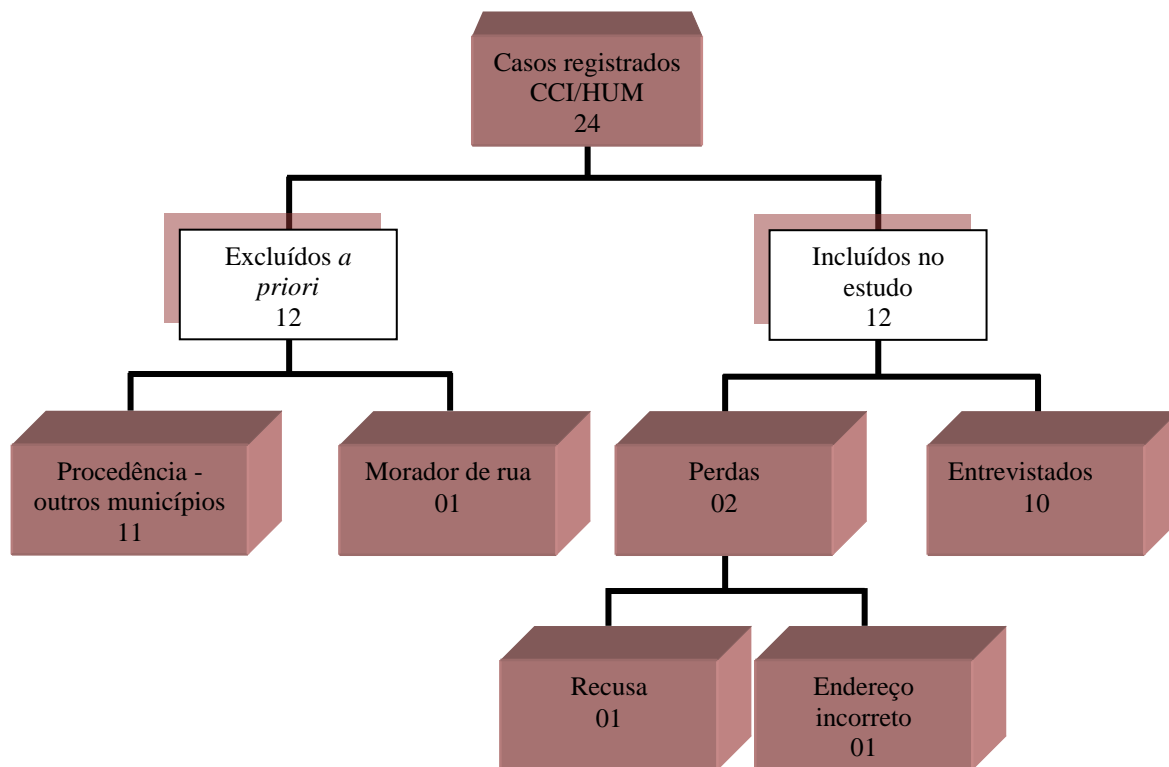


Figura 1 – Definição da população em estudo. Maringá – PR, 2012.



Participaram da pesquisa 10 cuidadores familiares, pois aconteceu uma recusa e o endereço de uma família não foi localizado. Em um dos casos o cuidador familiar optou por não participar do estudo e relatou que as lembranças trazidas por essa vivência eram muito dolorosas. O paciente, portador de pancreatite e etilista, internou na UTI após relaparotomia exploradora, após queda da própria altura quando estava no segundo dia de pós-operatório de cirurgia de apendicectomia por apendicite supurada. Evoluiu com trombose venosa profunda, choque séptico e óbito.

A outra perda ocorreu após várias tentativas de contato telefônico. O número do telefone que constava no prontuário hospitalar do paciente encontrava-se desligado, e o endereço era inexistente. Tratava-se de um idoso - 81 anos-, hepatopata e etilista crônico, que internou na UTI apresentando importante hemorragia digestiva. Com um dia de internação na UTI, o mesmo, por gravidade do estado clínico, evoluiu a óbito.

O detalhamento quanto aos dados pessoais, da ocorrência toxicológica e da internação hospitalar dos pacientes e o de dados pessoais dos cuidadores familiares, estão detalhados no APÊNDICE A.

### 3.4 FONTES DE DADOS

As fontes de dados para o presente estudo foram a Relação de Pacientes Internados do CCI/HUM, as fichas epidemiológicas de Ocorrência Toxicológica (Ficha OT), ambos arquivados no CCI/HUM, e os prontuários dos pacientes que estiveram internados na UTI Adulto do HUM no ano de 2011, arquivados no Serviço de Prontuário do Paciente (SPP/HUM).

A Relação de Pacientes Internados no CCI/HUM é um impresso, onde são registrados manualmente todos os pacientes atendidos pelo serviço, e conta com as seguintes informações: data da ocorrência; nome, idade e sexo do paciente; classificação do agente tóxico; circunstância da intoxicação; unidade, duração e desfecho da internação (ANEXO A).

A Ficha OT é um instrumento de registro de todos os casos de intoxicação, com modelo padronizado nacionalmente. No CCI/HUM é utilizada uma ficha OT para Álcool e outras Drogas de Abuso de conteúdo ampliado, que fornece dados de identificação do

intoxicado, da ocorrência toxicológica, do tratamento indicado e o tratamento realizado, da evolução clínica e o desfecho do caso (ANEXO B).

O prontuário do paciente reúne todas as informações do mesmo que ocorreram durante sua internação hospitalar, bem como seus dados pessoais, diagnósticos, prescrições, exames e anotações de todos os atendimentos da equipe multidisciplinar, ou seja, é o conjunto de documentos e informações que se referem a um paciente e sua doença. Possui caráter legal, sigiloso e científico, o que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (TEIXEIRA, 2005).

### 3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram um roteiro para entrevista semiestruturada e um roteiro para diário de campo. O roteiro para entrevista semiestruturada foi composto por dois blocos – (1) caracterização socioeconômica e demográfica do usuário de álcool, do cuidador familiar e da família e (2) cinco questões abertas destinadas ao cuidador familiar para compreensão das vivências das famílias (APÊNDICE B).

Para Triviños (1987), o roteiro para entrevista semiestruturada tem como característica apontar questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses. O foco principal é colocado pelo pesquisador e mantém alto grau de flexibilidade na exploração das questões.

O primeiro bloco do roteiro de entrevista, contém dados pessoais dos pacientes: sexo - masculino e feminino; idade - apresentada em média de anos da população; ocupação profissional e se encontrava-se empregado ou não; estado civil - organizado em solteiro, casado, divorciado, amasiado ou viúvo; escolaridade - sem estudo, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo e Ensino Superior; religião e se praticante ou não; tempo de uso do álcool; desfecho clínico - forma como o paciente deixou de ser considerado internado, na forma de alta hospitalar ou óbito; circunstância da intoxicação - uso crônico ou uso agudo do álcool. Também foi possível obter os seguintes dados: problemas decorrentes do

uso do álcool; motivo da internação na UTI; intervenções realizadas durante a internação na UTI.

Os dados para caracterização do cuidador familiar foram: sexo; idade; ocupação profissional; grau de parentesco com o usuário de álcool; estado civil; escolaridade; religião e se praticante ou não. Em relação às características dos cuidados prestados, o roteiro de entrevista foi organizado com as seguintes questões: frequência à grupo de ajuda; situação de saúde do paciente após a internação na UTI e quais os cuidados que necessita receber no domicílio no caso deste ter obtido alta hospitalar; número de horas/dia dedicadas ao cuidado do usuário de álcool; apoio de outras pessoas para a prestação de cuidados ao usuário de álcool.

Em relação à caracterização da família, foram coletados dados sobre a renda familiar - inferior a três salários mínimos, de três a seis salários mínimos e superior a seis salários mínimos; o número de pessoas que morava no mesmo domicílio e as doenças existentes na família.

No segundo bloco do roteiro de entrevista, constam as seguintes questões abertas: fale sobre como é (foi) conviver e cuidar de seu familiar usuário de álcool; fale sobre como é (foi) conviver e cuidar de seu familiar após a internação em terapia intensiva pelo uso de álcool; que tipo de cuidado(s) você realiza (realizou) e como é seu cotidiano de cuidado?; como é (era) sua relação com esse familiar?; comente sobre o que significou para você ter o familiar internado em terapia intensiva em decorrência do uso de álcool.

O roteiro de entrevista foi submetido à apreciação da banca examinadora da qualificação. Após adequações de estrutura e conteúdo, foram realizados três testes-pilotos do roteiro de entrevista para avaliação e calibração da entrevistadora, que propiciaram um *feedback* sobre a redação, a clareza, tempo de entrevista e objetividade das questões, ou seja, se as respostas poderiam atingir os objetivos propostos pela pesquisa. Somente a entrevista do primeiro teste-piloto não foi gravada, pois como proposto na metodologia, se participantes da pesquisa não aceitassem o uso do gravador, as respostas seriam anotadas pela própria pesquisadora no decorrer na entrevista.

O diário de campo foi preenchido imediatamente após cada entrevista a fim de registrar dados inerentes à pesquisa sob a ótica da pesquisadora, divididos em notas teóricas, metodológicas, de observação e notas de entrevista (APÊNDICE C).

### 3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O procedimento da coleta de dados foi realizado nos meses de abril a maio de 2012 e foi realizado em duas fases distintas: análise documental e entrevista domiciliar.

O uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social e favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008). Na fase análise documental foram obtidas informações factuais nos documentos a partir de questões de interesse referente ao agravo pesquisado.

A seleção dos casos foi realizada mediante consulta à Relação de Pacientes Internados de 2011. Após, foram localizados e auditados os prontuários e fichas OT de cada paciente. Dos prontuários hospitalares, foram compilados dados pessoais e de endereço postal e número telefônico para localização dos pacientes e/ou de seus familiares responsáveis, e dados referentes à internação em terapia intensiva da história clínica prévia, que foram preenchidos nos campos específicos do roteiro de entrevista.

Das fichas OT, foram anotados dados cadastrais do paciente, para confrontar os dados telefônicos e os endereços com os anotados nos prontuários hospitalares. Também foram coletadas informações adicionais às histórias clínicas dos pacientes e dados como escolaridade e profissão que não constam nos prontuários hospitalares.

Após a análise de documentos, realizou-se as entrevistas, que é o procedimento mais usual de trabalho de campo e também uma forma de interação social, onde o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos entrevistados. É uma forma de diálogo em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 1999; MINAYO, 2010).

As entrevistas, quando consentidas, foram realizadas no domicílio do familiar; apenas uma cuidadora preferiu que a entrevista fosse realizada em seu local de trabalho. A visita domiciliar é uma técnica de abordagem que reúne ações importantes como a observação, indicando a atenção aos detalhes e aos fatos e relatos apresentados e a entrevista, implicando o diálogo com finalidade da coleta de dados específicos (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Previamente às visitas domiciliares, foi realizada abordagem telefônica com as famílias. A pessoa contactada, quando não era o (a) cuidador (a) referencial, informava o

nome e o número telefônico do familiar mais adequado para participar da pesquisa. Foram utilizados recursos do auxílio de Global Position System (Sistema de Posicionamento Global – GPS), para a localização, por meio de satélite, dos endereços.

A aplicação do roteiro de entrevista foi realizada pela pesquisadora, visando à interação com o cuidador familiar. Os dados foram coletados por meio de um único encontro com cada participante, e as entrevistas foram individuais, com duração média de 50 min, e gravadas em mídia digital.

Em relação ao primeiro bloco do roteiro de entrevista, não foi necessário gravação em mídia digital, uma vez que os itens do roteiro foram preenchidos por anotação direta do pesquisador após as respostas do familiar cuidador. As questões do segundo bloco do roteiro de entrevista foram gravadas em mídia digital, em pelo menos dois gravadores, com permissão dos entrevistados.

Em todas as entrevistas, os cuidadores familiares tiveram boa receptividade com a pesquisadora. Imediatamente ao final de cada uma, foram anotados no diário de campo, dados que chamaram a atenção da pesquisadora e de impressões sobre o contexto familiar.

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos foram armazenados e processados no *software Excel® 2007* e apresentados em frequência absoluta. O conteúdo das gravações das entrevistas, das quais foram extraídos os dados qualitativos, foi transcrito na íntegra, pela própria pesquisadora, e analisado por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010).

Uma Análise Temática consiste em descobrir os núcleos do sentido que constituem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico observado. É uma Análise formal que mantém sua crença na significação da regularidade. Os dados obtidos na coleta não se expressam por si só, eles necessitam de um processamento denominado categorização, o qual pretende dar sentido às mensagens contidas nestes dados (BONILHA, 2012; MINAYO, 2010).

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Neste estudo, seguiram-se as três etapas da Análise Temática: pré-análise e exploração do material, com organização e leitura dos dados; tratamento dos resultados obtidos e

interpretação - unidades de significação, categorias temáticas e temas (BONILHA, 2012; MINAYO, 2010) (APÊNDICE D).

Na apresentação dos resultados, para facilitar a interpretação e apresentação dos dados, alguns trechos dos depoimentos foram readequados do ponto de vista ortográfico, sem alteração no conteúdo, e os entrevistados foram identificados como Cuidador Familiar 1 (CF 1), CF 2 e assim sucessivamente, correspondente à ordem das entrevistas, para assegurar o anonimato.

Para ilustrar o contexto do uso abusivo de álcool na família, foi realizado um estudo de revisão integrativa, abordando as relações familiares com seus entes usuários de álcool. A revisão integrativa da literatura permite a incorporação das evidências na prática clínica, e esse método reúne e sintetiza resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, o que contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

### 3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo seguiu as normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Copep/UEM), obtendo Parecer nº 16868/2012 (ANEXO C).

Foi confeccionado e apresentado aos participantes o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento, informando os objetivos da pesquisa, o direito de recusar a participar da mesma em qualquer fase, bem como a garantia de não sofrer qualquer dano ou gratificação pela participação ou não do estudo e assegurando o sigilo quanto às informações prestadas e ao anonimato dos participantes. Todos os entrevistados assinaram o TCLE em duas vias; uma via permaneceu com a pesquisadora e a outra foi entregue à entrevistada e foi preenchida pela pesquisadora no momento da abordagem dos sujeitos submetidos à pesquisa (APÊNDICE E).

Considerando que os usuários abusivos de álcool que estiveram internados em UTI, encontram-se em condições de vulnerabilidade e fragilidade, para preservá-los e respeitá-

los nas suas individualidades, tomou-se o cuidado para que as entrevistas fossem realizadas distantes dos mesmos, ou seja, em outro ambiente da casa e que não pudessem ser ouvidas ou presenciadas pelos usuários de álcool ou por outros familiares.

#### 4 ARTIGO 1

### RELAÇÕES FAMILIARES E USO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA<sup>1</sup>

#### FAMILY RELATIONS AND ALCOHOL ABUSE: AN INTEGRATIVE REVIEW

#### RELACIONES FAMILIARES Y USO DE ALCOHOL: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Flávia Antunes\*  
Magda Lúcia Félix de Oliveira\*\*

#### RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar publicações científicas que contemplem as relações familiares de usuários de álcool. Estudo bibliográfico, de revisão integrativa, incluindo publicações científicas das bases eletrônicas Lilacs, Medline, IBECs e BDNF, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2011, veiculadas em acesso livre, nos idiomas inglês, português e espanhol, pelos descritores “família” e “usuário de álcool”, combinados. Foram selecionados os seguintes dados referenciais/estruturais: origem dos periódicos; idioma de publicação; base de dados; ano de publicação; tipo de estudo e conteúdo de acordo com a temática principal. Após a análise crítica dos estudos, obteve-se um total de 13 publicações, que foram alocadas em quatro unidades de análise: a família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool - cinco publicações (38,4%); o uso do álcool gerando violência no ambiente familiar - quatro (30,8%); percepção das famílias em relação a grupos de ajuda no combate ao uso do álcool - três (23,1%); alcoolismo e codependência da família - uma (7,7%). Observou-se que ainda é pequeno o número de publicações que priorizam aspectos das relações entre usuários de álcool e suas famílias, fundamentais para subsidiar a prática clínica e o cuidado de enfermagem, e na maioria dos artigos é discutida a iniciação ao uso de drogas como consequências do comportamento aditivo nas famílias e a violência doméstica como reflexo do uso.

**Palavras-chave:** Família. Bebidas alcoólicas. Relações familiares.

---

<sup>1</sup> Resultado parcial da dissertação de Mestrado *Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

\* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá.

\*\* Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.



## ABSTRACT

The study aims to identify scientific publications that include family relationships of alcohol users. Bibliographical study of integrative review, including scientific publications from the electronic databases LILACS, MEDLINE, IBECs and BDNF, from January 2000 to December 2011, with free access, in English, Portuguese and Spanish, with the descriptors "family" and "alcohol user" combined. The following structural data were selected: origin of the periodical; language of publication; database, year of publication; study type and content according to the main theme. After a critical review of the studies, a total of 13 publications were obtained, which were assigned to four units of analysis: The family as a risk or protective factor for the alcohol usage - five publications (38.4%); Alcohol usage generating violence in the family - four (30.8%); Perception of the families regarding support groups against alcohol usage - three (23.1%); Alcoholism and codependency of the family - one (7.7%). It was observed that the number of publications that emphasize aspects of the relationship between alcohol users and their families, which are fundamental to clinical practice and nursing care, are still small, and most of the articles have discussed the initiation of drug usage as a consequence of the addictive behavior in the families and the domestic violence as a result of its usage.

**Keywords:** Family. Alcoholic beverages. Family relations.

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo identificar las publicaciones científicas que incluyen relaciones familiares de usuarios de alcohol. Estudio bibliográfico de revisión integradora, incluyendo publicaciones científicas de las bases de datos electrónicas LILACS, MEDLINE, IBECs y BDNF, desde enero de 2000 a diciembre de 2011, difundidas en acceso libre, en inglés, portugués y español, a partir de los descriptores "familia" y "usuario de alcohol" combinados. Fueron seleccionados los siguientes datos referenciais/origen estructural: origen de los periodicos, idioma de publicación, base de datos, año de publicación, tipo de estudio y contenido de acuerdo con el tema principal. Después de un análisis crítica de los estudios, se obtuvo un total de 13 publicaciones, que fueron colocados en cuatro unidades de análisis: La familia como factor de riesgo o de protección para el consumo de alcohol - cinco publicaciones (38,4%), El uso del alcohol generando violencia en la familia - cuatro (30,8%), Percepción de las familias em relación a los grupos de ayuda para combatir el consumo de alcohol - tres (23,1%), Alcoholismo y codependencia de la familia - uno (7,7%). Se observó que aún es pequeño el número de las publicaciones que privilegian los aspectos de la relación entre los usuarios de alcohol y sus familias, fundamentales para apoyar la práctica clínica y atención de enfermería, y en la mayoría de los artículos es discutido el inicio del consumo de drogas como consecuencias del comportamiento aditivo en las familias y la violencia doméstica como resultado de su uso.

**Palabras-clave:** Familia. Bebidas alcohólicas. Relaciones familiares.

## INTRODUÇÃO

É crescente o número de jovens e adultos dependentes do álcool e os efeitos da dependência estão aparecendo cada vez mais cedo no ciclo vital, com agravos à saúde que diminuem a sobrevida e impactam toda a estrutura familiar (MOMBELLI; MARCON;

COSTA, 2010). Anualmente, ocorrem, aproximadamente, 8 mil óbitos por abuso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil, sendo o álcool responsável por 85% destas mortes (GONÇALVES, 2012).

O álcool, considerado droga lícita, tem seu consumo bastante difundido, ligado principalmente ao entretenimento e ao poder das indústrias de bebida alcoólica. Qualquer padrão de consumo de álcool pode produzir problemas para o usuário dessa substância. O consumo de álcool, mesmo que em pequena quantidade, constitui fator de risco para problemas sociais, físicos e psicológicos, com danos à saúde e problemas no trabalho e familiares (CARLINI et al., 2007; OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011).

O usuário de álcool, como todo ser humano, está inserido em um contexto social, e sua família é a mais próxima rede de suporte com quem ele pode contar, pois é nesta instituição que as pessoas buscam primariamente apoio e compreensão (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; MARCON et al., 2005). A família tem papel importante na criação de condições relacionadas tanto à iniciação do uso abusivo de drogas quanto aos fatores de proteção para o afastamento delas, pelas relações sociais que nela se estabelecem (BRUSAMARELLO, 2010; SCHENKER; MINAYO, 2003).

O consumo de álcool por um membro da família pode ser um fator importante para a ocorrência de conflitos e de violência familiar. A dependência de álcool reflete em um profundo impacto na família do dependente, podendo afetar todos os membros da estrutura familiar, com alteração na dinâmica das relações e mudanças nas rotinas dos familiares, com atividades para acompanhar e cuidar do familiar usuário de álcool (GONÇALVES; GALERA, 2010; PACHECO; HUTZ, 2009; SANTOS; MARTIN, 2009).

Considerando a ascensão do consumo do álcool e a alta taxa de mortalidade provocada pelo abuso dessa substância no Brasil e no mundo e a importância da temática para subsidiar ações das equipes de saúde prestadas aos familiares dos usuários de álcool particularmente a Enfermagem, entende-se importante rastrear publicações de artigos que abordem tal temática (GONÇALVES; GALERA, 2010; WHO, 2012). Diante disso, o estudo objetivou identificar publicações científicas que contemplem as relações familiares de usuários de álcool.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo bibliográfico, utilizando a metodologia de revisão integrativa, que permite sintetizar diversas pesquisas sobre um determinado assunto, de maneira sistemática, a fim de contribuir para o aprofundamento teórico do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa contempla seis fases/etapas que foram adotadas nesta investigação: Fase 1- elaboração do tema; Fase 2- busca ou amostragem na literatura; Fase 3- coleta de dados; Fase 4- análise crítica dos estudos incluídos; Fase 5- discussão dos resultados e Fase 6- apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O tema central definido foi “Relações familiares e uso de álcool”. Os critérios de inclusão para busca na literatura foram artigos científicos, veiculados na íntegra, em acesso livre e eletrônico, publicados entre janeiro de 2000 a dezembro de 2011 nos idiomas inglês, português e espanhol. A busca dessas produções foi processada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas as bases de dados Lilacs, Medline, IBECs, e BDNF, segundo os descritores “família” e “usuário de álcool”, combinados. O período da revisão foi definido com o intuito de agrupar pesquisas recentes sobre a temática.

As informações selecionadas dos estudos foram os dados referenciais/estruturais referentes à base de dados, origem dos periódicos, idioma e ano de publicação, tipo de estudo e conteúdo da publicação, de acordo com a temática principal. Os dados foram digitados e compilados em planilhas do programa *software Microsoft Office Excel®* 2007.

Foram encontrados 55 artigos no período estudado. Desses, 42 foram excluídos “a priori”, por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos: 38 foram excluídos por não estarem disponíveis na forma de acesso livre e quatro artigos não possuíam enfoque na relação familiar. Resultaram, portanto, 13 artigos efetivamente analisados (Figura 1).

Os artigos selecionados durante a fase de análise dos resumos foram avaliados na íntegra, seguindo-se as bases teóricas da revisão integrativa. Incluíram-se as publicações que realizaram avaliação/análise/discussão envolvendo uso de álcool e possíveis implicações nos ambientes familiares (Figura 1).

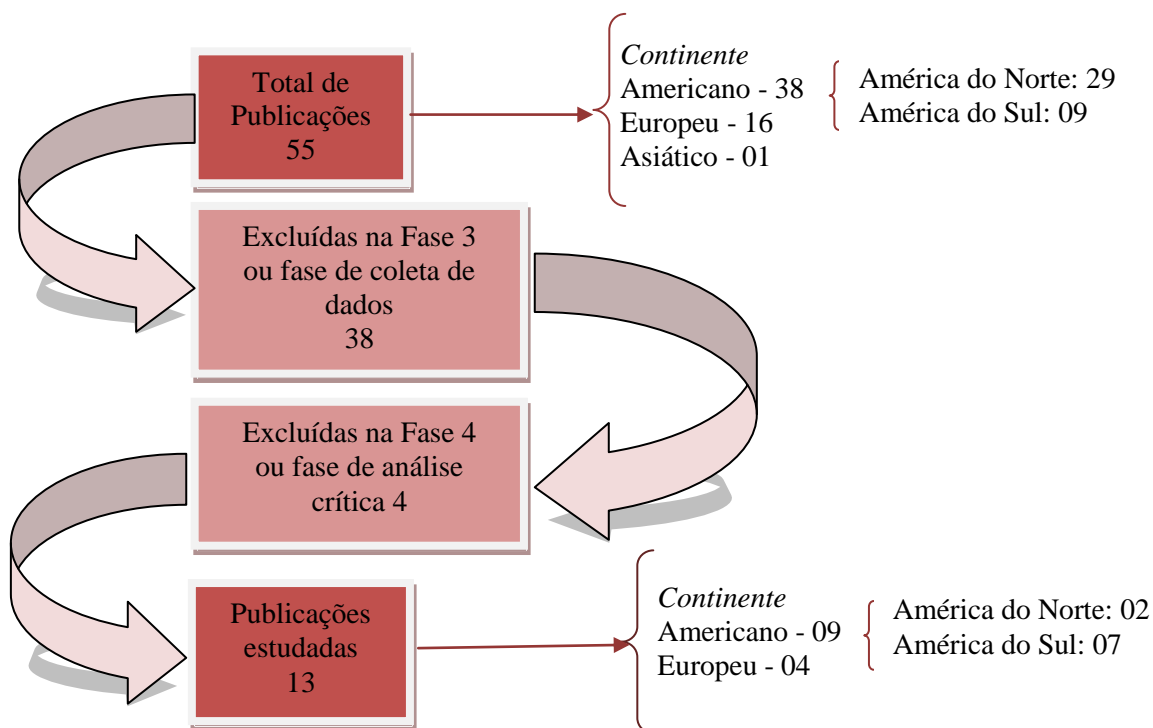


Figura 1 – Esquema de seleção das publicações de acordo com as fases da revisão integrativa e origem da publicação.

Após a fase de leitura na íntegra das publicações e analisando como as relações familiares podem estar afetadas pelo uso de álcool, os estudos foram divididos em quatro unidades de análise, a fim de facilitar a apresentação dos dados e melhor compreensão do leitor, sendo elas: a família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool; o uso do álcool gerando violência no ambiente familiar; percepção das famílias em relação a grupos de ajuda no combate ao uso do álcool; e alcoolismo e codependência da família.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 13 artigos selecionados para análise, foram localizados sete (53,8%) artigos na base de dados Lilacs, e na base de dados da Medline, seis (46,2%). Nenhum estudo foi encontrado nas bases IBECs e BDENF (Tabela 1).

A origem dos periódicos das publicações selecionadas foi: nove no Continente Americano, sendo sete (53,8%) brasileiras, duas (15,4%) dos Estados Unidos da América e quatro no continente europeu, sendo três (23,1%) do Reino Unido e uma (7,7%) da Espanha. Em relação ao idioma em que os artigos foram publicados, a maioria foi em

língua inglesa (7 - 53,8%), seguidos de três (23,1%) em língua portuguesa e três (23,1%) em língua espanhola.

Tabela 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo base de dados, idioma de publicação e tipo de estudo utilizado. Lilacs, Medline, 2000 a 2011

Base de dados	N	Idioma			Tipo de Estudo			
		Português	Inglês	Espanhol	Descritivo	Caso controle	Revisão	Reflexivo
<b>LILACS</b>	07	03	02	03	05	-	01	01
<b>MEDLINE</b>	06	-	05	-	02	03	01	-

Obteve-se maior número de publicações em periódicos brasileiros, indicando que o tema que envolve usuários de álcool e família, embora incipiente, começa a ser mais difundido no país. No Brasil, o álcool é a droga mais consumida e mais relacionada às internações em hospitais gerais e à violência doméstica, visto que etilismo atinge de 5 a 10% da população adulta e é considerado epidemiologicamente um grave problema de saúde pública (ELIAS et al., 2006).

Ressalta-se que as três publicações em língua espanhola foram encontradas em periódicos brasileiros. A possibilidade de publicar em outros idiomas atrai autores de outros países e também estimula autores nacionais a publicar artigos em outras línguas, facilitando sua compreensão por pesquisadores espalhados pelo mundo (MUCCIOLI et al., 2006) (Tabela 1).

De acordo com o ano de publicação, foram encontradas três (23,1%) publicações nos anos de 2002 a 2007, com grande incremento no triênio de 2008 a 2010 – dez artigos (76,9%). De acordo com os critérios de escolha dos artigos estabelecidos na metodologia, não foi analisada nenhuma publicação do ano de 2011.

Verifica-se que o número de publicações que envolve o tema família e uso de drogas, em especial, o álcool, vem crescendo nos últimos anos e isto pode estar relacionado ao aumento do consumo global e sua associação com sérias questões sociais, como a violência familiar, tornando-se um tema importante para investigação científica (WHO, 2011).

Na identificação dos desenhos dos estudos, constatou-se que nove estudos utilizaram a metodologia quantitativa, sendo seis estudos do tipo descritivo e três de intervenção/caso controle; três eram estudos de revisão – duas revisões bibliográficas e um estudo reflexivo; e apenas um utilizou abordagem qualitativa e também era do tipo descritivo (Tabela 1).

Os estudos epidemiológicos descritivos estimam parâmetros de uma população em um determinado momento, e consistem na análise e descrição de características ou propriedades e/ou da relação destas em determinado fenômeno. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, pois também envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer (GIL, 2002; LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Adicionalmente, os estudos de caso-controlé servem para investigar a etiologia de doenças ou de condições relacionadas à saúde entre idosos, determinantes da longevidade e para avaliar ações e serviços de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Os estudos reflexivos apresentam uma visão mais dialética, objetivando favorecer a compreensão mais integrada e levando em conta as contradições inerentes à temática, enquanto os estudos de revisão de literatura proporcionam a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de estudos significativos na prática, em determinada área (GUARNIERI; MELO-SILVA, 2007; SOUZA; SILVA, 2010).

Apesar de a maioria dos estudos utilizar a metodologia quantitativa, o uso da metodologia qualitativa não é menos valorizado nos estudos que envolvem o uso de substâncias psicoativas, pois as técnicas utilizadas podem explorar os significados culturais atribuídos a essa temática e oferecer sugestões para sua prevenção, normatização, prevenção de efeitos indesejáveis e até mesmo tratamento (MacRAE, 2004).

Os artigos foram apresentados em ordem cronológica de publicação e quanto aos objetivos e conteúdo de cada artigo, após a análise dos textos das publicações, os mesmos foram adequados às quatro unidades de análise, sendo que nas unidades A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool e O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar foi alocado maior número de artigos (9 - 69,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo as unidades de análise. Lilacs, Medline, 2000 a 2011

<b>Unidades de análise</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool	5	38,4
O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar	4	30,8
Percepção das famílias em relação à grupos de ajuda no combate ao uso do álcool	3	23,1
Alcoolismo e codependência da família	1	7,7

A primeira unidade de análise - A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool – inclui estudos cuja temática revelou como a família pode ou não ter influenciado, de acordo com suas características e costumes, o início do uso de álcool por um membro (Quadro 1).

Unidade de análise	Principais conclusões
<b>A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool</b>	O uso de substâncias psicoativas por pessoas próximas aos adolescentes, como os pais, pode funcionar como um estímulo para o uso destas (PRATTA; SANTOS, 2009).
	Pais que bebiam e conflitos na família foram fatores preditores significativos para iniciação do uso do álcool em pré-adolescentes (HUNG; YEN; WU, 2009).
	Os fatores de risco para o consumo de álcool estão relacionados com o sexo masculino, idade superior a 13 anos e com relações conflituosas nas famílias (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009).
	A maioria dos usuários de drogas e etilistas participantes do estudo (78,6%) conviveram com um parente usuário de álcool (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008).
	As características familiares mais associadas ao uso de drogas como o álcool pelos adolescentes, estavam ligadas a um relacionamento ruim com os pais, e a ter outro membro usuário na família (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004).

Quadro 1 – Distribuição das principais conclusões dos estudos da unidade de análise A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool. Lilacs, Medline, 2000 a 2011.

Avaliando os resultados dos cinco estudos alocados nesta unidade de análise, três (HUNG; YEN; WU, 2009; MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008; PRATTA; SANTOS, 2009) confirmaram que o uso da bebida alcoólica pode ter sido influenciado pelo comportamento aditivo de algum familiar; um (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009) indicou que o baixo perfil socioeconômico das famílias e um artigo indicou o âmbito familiar violento, que também é um dos fatores de risco para o início do uso de álcool; e um estudo (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004) combinou esses dois resultados.

Para compreender o uso de álcool e outras drogas entre membros da família, o sistema familiar é um fator importante a ser considerado, tanto em contextos de risco, como em contextos de proteção (PRATTA; SANTOS, 2009). Muitas famílias que vivem em condições de risco psicossocial estão inseridas em um contexto que as levam a viver em condições adversas, que podem interferir de forma negativa, atingindo seus membros como, por exemplo, o comportamento aditivo em relação ao uso do álcool. O uso dessa substância, pelos pais e/ou outros membros da família, pode estimular precocemente o uso dessa substância pelos filhos (HUNG; YEN; WU, 2009; JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009; MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008; PRATTA; SANTOS, 2009; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004).

Observa-se que contextos de vulnerabilidade podem influenciar e estimular o uso da bebida alcoólica. O uso do álcool é mais comum em pessoas com contextos familiares

perturbados, entre outras situações desfavoráveis, ou seja, famílias que vivem em condições de risco têm maior predisposição para ter um membro usuário de álcool ou outras drogas (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004).

Foram localizados quatro estudos em que a unidade de análise denominada uso do álcool gera violência no ambiente familiar, e três deles (MANNING et al., 2009; MÁRKEZ et al., 2002; SALCEDO; CARVALHO, 2005) mostraram que o consumo abusivo da bebida alcoólica pode conduzir o sujeito a praticar condutas violentas no ambiente familiar, sendo que a agressão e a mortalidade infantil podem ser aumentadas se a criança conviver em um ambiente familiar cujo alcoolismo esteja presente. Um estudo (COURTENAY et al., 2010) não conseguiu provar que o uso abusivo de álcool estava significativamente associado ao comportamento sexual de risco (Quadro 2).

Unidades de análise	Principais conclusões
<p><b>O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar</b></p>	Comportamentos sexuais de risco não estavam significativamente associados com o uso problemático de álcool (COURTENAY et al., 2010).
	A maioria das crianças criadas em famílias em que um ou ambos os pais são usuários de álcool ou outras drogas estão mais vulneráveis a danos (MANNING et al., 2009).
	Pessoas que praticaram violência contra crianças como agressão física, abandono e relações conflituosas, são influenciados pelo uso de bebida alcoólica (SALCEDO; CARVALHO, 2005).
	Os agressores familiares participantes do estudo possuíam fatores sócio econômicos precários e as condutas agressivas estavam ligadas ao consumo de álcool (MÁRKEZ et al., 2002).
<p><b>Percepção das famílias em relação à grupos de ajuda no combate ao uso do álcool</b></p>	Analisando a satisfação e participação de famílias em programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes, obteve-se índices de maior satisfação entre estes e menor satisfação para os pais (BYRNES et al., 2010).
	O tratamento recebido na unidade de saúde especializada em atender os dependentes de álcool eleita para o estudo, favoreceu melhoras substanciais nas condições de vida e de saúde de seu familiar usuário e nas relações familiares dentro e fora do lar (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).
	Programa de prevenção de uso de álcool mostrou-se eficaz na prevenção de comportamento de uso da substância entre meninas adolescentes (FANG; SCHINKE; COLE, 2010).
<p><b>Alcoolismo e codependência da família</b></p>	Alcoolismo e codependência são a mesma doença. O alcoolismo não é apenas problema individual, mas de um fenômeno multicausal, que pode afetar todos os membros da família (CASTAÑÓN; VILLAR LUIS, 2008).

Quadro 2 – Distribuição das principais conclusões dos estudos das unidades de análise O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar, Percepção das famílias em relação à grupos de ajuda no combate ao uso do álcool e Alcoolismo e codependência da família. Lilacs, Medline, 2000 a 2011.



Atitudes violentas causadas pelo consumo do álcool podem ser explicadas por essa substância, além de estar ligada a prejuízos diretamente proporcionais ao seu uso, também diminuir a percepção de risco, levando o indivíduo a ações agressivas, que podem afetar a saúde de sua família e gerar um ambiente de desconforto, além da violência sempre presente (FILZOLA et al., 2009).

Três estudos (AZEVEDO; MIRANDA, 2010; BYRNES, 2010; FANG; SCHINKE; COLE, 2010) foram alocados na unidade de análise da percepção das famílias em relação a grupos de ajuda no combate ao uso do álcool, e mostraram que tratamentos de prevenção/orientação podem auxiliar na prática ao cuidado e prevenção do uso do álcool por um membro da família (Quadro 2).

Famílias de usuários abusivos de álcool também devem ser alvos de atenção das equipes de saúde. Necessitam de políticas de assistência, de educação, de prevenção e de tratamento destinadas a elas. Os danos causados pela codependência do uso do álcool podem ser minimizados ou reduzidos por meio de intervenções eficientes (PACHECO; HUTZ, 2009).

Por fim, a unidade de análise do alcoolismo e codependência da família incluiu um estudo de revisão bibliográfica (CASTAÑÓN; VILLAR LUIS, 2008) que discute que o alcoolismo não é um problema individual, mas um fenômeno multicausal que se estende também aos familiares próximos do usuário. Toda família pode adoecer frente aos problemas e adversidades enfrentados pelos usuários de álcool (Quadro 2).

A codependência é descrita na literatura como uma síndrome de crenças e estratégias mal adaptativas que pode se manifestar em um membro da família do usuário abusivo de álcool. A família torna-se corresponsável do problema que é o abuso de álcool ou outras drogas por um membro, porque ela é codependente dessa situação (DEAR; ROBERTS, 2002; ZEMEL, 2001).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As publicações acerca da temática envolvendo usuários de álcool e famílias vêm crescendo nos últimos anos, com aumento na presente década. Foram encontrados 13 estudos, sete deles em publicações brasileiras, mostrando que a investigação da relação de uso de álcool/famílias vem ganhando importância científica no país.

Embora o número de artigos ainda seja escasso, nos anos de 2008 a 2010, observou-se um maior número de publicações – dez artigos (76,9%), com o crescimento da produção científica envolvendo um tema que é de fundamental importância para subsidiar ações de prevenção e a prática da intervenção clínica e do cuidado de enfermagem.

Artigos com temas referentes aos fatores para iniciação ao uso de drogas e o impacto nas famílias nas unidades de análise – “A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool” e “O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar” (9- 69,2%) foram divulgados em maior número que aqueles voltados às estratégias de apoio e proteção à família nas unidades de análise – “Percepção das famílias em relação a grupos de ajuda no combate ao uso do álcool” e “Alcoolismo e codependência da família” (4- 30,8%). Tal constatação aponta para a necessidade de aumento na produção de conhecimento sobre as relações familiares dos usuários de álcool, a fim de subsidiar ações de intervenção e proteção às famílias.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família. Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, 2010.

BYRNES, H. F. et al. Implementation fidelity in adolescent family-based prevention programs: relationship to family engagement. **Health Educacion Research**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 531-541, 2010.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a real idade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

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

CARLINI, E. A et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: CEBRID, 2007.

CASTAÑÓN, M. A. H.; VILLAR LUIS, M. A. Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 806-810, 2008.

COURTENAY, E. et al. HIV sexual risk behavior among low-income women experiencing intimate partner violence: the role of post traumatic stress disorder. **AIDS Behavior**, New York, v. 14, n. 2, p. 318-327, 2010.

DEAR, G.; ROBERTS, C. The relationship between codependency and femininity and masculinity. **Sex Roles**, New York, v. 5, n. 26, p. 159-165, 2002.

ELIAS, A. A. G. P. et al . Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 324-329, 2006.

FANG, L.; SCHINKE, S. P.; COLE, K. C. Preventing substance use among early Asian-American adolescent girls: Initial evaluation of a web-based, mother-daughter program. **Journal Adolescent Health**, New York, v. 47, n. 5, p. 529-532, 2010.

FILZOLA, C. L. A. et al. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 58, p.181-186, 2009.

GIL, A .C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, A. Álcool é a droga que mais mata. **Gazeta de Maringá**, Maringá, fev. 2012. Disponível em:  
<<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=1220239&tit=lcool-e-a-droga-que-mais-mata>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

GONÇALVES, J. R. L.; GALERA, S. A. F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. 543-549, 2010.

GUARNIERI, F. V.; MELO-SILVA, L. L. Ações afirmativas na educação superior: rumos da discussão nos últimos cinco anos. **Revista de Psicologia Social**, Madrid, v. 19, n. 2, p. 70-78, 2007.

HUNG, C. C.; YEN, L. L.; WU, W. C. Association of parent's alcohol use and family interaction with initiation of alcohol use sixth graders: A preliminary study in Taiwan. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 1, p. 172, 2009. Disponível em  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702380/?tool=pubmed>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

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

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

- MacRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A. et al. (Org.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: Edufba, 2004. p. 27-48.
- MANNING, V. et al. New estimates of the number of children living with substance misusing parents: results from UK national household surveys. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 1, p. 377, 2009.
- MARCON, S. S. et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 116-124, 2005.
- MÁRKEZ, I. et al. Violencia doméstica, consumo de sustancias y otras circunstancias concurrentes. ¿El derecho versus derecho a la salud? **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, Madrid, v. 22, n. 83, p. 125-133, 2002.
- MARTINS, M.; SANTOS, M. A., PILLON, S. C. Low-income families' perceptions on the use of drugs by one of their members. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.2, p. 293-298, 2008.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MOMBELLI, M. A; MARCON, S. S.; COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas parágrafo desintoxicação de dependentes Químicos Adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 5, p. 735-740, 2010.
- MUCCIOLI, C. et al. Artigos em inglês nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia: um resultado da globalização. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 461, 2006.
- OLIVEIRA, M. L. F.; ARNAUTS, I. Intoxicação alcoólica em crianças a adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 83-89, 2011.
- PACHECO, J. T. B.; HUTZ, C. S. Variáveis familiares predictoras do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, DF, v. 2, n. 25, p. 213-219, 2009.
- PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 32-41, 2009.
- SALCEDO, L. J. A.; CARVALHO, A. M. P. Maltrato infantil POR agresores bajo efecto del alcohol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., p. 827-835, 2005.

SANTOS, E. C. V.; MARTIN, D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 194-199, 2009.

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

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 787-796, 2004.

WHO- World Health Organization. **Global status report on alcohol and health**. 2011.

Disponível em:

<[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html)>.

Acesso em: 15 jul. 2012.

ZEMEL, M. L. S. O papel da família no tratamento da dependência. **Revista IMESC**, São Paulo, n. 3, p. 43-63, 2001.

**USUÁRIOS DE ÁLCOOL E SEUS CUIDADORES FAMILIARES: UM ESTUDO  
EM TERAPIA INTENSIVA<sup>1</sup>**

**ALCOHOL USERS AND THEIR FAMILY CAREGIVERS: A STUDY ON  
INTENSIVE CARE**

**USUARIOS DE ALCOHOL Y SUS CUIDADORES FAMILIARES: UN ESTUDIO  
EN TERAPIA INTENSIVA**

Flávia Antunes\*  
Magda Lúcia Félix de Oliveira\*\*

**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de cuidadores familiares e de usuários de álcool que estiveram internados em uma unidade de terapia intensiva. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com dados de uma série de casos de dez pacientes registrados em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Paraná, no ano de 2011. Realizou-se análise de fichas de ocorrência toxicológica e dos prontuários hospitalares dos pacientes, e entrevistas com seus cuidadores familiares. Em relação aos usuários de álcool, a maioria era do sexo masculino, com média de idade de 45,1 anos, divorciados, de baixa escolaridade e fora do mercado de trabalho. Todos foram internados por efeitos da intoxicação alcoólica crônica, a média da internação hospitalar foi de 40,3 dias e ocorreram três óbitos. Cinco famílias apresentavam renda inferior a três salários mínimos e a dependência química do álcool por outros membros, esteve presente em sete delas. Entre os cuidadores familiares, a média de idade foi de 46,7 anos, sendo a maioria do sexo feminino e irmãs dos pacientes. Sete eram casados e apresentavam baixa escolaridade. Observou-se que o consumo crônico do álcool entre os integrantes da série de casos foi determinante causa de adoecimento e morte precoces, e os problemas comportamentais decorrentes do uso conduziram à separação conjugal e afastamento da família nuclear, ocasionando o deslocamento do parentesco dos cuidadores familiares para membros como irmãs e tias.

**Palavras-chave:** Família. Bebidas alcoólicas. Unidades de Terapia Intensiva.

---

<sup>1</sup> Resultado parcial da dissertação de Mestrado *Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

\* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Hospital Universitário Regional de Maringá. E-mail: flanti@bol.com.br

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

## ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the socioeconomic and demographic profile of the family caregivers and alcohol users who were hospitalized in an intensive care unit. This is a descriptive and exploratory study, with data from a case series of 10 patients enrolled in a Poison Control and Information Center of Paraná State, in 2011. It was made an analysis of records of toxicological occurrence and interviews with the family caregivers. Regarding the alcohol users, most of them were male, mean age 45.1 years, divorced, with little schooling and unemployed. All were hospitalized due to chronic effects of alcohol intoxication, the average time of hospitalization was 40.3 days and three of them died. Five families were making less than three minimum wages of income and alcohol addiction by other members of their families was present in seven of them. Among the family caregivers, the mean age was 46.7 years, most being female and sisters of the patients. Seven were married and with lower education. It was observed that chronic alcohol consumption among members of the series of cases, was a decisive cause of illness and early death, and behavioral problems resulting from the use led to marital separation and removal of the nuclear family, shifting caregiving to other family members as sisters and aunts.

**Keywords:** Family. Alcoholic beverages. Intensive Care Units.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil socioeconómico y demográfico de cuidadores familiares y usuarios de alcohol que estuvieron hospitalizados en la unidad de terapia intensiva. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, con datos de una serie de casos de diez pacientes registrados en un centro de información y asistencia toxicológica del Paraná, en el año 2011. Se realizó un análisis de los archivos de ocurrencias toxicológicas y de los registros hospitalarios de los pacientes, y entrevistas con sus cuidadores familiares. En relación a los usuarios de alcohol, la mayoría eran hombres, con una edad media de 45,1 años, divorciados, con bajo nivel escolaridad y estaban fuera del mercado laboral. Todos fueron hospitalizados por efectos crónicos de la intoxicación por alcohol, la media de las hospitalizaciones fue de 40.3 días y hubo tres muertes. Cinco familias tenían renta familiar inferior a tres salarios mínimos y la dependencia química al alcohol por otros miembros, estuvo presente en siete de ellas. Entre los cuidadores familiares, la edad media fue de 46,7 años, en su mayoría mujeres y hermanas de los pacientes. Siete estaban casados y tenían bajo nivel de escolaridad. Se observó que el consumo crónico de alcohol entre los miembros de la serie de casos fue determinante causa de enfermedad y muerte prematura, y los problemas de comportamiento resultantes del uso llevaron a separación matrimonial y alejamiento de la familia nuclear, provocando el desplazamiento de parentesco de los cuidadores familiares para otros miembros como hermanas y tías.

**Palabras-clave:** Familia. Bebidas alcohólicas. Unidades de Cuidados Intensivos.

## INTRODUÇÃO

O uso abusivo do álcool pode produzir transtornos que determinam consideráveis prejuízos à saúde dos usuários desta droga (OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011). No Brasil, de 1996 a 2007, houve aumento de 5% no coeficiente de mortalidade por doenças crônicas

não-transmissíveis, incluindo os agravos e doenças associados ao uso prejudicial do álcool, e a mortalidade ajustada para idade por doenças associadas ao uso dessa substância aumentou de 4,3 para 5,2 para cada 100 mil pessoas (SCHMIDT et al., 2011).

O uso do álcool pode levar tanto a problemas de saúde agudos, geralmente relacionados à overdose e à violência, como a problemas crônicos, decorrentes dos desgastes à saúde física e mental. O número de pessoas usuárias dessa substância em idades precoces é crescente e os efeitos do uso crônico também aparecem precocemente no ciclo vital, gerando internações de longa duração e alterando indicadores gerais de morbimortalidade (OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011).

A dependência do álcool se constitui em uma doença progressiva, que exige cuidados permanentes e acarreta sobrecarga à família, principalmente ao acompanhante ou cuidador familiar. Estudo que objetivou avaliar a eficácia do treinamento da técnica de solução de problemas aos familiares cuidadores de alcoolistas mostrou que conviver com um membro dependente de bebida alcoólica, influencia negativamente o bem-estar físico e psicológico de toda a família (PENA; GONÇALVES, 2010).

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 (UTI), tendo como consequência maior número de óbitos e/ou sequelas ao indivíduo (GALPERIM et al., 2009).

Nas UTI, pacientes que fazem uso de drogas de abuso são internados, principalmente, por complicações clínicas ou traumáticas, agudas ou crônicas agudizadas, geralmente relacionadas com a gravidade da dependência à droga (SOUZA; OLIVEIRA, 2010). As UTI são ambientes onde os pacientes encontram-se em grave estado clínico, com comprometimento das funções vitais e pior prognóstico vital, e recebem atendimento de equipe de saúde especializada, em especial, de enfermagem (ROSA; FONTANA, 2010).

Embora o caráter de alta tecnologia e complexidade dessas unidades, é importante conhecer o contexto familiar e social do cuidador dos pacientes pós-alta hospitalar, pois o entendimento da realidade no qual ele está inserido possibilita identificar as reais necessidades de assistência ao mesmo, a quem ele cuida e à família, que norteará as orientações no momento da saída da unidade (NARDI, 2007).



Cuidador é a pessoa da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados e vigília, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).

Diante dessa problemática, o objetivo deste trabalho é caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de cuidadores familiares e de usuários de álcool que estiveram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo é de caráter exploratório-descritivo, com uma série de casos de pacientes internados em uma UTI Adulto de um hospital ensino da região Noroeste do Paraná.

Estudo com série de casos é um tipo de investigação utilizado para descrever características da saúde humana, empregado para um grupo de dez ou mais pessoas, com agravo de saúde em particular, sendo comum a análise retrospectiva da vida do indivíduo (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 2007).

A população em estudo foi composta por dez cuidadores familiares e dez pacientes com diagnósticos médicos associados ao uso agudo ou crônico de álcool, internados na UTI eleita para o estudo. Os critérios de inclusão dos cuidadores familiares participantes desta pesquisa foram: ser familiar de pacientes que obtiveram alta hospitalar, transferência ou óbito como desfecho da internação no HUM; residir no município de Maringá; possuir idade maior ou igual a 18 anos; e co-habitar ou manter relação de convivência com o paciente, sendo seu cuidador referencial. A condição de co-habitar com o usuário de álcool justifica-se em virtude de identificar o cuidador primário diretamente envolvido com o cuidado.

No período de janeiro a dezembro de 2011, foram internados na UTI Adulto 24 pacientes com diagnóstico médico de intoxicação aguda ou crônica por uso de álcool, e acessados por meio de arquivos do Centro de Assistência Toxicológica do hospital (CCI/HUM). Foram excluídos 12 pacientes - 11 residiam fora do município estabelecido para o estudo e um era morador de rua - e aconteceram duas perdas - uma recusa e um endereço inexistente. Foram investigados dez pacientes e seus cuidadores familiares.

As fontes de dados para o estudo foram a Relação de Pacientes Internados do CCI/HUM, uma listagem impressa, onde estão registrados todos os pacientes intoxicados após uma permanência mínima de 12h de observação clínica em unidades de saúde; as

fichas epidemiológicas de Ocorrência Toxicológica (Ficha OT) de cada paciente, que fornecem dados de identificação do intoxicado, da ocorrência toxicológica, do tratamento realizado, da evolução clínica e do desfecho do caso; e os prontuários hospitalares dos pacientes, arquivados no Serviço de Prontuário de Pacientes (SPP/HUM).

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro para entrevista semiestruturada, destinado ao cuidador familiar, composto por dois blocos - caracterização socioeconômica e demográfica do usuário de álcool, do cuidador familiar e família.

Os dados utilizados para a caracterização dos usuários de álcool e da internação foram apresentados e discutidos na seguinte ordem: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação profissional, religião, circunstância da intoxicação (uso crônico e uso agudo do álcool), classe do agente (álcool e associação de álcool com outras drogas), duração da internação e desfecho clínico. Em relação às famílias dos usuários, foram investigados a renda familiar, o número de moradores no domicílio e doenças existentes na família, incluindo etilismo e dependência de outras drogas de abuso. Para caracterização dos cuidadores familiares, foram investigados a idade, o sexo e o grau de parentesco com o usuário de álcool, o estado civil, a escolaridade, a ocupação profissional, a religião e se praticante ou não.

O procedimento da coleta de dados ocorreu em duas fases distintas: análise documental dos prontuários hospitalares e das fichas OT de cada paciente, e entrevista domiciliar com os cuidadores familiares. Na fase de entrevista domiciliar, o cuidador foi convidado a participar da pesquisa por meio de contato telefônico, com agendamento de data e horário da entrevista, e as respostas foram registradas por meio de anotação direta no roteiro de entrevista.

Os dados foram processados no *software Excel*® 2007 e descritos em frequência absoluta. Na apresentação dos resultados, os cuidadores familiares foram identificados como CF 1, CF 2 e assim sucessivamente, correspondente à ordem cronológica das entrevistas, para assegurar o anonimato.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE). O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (UEM) de número 16868/2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Usuários de Álcool que Internaram em Terapia Intensiva e suas Famílias

A média de idade dos usuários de álcool foi de 45,1 anos sendo a menor idade 27 e a maior, 77 anos. Nove eram do sexo masculino (Quadro 1).

Usuário de álcool	Idade	Sexo	Diagnóstico médico principal	Dias de internação	Desfecho clínico
1	51	M	Cirrose hepática alcoólica	74	Alta melhorada
2	39	M	Traumatismo crânioencefálico	38	Alta melhorada
3	77	M	Broncopneumonia	55	Óbito
4	27	M	Traumatismo crânioencefálico e cirrose hepática alcoólica	33	Alta melhorada
5	42	M	Traumatismo crânioencefálico	23	Alta melhorada
6	63	F	Abdome agudo por ruptura espontânea do baço	26	Alta melhorada
7	39	M	Neurocisticercose e hidrocefalia	98	Alta melhorada
8	35	M	Hemorragia gastrointestinal e cirrose hepática alcoólica	2	Óbito
9	44	M	Peritonite aguda e cirrose hepática alcoólica	9	Óbito
10	34	M	Ferimento por arma de fogo	45	Alta melhorada

Quadro 1 – Caracterização dos usuários de álcool internado na UTI segundo sexo, idade, diagnóstico médico principal e dias de internação hospitalar. Maringá – PR, 2012.

Corroborando dados da literatura, a média de idade encontrada na presente série de casos foi similar àquela de usuários de álcool adultos na população geral, pois em todos os indicadores analisados, encontra-se grande participação de indivíduos do sexo masculino e das faixas etárias mais produtivas dos trabalhadores (ARAÚJO et al., 2004).

No entanto, os pacientes participantes deste estudo estiveram internados pelos efeitos da utilização episódica – *binge*, overdose, ou contínua de bebida alcoólica, consideradas plenamente evitáveis. Cada internação por problemas relacionados ao consumo de drogas implica em um custo econômico desnecessário para o sistema de saúde, mas também significa alto grau de sofrimento individual e para a família daquele que é internado (CARLINI et al., 2007; SOUSA; OLIVEIRA, 2010).

A maioria absoluta dos usuários de álcool era do sexo masculino, confirmando a tendência e exposição de homens aos efeitos graves do uso do álcool no organismo e conseqüentemente, ao maior número de internações hospitalares, e este fato tem direcionado corretamente o planejamento e as intervenções sociais e de saúde às

necessidades masculinas em especial (GONÇALVEZ, 2012; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006).

Em sua maioria, os usuários não mantinham relacionamento de conjugalidade: eram divorciados (4), ou solteiros e viúvos (3). A dependência do álcool foi motivo do fim dos casamentos de muitos usuários, e os cuidadores relataram que as esposas não conseguiam mais conviver com os problemas decorrentes da dependência dos maridos e os abandonaram. Sabe-se que o álcool é uma droga fortemente relacionada à desagregação familiar e seu consumo pelos homens é fator de violência doméstica e evasão de renda e bens familiares para o financiamento do vício, contribuindo para o rompimento de laços familiares (RABELLO; CALDAS JUNIOR, 2007).

Os pacientes 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 dos sujeitos possuía apenas o Ensino Fundamental (MONTEIRO et al., 2011).

Todos tinham uma profissão, porém, apenas quatro estavam empregados antes da internação hospitalar, e dentre os que obtiveram alta hospitalar, nenhum estava trabalhando no momento da entrevista pelas suas condições físicas e/ou psicológicas e a vida em família.

Sabe-se que o uso do álcool acarreta em implicações na vida do dependente. Estudo mostrou que usuários de álcool já foram demitidos ou abandonaram o emprego pelo menos uma vez na vida profissional por sofrerem perdas de ordem física e psíquica. Além das rupturas familiares, o uso abusivo do álcool e outras drogas também pode levar à perda de empregos e bens materiais, instabilidade financeira, além do distanciamento de práticas religiosas (SILVA et al., 2010; VIEIRA et al., 2010).

Seis usuários eram católicos, seguidos de evangélicos (4), mas com baixa adesão à prática de suas religiões. Pesquisas mostram que a prevalência do uso do álcool é maior em grupos que não possuem ou não praticam suas religiões e que os evangélicos fazem menor uso do álcool em relação aos católicos, e também são encontrados em menor número nos locais para tratamento de dependentes de álcool. (RABELLO; CALDAS JUNIOR, 2007; SILVA et al., 2006).

Ao discutir os efeitos adversos do consumo de substâncias psicoativas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve que estes resultam de interações de múltiplos fatores como a vulnerabilidade ou resiliência individuais, a existência ou não de suporte familiar e social, o tipo e padrão do uso de substâncias e que esses efeitos podem ser divididos em agudos ou crônicos (OMS, 2004).

Em relação às características da intoxicação, todos os casos de internação na UTI, local deste estudo, se tratavam de intoxicação alcoólica crônica. Oito cuidadores familiares afirmaram que seu parente fazia uso do álcool desde a adolescência e uma cuidadora afirmou que seu irmão, com seis anos de idade, “experimentava” álcool etílico que era utilizado nas tarefas domésticas. Três pacientes associavam álcool com outras drogas de abuso e seus cuidadores relataram que o álcool foi a primeira droga a ser utilizada por eles.

O álcool é um potencializador dos efeitos de outras drogas quando utilizadas concomitantemente, pois gera maior toxicidade e prolonga seus efeitos e o uso associado com outras drogas ocasiona maior dificuldade no controle do consumo e, conseqüentemente, aumento de comportamentos de risco e quadros clínicos de maior gravidade (SCHEFFER et al., 2010).

No que se refere à identificação de internação por múltiplas drogas, o que se observa nos serviços de assistência é que, a maior parte das pessoas internadas está em tratamento por problemas com o álcool. A seguir, observa-se a cocaína e a maconha, mas, na maioria das vezes, este consumo vem associado a outras drogas, inclusive o álcool. Além disso, embora muitas pessoas usem mais de um tipo de droga, muitas vezes a gravidade do uso se restringe a uma ou duas delas, sendo estas as indicações de internação, e o consumo das demais, fenômenos secundários ou menos relevantes (CARLINI et al., 2007).

Diversos foram os motivos que levaram à degradação da saúde dos indivíduos que necessitaram de internação em UTI, destacando-se as doenças do aparelho digestivo como a cirrose hepática alcoólica, hemorragia gastrintestinal, abdome agudo por ruptura espontânea do baço e peritonite aguda, e doenças associadas à violência como o traumatismo cranioencefálico e lesões orgânicas ocasionadas por ferimento por arma de fogo, como diagnósticos médicos mais encontrados nos prontuários hospitalares.

No Quadro 1 são mostradas algumas das características demográficas e da internação dos usuários de álcool participantes do estudo.

Efeitos agudos ou crônicos do abuso do álcool podem incluir danos individuais ou sociais e prejuízos à saúde ou em outras áreas como o trabalho e a educação. A OMS tem

desenvolvido estudos para avaliar a sobrecarga do consumo de substâncias nos diversos países e regiões. No levantamento de dados, no ano de 2007, 4,3 óbitos por 100.000 habitantes no Brasil foram relacionados ao uso de drogas. As taxas de mortalidade associada ao uso de drogas mostram que o álcool é associado acerca de 90% das mortes. Assim, o álcool seria responsável pela morte de 3,9 pessoas em cada 100.000 habitantes no Brasil (OMS, 2004).

Entre os diagnósticos médicos associados à mortalidade pelo uso do álcool, a dependência dessa droga é a causa mais frequente, seguida de intoxicação e abstinência. Esta distribuição sugere que a maior parte dos casos de morte relacionados ao uso do álcool se refere às situações em que as doenças decorrentes do uso crônico devem ter contribuído decisivamente para o óbito, sendo os quadros agudos, como as intoxicações e as abstinências, as causas menos frequentes (OMS, 2004).

O uso crônico do álcool está associado a múltiplas doenças potencialmente letais, pois é uma substância tóxica para todos os sistemas orgânicos e doenças do aparelho digestivo, do sistema cardiovascular, cânceres de vários órgãos e desnutrição são causas frequentes de morte. Entre as doenças do aparelho digestivo, a cirrose hepática, com ou sem sangramento de varizes esofagianas, seguida de insuficiência hepática, são as mais graves e fatais (CRUZ; FELICÍSSIMO, 2006).

Quadros agudos, como a intoxicação ao uso do álcool, diminuem a percepção de risco do indivíduo, o que contribui para situações de violência. Os acidentes e a violência relacionados à intoxicação pelo álcool são graves consequências do uso abusivo e contribuem para grande aumento da mortalidade em nosso país, com aumento nos últimos anos dessas notificações em registros dos sistemas de controle de transportes, de policiais e de serviços de emergências (CRUZ; FELICÍSSIMO, 2006).

Os dias de internação hospitalar variaram entre dois a 98 dias, com média de 40,3 dias. Três dessas internações culminaram em óbito, sendo que dois pacientes faleceram na UTI e um foi a óbito no setor da enfermagem, 11 dias após a alta da terapia intensiva (Quadro 1).

Os usuários internados encontravam-se em situação de extrema gravidade, mostrando que os efeitos deletérios do consumo abusivo do álcool, podem levar o indivíduo a óbito. Os reflexos do consumo dessa substância na saúde do sujeito culminam em internações hospitalares e na sobrecarga dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade assistencial. Esse consumo abusivo é uma importante causa de adoecimento e morte, além disso, pode estar relacionado a inúmeras consequências sociais negativas (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; MELONI; LARANJEIRA, 2004).

Em relação às famílias dos usuários de álcool, todos os seus cuidadores familiares moravam em casas térreas, geralmente de espaços restritos e poucos cômodos. Cinco cuidadores residiam com mais de cinco moradores no mesmo domicílio, constituindo-se em famílias expandidas, que de acordo com Muramoto e Mângia, 2011, corresponde aos parentes e familiares do usuário de álcool como tios, primos, sogra, nora, além dos pais, irmãos, filhos e cônjuges.

Quanto à renda familiar – cinco famílias apresentavam renda inferior a três salários mínimos, e cinco entre três a seis salários mínimos. No Brasil, apesar da desigualdade de renda apresentar declínio de forma contínua e acentuada, ela permanece elevada e as famílias maiores são as que possuem menor nível de renda per capita (FERRARIO; CUNHA, 2012).

A renda pode interferir, também, nos cuidados prestados, pois uma renda baixa não traz condições para o indivíduo investir em medicamentos, recursos materiais, internamentos em clínicas especializadas particulares, gerando um fator de estresse ao cuidador, refletindo em todo o âmbito familiar (SÂNCHEZ, 2001).

Além do usuário de álcool que foi internado na UTI, a dependência do álcool estava presente em outros membros de sete famílias. Este dado corrobora com estudo que teve como objetivo analisar a estrutura familiar de dependentes químicos e evidenciou que quase a totalidade das famílias possuía antecedentes do uso de drogas. Esse é um dado preocupante, pois, dentre os fatores de risco para o uso de drogas, a cultura familiar é uma das mais importantes e significativas causas que pode levar ao uso abusivo de drogas, incluindo o álcool (SELEGHIM, 2011).

Fatores genéticos também podem estar envolvidos com a dependência do álcool e outras drogas, podendo eles operar em todas as etapas do vício, como a vulnerabilidade à iniciação, uso contínuo e tendência a tornar-se um dependente da substância, como o caso de algumas famílias que apresentaram pais etilistas que também tiveram filhos dependentes do álcool (MING; BUMEISTER, 2009).

### **Cuidadores Familiares dos Usuários de Álcool**

A idade dos cuidadores familiares variou entre 35 a 65 anos, com uma média de 46,7 anos. A maioria absoluta era do sexo feminino (9), casadas e com baixo nível de escolaridade - quatro apresentavam Ensino Fundamental incompleto (Quadro 2).

CF	Idade	Sexo	Grau de parentesco	Estado civil	Escolaridade	Ocupação
1	58	F	Irmã	Divorciada	Ens. fund. Incompleto	Do lar
2	41	F	Irmã	Casada	Ens. fund. Incompleto	Zeladora
3	53	M	Filho	Casado	Ens. fund. Completo	Mestre de obras
4	35	F	Irmã	Casada	Ens. médio completo	Cozinheira
5	45	F	Irmã	Casada	Ens. médio completo	Do lar
6	36	F	Filha	Divorciada	Ens. médio completo	Trabalha com confecção
7	38	F	Esposa	Casada	Ens. fund. Completo	Trabalha em lavanderia
8	45	F	Tia	Casada	Ens. superior	Coordenadora escolar
9	65	F	Mãe	Viúva	Ens. fund. Incompleto	Aposentada
10	51	F	Mãe	Casada	Ens. fund. Incompleto	Do lar

Quadro 2 – Caracterização dos cuidadores familiares segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e grau de parentesco com o usuário de álcool. Maringá – PR, 2012.

A maioria dos cuidadores era irmãs (4) e mães (2) dos usuários de álcool como mostrado no Quadro 2. Estudos mostram que a maioria de cuidadores de pessoas que sofrem de dependência química como o álcool, são mulheres, geralmente mães, esposas e irmãs dos usuários (KANTORSKI, et al., 2012; PENA; GONÇALVES, 2010).

A tendência de cuidadores do sexo feminino está de acordo com achados em outros estudos, nos quais a população feminina representa 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 (NARDI, 2007).

O fato de estar casado pode interferir positiva ou negativamente para o cuidador. Estar casado pode ser um fator facilitador de apoio para receber auxílio nas tarefas desenvolvidas com o usuário de álcool e dividir as demais responsabilidades da casa, porém, esses indivíduos também podem evidenciar níveis elevados de tensão pelo fato de necessitarem equilibrar as necessidades específicas do usuário de álcool com as dos demais membros da família, em especial, o cônjuge (FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI, 2007).

O nível de escolaridade encontrado entre os cuidadores familiares acompanha a tendência de uma escolaridade predominantemente baixa entre cuidadores, tornando-se um



fato preocupante, pois em se tratando de usuários abusivos de álcool que estiveram internados em terapia intensiva, são exigidas tarefas complexas ao cuidador que necessita de um nível maior de instrução (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; RODRÍGUEZ, 2005).

O baixo nível de escolaridade interfere na prestação de cuidados e pode estabelecer uma barreira no processo da educação em saúde. Quanto menor o nível de escolaridade, maior as alterações emocionais que podem ser evidenciadas pelo desempenho de desenvolver o papel de cuidador familiar, com maior dificuldade do enfrentamento da situação (FERNANDES; GARCIA, 2009; SANTOS; PAVARINI, 2010).

Na esfera do âmbito profissional, cinco cuidadores não exerciam atividade remunerada fora do domicílio – três eram do lar, um era zeladora, porém encontrava-se afastada do emprego por motivos de doença, e um era aposentada. Os outros cinco cuidadores possuíam atividade empregatícia e necessitavam dividir esta atividade com a tarefa de cuidar do familiar (Quadro 2).

Cuidadores em idade economicamente ativa podem vivenciar o impacto negativo do cuidado, pois, geralmente, têm de dividirem as tarefas de cuidar e acompanhar os familiares usuários de álcool, com os demais afazeres no próprio âmbito familiar e de trabalho (YEH; JOHNSON; WANG, 2002).

Para os cuidadores participantes neste estudo, a preocupação com o familiar usuário de álcool interferia negativamente no trabalho, pois era difícil administrar as tarefas de cuidar com o tempo dedicado ao emprego. Mesmo necessitando de uma renda salarial, a tarefa de cuidar dificultava que o cuidador execute atividades extradomiciliares.

Cuidar de um familiar dependente pode interferir na atividade remunerada fora do domicílio, pois o cuidador enquanto está ausente, mantém-se constantemente preocupado com o familiar, o que pode também interferir na qualidade do seu trabalho, além de não poder estar presente todo o momento para prestar cuidados à pessoa que necessita, interferindo também na qualidade do cuidado prestado (FERNANDES; GARCIA, 2009).

O fato de neste estudo, a maioria dos cuidadores ser irmãs, pode ser explicado baseado em literatura que afirma que o abuso do álcool, muitas vezes, é responsável pelos termos de relacionamentos e afastamento dos filhos (RABELLO; CALDAS JÚNIOR, 2007). Vale ressaltar que o único cuidador do sexo masculino cuidava do pai viúvo, mas recebia auxílio da esposa para o cuidado. Suas irmãs moravam em outra cidade e por isso não eram cuidadoras referenciais do pai.

Muitos dos usuários de álcool também já haviam perdido os pais, restando-lhes, em alguns casos, apenas os irmãos como familiares mais próximos que aceitaram acolher e cuidar dos mesmos. Em dois casos, os irmãos não eram cuidadores referenciais, porém auxiliavam os cuidadores nas prestações de cuidados.

Todos os cuidadores relataram pertencer a alguma religião. Houve o predomínio da religião católica (5), porém três não eram praticantes e cinco eram evangélicos, sendo um não-praticante.

A religiosidade pode desempenhar importante função apaziguadora para o enfrentamento de eventos estressantes e dolorosos e auxilia o familiar a entender o estado clínico do ente internado e o sofrimento causado por essa situação (NASCIMENTO; CAETANO, 2003; OLIVEIRA et al., 2012).

Ao mencionarem suas religiões, ficou evidente a importância da fé e espiritualidade na busca de conforto e esperança do cuidador, pois muitos deles relataram buscar nas orações fortalecimento para continuarem suas atividades de cuidar e pedidos de melhoras de saúde aos entes usuários de álcool, além de depositarem na fé a confiança de que seus entes parassem de fazer o uso abusivo da bebida.

Cuidadores familiares têm maior proximidade para monitorar as manifestações da doença e a eficácia da terapêutica. Mais ativos na manutenção desse cuidado, os cuidadores de doentes mentais, muitas vezes, convivem negativamente com a imprevisibilidade comportamental do doente e com os custos dessa dedicação, tornando-os mais suscetíveis às inúmeras dificuldades cotidianas na manutenção dos tratamentos desses pacientes, podendo ocasionar variações na sobrecarga familiar (MELMAN, 2002).

O termo “sobrecarga familiar” fundamenta-se no impacto provocado pela presença do portador de sofrimento mental junto ao meio/ambiente familiar e estão envolvidos aspectos econômicos, práticos e emocionais a que se encontram submetidos aqueles familiares que se encarregam do cuidado necessário e exigido pelo usuário de álcool (MELMAN, 2002).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os usuários de álcool do estudo possuíam média de idade de 45,1 anos, sendo a maioria homens, divorciados, de baixa escolaridade e estavam fora do mercado de trabalho. Todos foram internados por efeitos da intoxicação alcoólica crônica, a média

das internações hospitalar foi de 40,3 dias e ocorreram três óbitos. Este estudo também confirma a tendência do sexo masculino e em idade economicamente ativa, à maior exposição e, conseqüentemente, aos efeitos graves do uso abusivo do álcool ao organismo.

Cinco famílias apresentavam renda inferior a três salários mínimos, e a dependência química do álcool por outros membros esteve presente em sete delas, confirmando estudos que apontam que dentre os fatores de risco para o uso de drogas como o álcool, a cultura familiar é uma das mais importantes e significativas causas que pode levar o sujeito a fazer o uso abusivo da substância. Fatores genéticos também podem estar envolvidos com a dependência, e pessoas que vivem no ambiente de alcoolismo têm maior predisposição para tornarem-se usuários de álcool.

O parentesco predominante dos cuidadores em relação aos usuários de álcool foram irmãs, pois muitos usuários tinham se afastado das esposas e filhos por abuso do álcool e já não tinham mais progenitores vivos ou esses não tinham condições físicas de exercerem a atividade de cuidador. Entre os cuidadores familiares, a média de idade foi de 46,7 anos, sendo a maioria mulheres - dado que confirma a tendência de pessoas do sexo feminino em assumirem o papel de cuidadoras -, casados e de baixa escolaridade, tornando-se um fato preocupante, pois em se tratando de usuários abusivos de álcool que estiveram internados na UTI, muitas vezes são exigidas tarefas mais complexas ao cuidador que necessita de um nível maior de instrução.

Observou-se que o consumo abusivo do álcool entre os integrantes da série de casos foi determinante causa de adoecimento e morte precoces, de desemprego, separação conjugal e afastamento da família nuclear e sobrecarga de outros membros da família, principalmente irmãs e tias.

Considerando que a internação em UTI é um evento significativo na vida do paciente e sua família, os serviços de saúde deveriam atuar com essas duas populações: os usuários de álcool, trabalhando além do favorecimento para a interrupção do uso de álcool, com atividades de reabilitação e reinserção do indivíduo na sociedade; e suas famílias, em especial os cuidadores familiares, que também são codependentes do alcoolismo. O profissional enfermeiro não deve abster-se dessa realidade e procurar entender melhor o universo dessa população, a fim de proporcionar-lhes uma assistência mais eficaz e humanizada.

## REFERÊNCIAS

- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-472, 2008.
- ARAÚJO, R.B. et al. A avaliação do craving em alcoolistas na síndrome de abstinência. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 9, n. 1, p. 71-76, 2004.
- BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 16, p. 488-494, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF, 2008. (Normas e manuais técnicos).
- CARLINI, E. A et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: CEBRID, 2007.
- CRUZ, M. S.; FELICÍSSIMO, M. Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. In: LACERDA, R. B. (Coord.). **Efeitos de substâncias psicoativas no organismo**. Brasília, DF: Secretária Nacional Antidrogas, 2006. (Supera, 2).
- FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 393-399, 2009.
- FERRARIO, M. N.; CUNHA, M. S. Estrutura e renda familiar no Brasil. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 117-136, 2012.
- FLETCHER, R. T. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clinica**: aspectos fundamentais. Barcelona: Elsevier Masson, 2007.
- GALPERIM, B. et al. Análise dos escores de gravidade como preditores na mortalidade em cirróticos hospitalizados. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 3, n. 53, p. 221-225, 2009.
- GONÇALVES, A. Álcool é a droga que mais mata. **Gazeta de Maringá**, Maringá, fev. 2012. Disponível em:  
<<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=1220239&tit=álcool-e-a-droga-que-mais-mata>>. Acesso em: 20 fev. 2012.
- KANTORSKI, L. P. et al. Perfil dos Familiares cuidadores de usuarios de centros de atenção psicossocial do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 85-92, 2012.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo sociais e de Saúde do do Consumo do Álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, suppl. 1, p. 7-10, 2004.

MING, D. L.; BUMEISTER, M. New insights into the genetics of addiction. **Nature Reviews Genetics**, London, v. 10, n. 4, p. 225-231, 2009.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em caps-ad do Piauí. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

MURAMOTO, M.T.; MÂNGIA, E.F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2165-2177, 2011.

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

NASCIMENTO, A. R.; CAETANO, J. A. Pacientes de UTI: perspectivas de e sentimentos revelados. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 6, n. 57, p. 12-17, 2003.

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

OLIVEIRA, M. L. F.; ARNAUTS, I. Intoxicação alcoólica em crianças a adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 83-89, 2011.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-481, 2006.

OMS- Organização Mundial de Saúde. **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence**. Genebra: World Health Organization, 2004.

PENA, A. P. S.; GONÇALVES, J. R. L. Atención de enfermería a familiares cuidadores de pacientes alcohólicos. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010.

RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007.

RODRÍGUEZ, P. R. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, Madrid, v. 40, suppl. 3, p. 5-15, 2005.

ROSA, C. M. R.; FONTANA, R. T. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 752-759, 2010.

SÀNCHEZ, C. S. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 19, n. 2, p. 36-50, 2001.

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

SCHEFFER, M. et al. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SELEGHIM, M. R. **Recursos e adversidades no ambiente familiar de indivíduos usuários de crack**. 2011. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2011.

SILVA, L. H. P. et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 585-590, 2010.

SILVA, L. V. E. R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-288, 2006.

SOUSA, F. S .P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 671-677, 2010.

VIEIRA, J. K. S. et al . Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, 2010.

YEH, S.; JOHNSON, M. N.; WANG, S. The changes in caregiver burden following nursing home placement. **International Journal of Nursing Studies**, Elmsford, v. 39, n. 6, p. 591-600, 2002.

**COTIDIANO DE CUIDADORES FAMILIARES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL  
QUE NECESSITARAM DE INTERNAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA<sup>1</sup>**

**THE QUOTIDIAN OF FAMILY CAREGIVERS OF ALCOHOL USERS WHO  
REQUIRED INTENSIVE CARE HOSPITALIZATION**

**COTIDIANO DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE USUARIOS DE ALCOHOL  
QUE NECESITARON DE HOSPITALIZACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA**

Flávia Antunes\*  
Magda Lúcia Félix de Oliveira\*\*

**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi descrever o cotidiano do cuidado domiciliar a usuários de álcool praticado por seus cuidadores familiares. Estudo exploratório-descritivo, com abordagem de dez cuidadores referenciais de pacientes com diagnósticos médicos associados ao uso crônico de álcool e que foram internados na unidade de terapia intensiva (UTI) adulto de um hospital ensino da região Noroeste do Paraná, no período de janeiro a dezembro de 2011. A coleta de dados foi realizada no domicílio, por meio de entrevista semiestruturada com os cuidadores familiares. Para a análise de dados foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática e os achados foram reunidos em três unidades de análise – “Atividades do cuidar antes e após a internação em terapia intensiva”; “O cuidar de um membro familiar usuário abusivo de álcool”; “O apoio familiar como facilitador no processo de cuidar”. Entre os usuários de álcool que necessitaram de internação na UTI, sete receberam alta hospitalar, com cinco deles apresentando sequelas físicas e psicossociais, e três evoluíram a óbito. Os cuidados prestados aos usuários de álcool imediatamente após a internação em UTI tornaram-se de maior complexidade. Cuidar e co-habitar com usuários dependentes de álcool, era uma situação difícil, pois seus cuidadores muitas vezes estiveram expostos às violências. A colaboração dos demais familiares no processo de cuidar era importante fator facilitador ao cuidador para a prestação de cuidados. As famílias dos usuários de álcool sofreram o processo de desestruturação não só pela dependência do álcool no âmbito familiar, mas também pela internação do parente usuário de álcool em terapia intensiva.

**Palavras-chave:** Relações familiares. Bebidas alcoólicas. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermagem.

---

<sup>1</sup> Resultado parcial da dissertação de Mestrado *Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

\* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Hospital Universitário Regional de Maringá. E-mail: flanti@bol.com.br

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

## ABSTRACT

The aim of this study was to describe the daily life of home care rendered by family caregivers to alcohol users. An exploratory-descriptive study, carried out with 10 caregivers of patients with medical diagnoses associated to chronic alcohol abuse, who were hospitalized in the adult intensive care unit (ICU) of a university hospital in the northwest of Paraná State, from January to December 2011. Data collection was performed through semi-structured interviews with 10 family caregivers. For data analysis, the Thematic Content Analysis was used and the findings were grouped into three units of analysis - Activities of care before and after hospitalization in intensive care; The conviviality and the difficult task of caring for an alcohol abuser; Family support as a facilitator in the caregiving process. Among the alcohol users who required ICU admission, seven were discharged, with five of them having physical and psychosocial sequelae, and three died. The care provided to users of alcohol immediately after ICU became more complex. Caring and co-inhabiting with alcohol dependent was a difficult situation because their caregivers were often exposed to violence. The participation of other family members in the caregiving process was an important facilitating factor for the caregiver. Families of alcohol users have undergone a process of destruction not only because of alcohol dependence in the family, but also by the hospitalization of the alcohol user in intensive care units.

**Keywords:** Family relations. Alcoholic beverages. Intensive Care Units. Nursing.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir la vida cotidiana de los cuidados domiciliarios a los consumidores de alcohol practicadas por los cuidadores familiares. Estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje de diez cuidadores referenciales de pacientes con diagnósticos médicos asociados al uso crónico de alcohol y que ingresaron en la unidad de terapia intensiva (UTI) adulto de un hospital de enseñanza del Noroeste del Paraná, en el período de enero a diciembre de 2011. La colecta de datos fue realizada en las casas, mediante entrevistas semi-estructuradas con los cuidadores familiares. Para el análisis de los datos se utilizó el Análisis de Contenido Temático y los resultados se agruparon en tres unidades de análisis - Actividad del cuidado antes y después de la hospitalización en terapia intensiva; El convivio y la difícil tarea de cuidar de un miembro de la familia que abusa del alcohol; El apoyo familiar como facilitador en el proceso de cuidar. Entre los consumidores de alcohol que necesitaron de hospitalización en la UTI, siete *recibieron alta hospitalaria*, con cinco de ellos con secuelas físicas y psicosociales, y tres murieron. Los cuidados prestrados a los usuarios de alcohol inmediatamente después de la alta de la UTI se tornó de mayor complejidad. Cuidar y co-habitar con usuarios dependientes de alcohol, era una situación difícil porque a menudo, sus cuidadores estuvieron expuestos a la violencia. La colaboración de los demás familiares en el proceso de cuidar era importante factor para facilitar al cuidador a prestación de cuidados. Las familias de los consumidores de alcohol sufrieron un proceso de desestructuración, no sólo por la dependencia del alcohol dentro de la familia, pero también por la hospitalización del pariente usuario de alcohol en cuidados intensivos.

**Palabras-clave:** Relaciones familiares. Bebidas alcohólicas. Unidades de Cuidados Intensivos. Enfermería.



## INTRODUÇÃO

O uso do álcool pode colaborar para o declínio nas condições de saúde do indivíduo, tornando-o vulnerável a doenças orgânicas e mentais graves, às comorbidades e até mesmo à morte prematura. (SABUROVA et al., 2011). Aproximadamente, 8 mil óbitos ocorrem anualmente em decorrência do abuso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil, e o álcool é responsável por 85% destas mortes (GONÇALVES, 2012).

O álcool é uma substância tóxica para todos os sistemas orgânicos e seu uso crônico pode acarretar doenças do aparelho digestivo, do sistema cardiovascular, cânceres de vários órgãos e desnutrição que são causas frequentes de morte. Entre as doenças do aparelho digestivo, a cirrose hepática, seguida de insuficiência hepática, é a mais grave e fatal (CRUZ; FELICÍSSIMO, 2006).

Na presença de doenças crônicas não-transmissíveis no ambiente domiciliar, como hipertensão arterial ou dependência do álcool, a família convive com a problemática da doença e responsabiliza-se primariamente pelos cuidados demandados pela mesma, o que pode trazer alterações não só nas relações afetivas e sociais entre os membros, como em todo o cotidiano familiar (MARCON et al., 2005).

Geralmente, uma pessoa da família assume o papel de cuidar diretamente do doente, e responde pelas tarefas de cuidar e zelar do membro que apresenta dependências, por incapacidades funcionais temporárias ou definitivas. Cuidadores de usuários de álcool sofrem mudanças nas suas rotinas e atividades para acompanhar e vigiar o familiar dependente, seja em casa ou quando este está internado (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005; SANTOS; MARTIN, 2009).

Entende-se por cuidador, a pessoa da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados e vigília, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).

Os problemas relacionados ao álcool e ao alcoolismo repercutem no aumento da demanda por atendimento de saúde e internações em hospitais gerais (VARGAS, 2010). Doenças graves causadas pelo uso abusivo do álcool estão presentes em até um terço dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) (CLARK et al., 2012).

As UTI são locais destinados aos pacientes em situações graves de saúde e elevado risco de vida e onde internam os pacientes que possuem comprometimento das funções

vitais, necessitando de atendimento de equipe de saúde especializada, em especial, de enfermagem (ROSA; FONTANA, 2010).

Famílias de pacientes usuários de álcool vivem em situação de fragilidade e um evento, como a internação em terapia intensiva, é um fator que pode gerar ainda mais desgaste. Neste setor, observa-se que as pessoas, ao visitarem seus familiares internados, demonstram muito receio e temem pela vida dos mesmos, ao vê-los frágeis e dependentes de muitos cuidados (NASCIMENTO et al., 2007).

A internação em UTI também pode ocasionar angústia ao cuidador familiar, pois além da possibilidade do tipo de cuidado prestado ao usuário de álcool, possivelmente, ser alterado após a internação nessa unidade, por motivo de sequelas físicas ou mentais, há também a possibilidade da morte deste familiar como desfecho da internação. Uma vivência com maior vínculo com a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, pode trazer ao familiar menos inquietação e maior aprendizado em relação ao tratamento, visando ao autocuidado apoiado após a alta hospitalar (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

A literatura acerca do cotidiano de cuidadores familiares de usuários de álcool que estiveram internados em terapia intensiva é um tema pouco discutido nos meios científicos, e fundamental para subsidiar ações de prevenção e a prática da intervenção clínica e do cuidado de enfermagem. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi descrever o cotidiano do cuidado domiciliar a usuários de álcool, praticado por cuidadores familiares.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo é de caráter exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa (MINAYO, 2010).

O total de participantes desta pesquisa é dez cuidadores de familiares de pacientes com diagnóstico médico associado ao uso agudo ou crônico de álcool, que foram incluídos no banco de dados do Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIAT) e internados na UTI Adulto de um hospital ensino da região Noroeste do Paraná, no período de janeiro a dezembro de 2011.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para os participantes da pesquisa: familiar de pacientes que obtiveram alta hospitalar, transferência ou óbito como desfecho da internação na UTI; residentes no município de Maringá - Paraná; idade superior ou

igual a 18 anos e relação de convivência ou co-habitação com o paciente, antes e após sua internação em UTI, sendo seu cuidador referencial.

No período estabelecido para o estudo, foram registrados no CIAT 24 pacientes com diagnóstico médico principal ou secundário de intoxicação aguda ou crônica por uso de álcool e que foram internados na UTI Adulto. Foram excluídos do estudo “a priori” 12 pacientes - 11 residiam fora do município estabelecido para o estudo e uma era morador de rua, sem possuir relações familiares efetivas. Aconteceram ainda duas perdas: uma recusa do cuidador familiar e um paciente possuía dados telefônicos e postais incorretos no cadastro hospitalar.

Os dados foram coletados com entrevista semiestruturada e diário de campo que teve a finalidade de registrar informações pertinentes apontadas pelo entrevistador após a realização das entrevistas.

O roteiro para entrevista era composto por dois blocos temáticos – (1) caracterização socioeconômica e demográfica do cuidador familiar, do usuário de álcool e (2) cinco questões abertas, destinadas ao cuidador familiar, com os seguintes itens: “Fale sobre como é (foi) conviver e cuidar de seu familiar usuário de álcool antes da internação do mesmo em terapia intensiva”; “Fale sobre como é (foi) conviver e cuidar de seu familiar após a internação do mesmo em terapia intensiva pelo uso de álcool”; “Que tipo de cuidado(s) você realiza (realizou) e como é seu cotidiano de cuidado?”; “Como é (era) sua relação com esse familiar?”; “Comente sobre o que significou para você ter o familiar internado em terapia intensiva em decorrência do uso de álcool”.

O trabalho de campo iniciou com a seleção dos casos, mediante consulta à Relação de Pacientes Internados do CIAT, e auditoria das fichas OT e prontuários hospitalares de cada paciente incluído no estudo. Por meio de contato telefônico à família dos pacientes, foi identificado quem era o cuidador familiar referencial, e este, convidado a participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no domicílio do familiar cuidador e apenas um participante preferiu que a entrevista acontecesse em seu local de trabalho.

A aplicação do roteiro de entrevista foi realizada pela pesquisadora, em um único encontro com cada participante, e teve a duração média de 50 min. As questões foram gravadas em mídia digital, em pelo menos dois gravadores e o preenchimento do diário de campo foi realizado após cada entrevista.

As entrevistas foram transcritas integralmente e os dados qualitativos analisados, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo na modalidade Análise Temática (MINAYO,

2010). Após o tratamento dos dados, os mesmos foram organizados e as informações contidas no material foram reunidas em três unidades de análise: “Atividades do cuidar antes e após a internação em UTI”; “O cuidar de um membro familiar usuário abusivo de álcool”; “O apoio familiar como facilitador no processo de cuidar”.

Para facilitar a interpretação e apresentação dos dados, alguns trechos dos depoimentos foram readequados do ponto de vista ortográfico, sem alteração no conteúdo, e para manter o anonimato, os entrevistados foram identificados como Cuidador Familiar 1 (CF 1), CF 2 e assim sucessivamente, correspondente à ordem temporal das entrevistas.

Os usuários de álcool que estiveram internados em UTI encontravam-se em sua maioria, fragilizados e vulneráveis, e para preservá-los, bem como respeitá-los nas suas individualidades, tomou-se o cuidado para que as entrevistas fossem realizadas distantes dos mesmos, ou seja, em outro ambiente da casa e que não pudessem ser ouvidas ou presenciadas pelos usuários de álcool ou por outros familiares.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 16868/2012).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A faixa etária dos cuidadores familiares variou entre 35 e 65 anos, com média de idade de 46,7 anos; a maioria do sexo feminino (9); casados (7); com baixa escolaridade e baixa renda familiar; e em maior proporção, irmãs dos usuários de álcool (4); cinco deles exerciam atividade remunerada fora do domicílio. Todos referiram alguma inserção religiosa, porém quatro não eram praticantes.

Em sete famílias, o uso nocivo do álcool por mais de um membro familiar esteve presente. Esse é um dado alarmante, pois a cultura do uso de drogas no ambiente familiar é importante fator de risco para a iniciação ao uso de drogas de abuso como o álcool, por um membro da família (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010).

Entre os usuários de álcool que necessitaram de internação na UTI Adulto, sete receberam alta hospitalar, com cinco deles apresentando sequelas físicas e psicossociais, e três evoluíram a óbito: dois pacientes foram a óbito na própria UTI, e um paciente foi a óbito no setor da enfermagem, 11 dias após receber alta da terapia intensiva. Todos foram internados por efeitos da intoxicação alcoólica crônica.

A média de idade dos pacientes era de 45 anos; a maioria do sexo masculino (9), divorciados (4), com baixa escolaridade e estavam fora do mercado de trabalho. Permaneceram internados por períodos de dois a 98 dias, com média de 40 dias de hospitalização, e após a alta hospitalar, dois retornaram ao uso nocivo da bebida alcoólica, e outros três manifestavam a vontade de “voltar a beber”, segundo o cuidador familiar. Mesmo a internação em UTI ser um importante evento gerador de sofrimento na vida dos pacientes, ela não foi capaz de afastá-los da recaída e diminuir a sobrecarga nas famílias.

Um evento como a internação em UTI pode sustentar o desgaste de cuidadores familiares e famílias dos usuários de álcool, pois há alta possibilidade de sequelas como desfecho da internação. Quando os pacientes recebem alta hospitalar, os cuidados domiciliares tornam-se mais complexos e ocasionam maior desgaste físico ou mental ao cuidador, pois geralmente os pacientes ficam debilitados e as sequelas físicas ou psicológicas demandam mais atenção de seus cuidadores (MAURITI; GALDEANO, 2007).

### **Atividades do Cuidar Antes e Após a Internação em Terapia Intensiva**

Os cuidadores familiares dos usuários de álcool desenvolviam diversas atividades de cuidar antes e após a alta hospitalar do usuário de álcool, e depois da internação em UTI, os cuidados exigidos tornaram-se de maior complexidade, exigindo ainda mais dedicação do cuidador.

Entre as atividades desempenhadas pelos cuidadores, a tipologia dos cuidados foi dividida em Cuidados prestados antes da internação em UTI, Cuidados realizados logo após a alta hospitalar, e os Cuidados realizados no momento da entrevista (Figura 1).

Como todos os pacientes faziam uso crônico e contínuo da bebida alcoólica antes da internação hospitalar, estes necessitavam permanentemente de cuidados em relação aos efeitos da dependência dessa substância, ou seja, os cuidadores viviam em um ambiente familiar de frequente tensão, em uma atitude de orientação para abstinência e de vigilância para impedir as “fugas” e “saídas” dos pacientes, mantendo portas trancadas ou escondendo “a chave do carro” como relatado por cinco cuidadores.

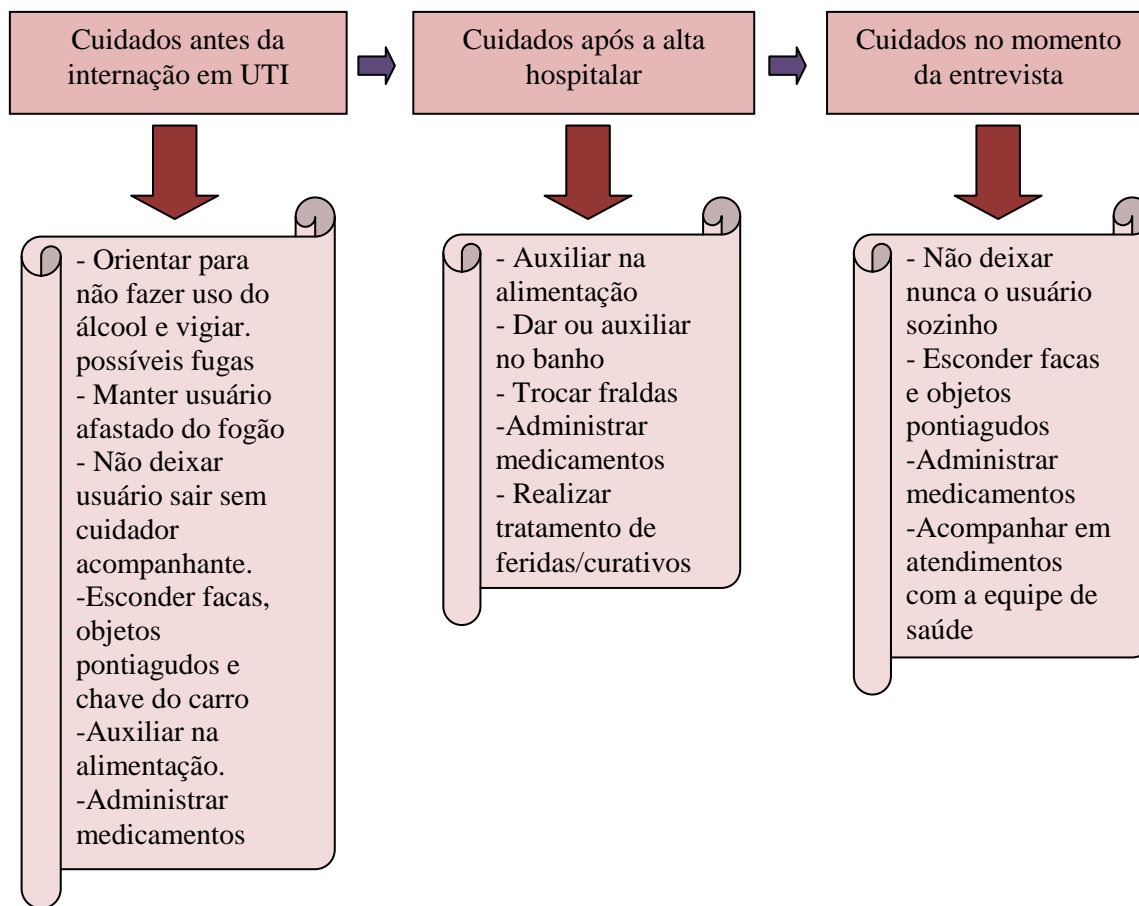


Figura 1 – Cuidados predominantes realizados pelos cuidadores familiares dos usuários de álcool antes da internação na UTI, imediatamente após a alta hospitalar e cuidados no momento da entrevista. Maringá – PR, 2012.

Outra atividade presente nos relatos dos cuidadores era a supervisão constante da segurança do paciente: mantê-los afastados “do fogão”, pelo perigo de queimaduras (4 cuidadores); não permitir o acesso a objetos agudos e cortantes, para diminuir o risco de violência doméstica (2 cuidadores); e não deixar que saíssem do domicílio sem um cuidador acompanhante, para evitar acidentes automobilísticos e envolvimento em brigas e agressões (3 cuidadores).

*Não podia deixar ele sozinho [...] A porta da sacada que ficava no segundo andar ficava sempre trancada para ele não pular e fugir (CF 9, 65 anos, mãe do usuário de álcool de 44 anos)*

O abuso do álcool pode produzir transtornos responsáveis por prejuízos à saúde física e mental dos usuários (diminuindo a percepção de risco e levando-os a ações violentas, como brigas e acidentes de trânsito), causando importante impacto sobre os mesmos, portanto, a segurança desse grupo é de extrema importância e deve ser feita de

modo a evitar eventos adversos de natureza danosa ou prejudicial no decorrer da prestação de cuidados (SANTOS; PADILHA, 2005).

Também foram citados cuidados típicos de ações de enfermagem, como estimular a alimentação e administrar medicamentos, apontando a necessidade do apoio formal das equipes de saúde, em especial, da enfermagem, em ações voltadas à orientação e ensinamento das práticas de cuidados voltadas aos cuidadores que realizam essas atividades no domicílio.

Esse apoio é fundamental para ajudar a promover o bem-estar ao cuidador, que muitas vezes pode não demonstrar ou não perceber que precisa de ajuda e orientação também para seu autocuidado, uma vez que cada pessoa reage de forma diferente frente à doença do seu familiar (VILAÇA et al., 2005).

Após a alta hospitalar, muitos pacientes demandaram cuidados ainda mais específicos. Os cuidados mais referidos eram relacionados à manutenção da vida, como auxiliar na alimentação (7 cuidadores), realizar ou auxiliar no banho, seja ele em cadeira ou no leito (7 cuidadores) e trocar fraldas (4 cuidadores). Cuidados de reparação como oferecer e administrar medicamentos na dosagem e horários prescritos pelo médico (7 cuidadores) e realizar tratamento de feridas/curativos (3 cuidadores), também foram relatados como ilustrado pelo depoimento:

*Quando ele saiu da UTI, precisava dar banho, dormir do lado dele para ele não cair, colocar comida para ele, dar os remédios na hora certa, fazer o curativo da orelha [...] (CF 5, 45 anos, irmã do usuário de álcool de 42 anos)*

Os cuidados de manutenção de vida são aqueles realizados no cotidiano, cuja função é sustentar a vida, e estão relacionados com a necessidade de nutrição, higiene, entre outros, sendo que esses cuidados são fundamentados em costumes, valores e crenças de cada cuidador. Os cuidados de reparação são considerados cuidados que visam à reparação ou ao tratamento da doença (COLLIÈRE, 1989).

Com o passar do tempo pós-hospitalização, os usuários de álcool conquistaram maior autonomia e os cuidados prestados pelos cuidadores voltaram-se novamente para os efeitos sociais da dependência do álcool. Os mais relatados foram manter os usuários sempre em observação, nunca “deixando-os sozinhos” (5 cuidadores), com medo que esses retornassem ao uso da bebida alcoólica (recaída); esconder objetos cortantes no domicílio

(2 cuidadores); organizar os medicamentos e horários de administração (3 cuidadores); e acompanhar o paciente em atendimentos com a equipe de saúde (4 cuidadores).

*O cuidado com ele hoje, é ficar em cima pra ele não beber. Então a gente procura sempre em ter um adulto aqui em casa[...]Jeu quase não saio mais de casa só para ficar com ele [...]* (CF 4, 35 anos, irmã do usuário de álcool de 27 anos)

De acordo com Miranda et al. (2006), mediante a experiência e convivência com os comportamentos manifestos pelo uso abusivo do álcool, a família aprende e passa a proporcionar cuidados contínuos necessários. Neste estudo, observou-se uma predominância de atividades que mantivessem os usuários sempre próximos aos cuidadores, a fim de que os mesmos não “bebessem”, evitando necessitar passar por toda a experiência da internação novamente:

*[...] procuro não deixar ele sozinho, não quero deixar ele ir embora [...]  
Se ele voltar a beber ele não vai suportar!* (CF 1, 58 anos, irmã do usuário de álcool de 51 anos)

*O cuidado com ele hoje, é ficar em cima pra ele não beber. Então a gente procura sempre em ter um adulto aqui em casa[...]Jeu quase não saio mais de casa só para ficar com ele [...]* (CF 4, 35 anos, irmã do usuário de álcool de 27 anos)

*[...] não deixo mais ele sair do meu lado, não quero que ele volte àquela vida [...]* (CF 5, 45 anos, irmã do usuário de álcool de 42 anos)

Durante as entrevistas, apenas dois cuidadores relataram que buscaram algum grupo de ajuda. Quando houve participação de cuidadores em grupos terapêuticos e de apoio, foi no intuito de tentar fazer com que o familiar usuário de álcool também frequentasse o grupo, na tentativa de fazê-lo “parar de beber”, e não como forma de apoio para o próprio auxílio no enfrentamento da problemática do cuidar. Era sempre pensando no familiar e não em si mesmo, como cuidador.

Em muitas modalidades terapêuticas é incentivada a participação da família no tratamento, na reabilitação e na reinserção social do alcoologista, o que possibilita troca de experiências e ajuda mútua. No entanto, é preciso que as famílias se integrem como parte do projeto terapêutico, considerando o estado de codependência da maioria de seus membros (JAHN, 2007).



A rotina de prestação de cuidados no momento em que aconteceram as entrevistas caracterizou-se pela utilização de grandes períodos de tempo na atividade de cuidar. Seis cuidadores relataram que o número de horas dedicados aos cuidados eram “as 24h do dia”. A rotina intensa de cuidados ao usuário de álcool vai além dos cuidados dedicados às atividades pessoais e às necessidades humanas dos usuários, pois existe a sobrecarga da preocupação do familiar em estar sempre atento para que o usuário “não volte a beber”, o que causa constante preocupação e angústia a quem cuida.

O uso crônico de álcool por um membro da família acarreta repercussões na vida do seu cuidador, fazendo com que estes façam parte de um cotidiano instável e sofrido, tornando-os também doentes em potencial (SANTOS; MARTIN, 2009). Cuidar do alcoolista se mostra como algo desgastante e faz com que ocorra o surgimento de dificuldades para realizar esses cuidados. Nesse aspecto, é fundamental oferecer suporte emocional e educativo ao familiar cuidador e à família, respeitando suas peculiaridades e limitações (GONÇALVES; GALERA, 2010).

### **O Cuidar de um Membro Familiar Usuário Abusivo de Álcool**

A dependência do álcool por um membro da família trouxe adversidades ao ambiente familiar e, prestar cuidados aos mesmos, não foi considerado uma tarefa fácil pelos cuidadores. O abuso e a dependência dessa substância tornaram os usuários dessa droga, pessoas agressivas, de difícil convivência e pouco receptivos para receber cuidados.

Os relacionamentos descritos pelos cuidadores familiares mostraram que a violência estava presente no cotidiano após o início do uso abusivo do álcool. A convivência e as relações familiares muitas vezes se mostraram prejudicadas, com presença constante de agressão verbal, e os cuidadores não conseguiam manter uma relação pacífica com os usuários de álcool. Sete entrevistados citaram alguma forma de agressividade, principalmente após a ingestão da bebida alcoólica, ilustrada pelos depoimentos:

*Ele era calmo, depois, com o passar do tempo e sempre bebendo, ele foi ficando mais agressivo, não chegava a bater, mas de vocabulário, sim (CF 1, 58 anos, irmã do usuário de álcool de 51 anos)*

*Ele quando bebia [...] Deus que me perdoe, não gosto nem de lembrar [...] Ele começou a ficar agressivo, a partir pra cima da gente, tentou*

*enforçar a minha irmã, ele pegava faca [...] Ele não tem mais condições de conviver com as pessoas [...] (CF 2, 41 anos, irmã do usuário de álcool de 39 anos)*

*[...] ele era bastante agitado, nervoso. Um dia ele quis bater a cabeça na parede. Às vezes ele ficava alterado comigo, aí juntava a bebida, ficava meio, sabe? [...] meio doido [...] Aí ele ficava assim, gritando com a gente [...] perdia muito a paciência com a nossa menina [...] (CF 7, 38 anos, esposa do usuário de álcool de 39 anos)*

*A convivência era boa [...] mas se tomasse qualquer coisa alcoólica! Aí começava a dar ansiedade nele. Aí não podia nem conversar com ele, qualquer coisinha já era motivo pra ele brigar, querer quebrar as minhas coisas, bater no meu marido (CF 10, 51 anos, mãe do usuário de álcool de 34 anos)*

Estudo com dez familiares de alcoolistas, que objetivou conhecer os significados de conviver diariamente com um membro usuário de álcool, mostrou que essa convivência implicava em muitas formas de violência, corroborando com as situações encontradas nesse estudo (SENA et al., 2011).

Os transtornos causados pelo uso abusivo das bebidas alcoólicas penalizam os membros da família, o que contribui para o aumento da violência doméstica, afastamento das pessoas próximas e elevados níveis de conflitos pessoais. Relacionar-se com usuários de álcool pode tornar-se uma experiência cheia de conflitos e decepções, podendo resultar até mesmo em violências corporais (HAYATI, 2011; SILVA et al., 2012).

Os cuidadores referiram à quebra do vínculo familiar, de companheirismo e até mesmo de respeito, pois muitas vezes, para os usuários apenas a bebida alcoólica importava, tornando a convivência e a atividade de cuidar mais difíceis:

*Nunca foi fácil conviver com ele[...]tanto que parou na escola no segundo ano porque ninguém aguentava ele. Depois da adolescência, aí piorou tudo mesmo, porque ele entrou na bebida (CF 2, 41 anos, irmã do usuário de álcool de 39 anos)*

*[...] ele só queria viver na bebida[...]todo usuário de álcool, drogas, têm uma vida própria, não se relacionam muito com a família, são bem distante. A gente não interagia muito antes da internação dele na UTI, porque ele não dava essa abertura! Era difícil até a gente ir visitar ele porque ele nunca estava e pra não ver tanto sofrimento (CF 5, 45 anos, irmã do usuário de álcool de 42 anos)*

*Pra ser franca, nunca foi fácil conviver com ela, nunca foi uma mãe presente, não sei se talvez à bebida, mas é difícil lidar com ela, muito difícil [...] nunca foi fácil [...] Ela acha que a ruim sou eu quando falo pra ela que ela não pode certas coisas [...] antes ela até mudou da minha casa pra eu não ficar no pé dela, acho que pra ela beber em paz, hoje ela tem que morar comigo e ela vive revoltada [...] Agora tá mais difícil lidar com ela, cuidar dela. Está terrível (CF 6, 36 anos, filha da usuária de álcool de 63 anos)*

*Ele amanhecia bebendo e anoitecia bebendo. Não tinha horário pra largar de beber. Ele bebia compulsivamente [...] Vivia em função de cuidar dele [...] Ele não gostava de escutar ninguém não, ele se irritava quando a gente falava do perigo de beber [...] Ele fechava o comércio e ia beber nos outros bares. Eu e minha nora não tínhamos mais paz. Quantas vezes nós tivemos que buscar ele em outro bar e ele olhava pra nossa cara com a cerveja na mão e dava risada (CF 9, 65 anos, mãe do usuário de álcool de 44 anos)*

Em todos os casos, antes da internação em UTI era difícil a aceitação dos dependentes da bebida alcoólica em receber orientações e cuidados. Após a alta hospitalar, a maioria deles ainda manifestava o desejo de “voltar a beber” (5 cuidadores), o que mantinha os cuidadores ainda mais apreensivos.

A irmã de um usuário de álcool (CF 1) relatou que seu irmão tinha o desejo de voltar à cidade onde vivia antes de ir morar com ela, e ela acredita que é “para que ninguém o vigie, para que ele volte a beber, pois anda muito depressivo e não aceita que deve tomar todos os remédios prescritos”.

*Não posso deixar ele ir embora, pois tenho certeza que ele quer ficar longe de mim para voltar a beber (CF 1, 58 anos, irmã do usuário de álcool de 51 anos)*

O usuário de álcool, irmão de CF 2, encontrava-se internado em um hospital psiquiátrico no dia da entrevista, por estar muito agressivo com os familiares e “querer voltar a fazer uso dessa droga”. CF 4 relatou que o irmão “voltou a fazer uso da bebida alcoólica” após a internação em terapia intensiva, e um dia antes da entrevista, apresentou crises convulsivas, encontrava-se debilitado e acamado e a cuidadora estava bastante apreensiva. A irmã de CF 5 referiu nunca deixá-lo sem acompanhante, vigiando-o o tempo todo para que este “não volte a fazer uso do álcool”.

A usuária de álcool, mãe de CF 6, não queria fazer a dieta que necessitava e acabava culpando a filha “por não poder se alimentar da maneira que ela desejava”, e a

todo o momento, contrariava suas ordens. No dia da entrevista, a usuária estava internada, pois necessitou ser hospitalizada diversas outras vezes por problemas cardiopulmonares. CF 6 acreditava “que se tivesse bebida alcoólica em casa, sua mãe beberia escondida”.

Dois cuidadores referiram que seus familiares “não manifestaram a vontade de fazer uso de álcool” após a alta hospitalar: um deles ficou com sequelas físicas e psíquicas, totalmente dependente de cuidados, sem condições de voltar a fazer uso dessa droga e piorar ainda mais seu estado de saúde, e o outro paciente queria ter uma vida melhor e mais saudável (para ele e para a família) e para isso, entendeu que o uso de álcool só o prejudicaria.

A difícil tarefa dos cuidadores em cuidar e conviver com os usuários abusivos de álcool corrobora com estudo que identificou impacto negativo na convivência entre familiares, relacionado aos transtornos do uso e abuso do álcool por um membro da família (MIRANDA et al., 2006).

Os usuários, quando se tornam dependentes do álcool, muitas vezes recusam ajuda profissional e dos familiares, dificuldade de aceitação de orientações e encaminhamentos. O vício é prioridade para eles, o que torna a prestação de cuidados a essa população ainda mais difícil (VARGAS; OLIVEIRA; LUÍS, 2010).

É importante destacar que em dois casos, mesmo apresentando difícil convivência entre usuário de álcool e cuidador antes da internação em UTI, a experiência da hospitalização nesta unidade foi importante para reaproximá-los. Os cuidadores familiares relataram que pelos usuários necessitarem de maiores e mais complexos cuidados de saúde, pois ficaram mais debilitados e dependentes após a internação neste setor -, o vínculo tornou-se maior e a convivência melhor:

*A minha relação com ele, com certeza, começou a acontecer depois do acidente. Agora ele tá bem [...] não tá bebendo [...] Nós ficamos bem mais próximos [...] A gente tá cuidando dele direitinho (CF 5, 45 anos, irmã do usuário de álcool de 42 anos)*

*Antes era sofrido [...] Hoje ele tá mais calmo, tá falando que nasceu de novo, quer outra vida pra ele e para as filhas [...] Foi até bom isso acontecer [...] (CF 10, 51 anos, mãe do usuário de álcool de 34 anos)*

Após superarem situações de extrema gravidade e receber alta da UTI, os pacientes podem apresentar variáveis graus de dependência funcional e mental e, conseqüentemente, incapacidade temporária ou permanente em realizar suas atividades, e isto faz com que

necessitem de constante apoio e cuidados, aproximando-os mais de seus cuidadores (CLARK et al., 2009).

Neste estudo, os cuidadores familiares reconheciam as dificuldades em cuidar de seus parentes usuários de álcool, porém, mesmo diante das adversidades, o afeto pelos familiares se sobrepunha às sobrecargas geradas pelo processo de cuidar e os cuidadores buscavam oferecer todo apoio que estes necessitavam.

Quando há o vínculo afetivo e maior integração entre os membros, os familiares desejam prestar um cuidado que seja capaz de, melhorar a saúde e exaltar a pessoa do doente. O cuidado se caracteriza pela valorização dos sentimentos e ações, e a atividade de cuidar, abrange um momento de atenção e zelo e constitui uma atitude não só de ocupação, mas também de responsabilização e envolvimento afetivo com a pessoa que necessita ser cuidada.

Muitos cuidadores relativizam a situação de cronicidade e gravidade da doença de seu familiar, pois vivenciam as dificuldades e os desafios impostos pela enfermidade. Assim, a realização do cuidado é subsidiada pelas relações familiares afetivas (FALLER et al., 2012; MILIORINI et al., 2008).

Em relação aos cuidadores familiares que vivenciaram a morte dos usuários de álcool, este evento mostrou-se difícil de ser enfrentado, acompanhado de grande sofrimento e em alguns casos, de inconformidade, e os cuidadores sentiam-se ainda mais frustrados pelo fato da morte ser uma das consequências do uso abusivo do álcool, algo passível de prevenção e intervenção.

Os resultados apresentados nessa unidade mostram as necessidades de apoio a essas famílias e a importância dos serviços de saúde em acessá-las de forma programática para efetuar e acompanhar o tratamento do usuário e seu cuidador, refletindo em melhor relação entre eles.

### **O Apoio Familiar Como Facilitador no Processo de Cuidar**

Mesmo diante de tantas dificuldades em relação ao conviver e cuidar de um usuário abusivo de álcool, os cuidadores familiares deixaram emergir falas que permitiram identificar um aspecto que facilitava o processo de cuidar e que ajudava a mantê-los menos sobrecarregados dos afazeres domésticos e mais tranquilos em relação à prestação dos cuidados: o apoio que recebiam dos demais membros da família, principalmente após a(s)

alta(s) hospitalar(es) dos usuários, quando estes encontravam-se mais debilitados e dependentes de cuidados.

No momento em que ocorreram as entrevistas, os usuários apresentavam diferentes graus de dependência e seus cuidadores continuavam a receber apoio de algum familiar. Importante ressaltar que nos casos em que aconteceram o óbito, antes desse desfecho, os cuidadores também relataram que contavam com o auxílio de outro membro da família para cuidar do usuário de álcool.

No Quadro 1 são mostrados os principais familiares relatados pelos cuidadores, que auxiliam (ou auxiliaram antes da internação hospitalar nos casos dos pacientes que foram a óbito) na prestação de cuidados, os principais cuidados realizados pós-alta hospitalar e o grau de dependência do paciente na época em que foram realizadas as entrevistas.

CF	Familiar que auxilia no cuidado*	Principais cuidados após alta hospitalar	Grau de dependência atual do paciente
1	Irmão e cunhada	Manter o irmão sob vigília para que não volte a beber Lembrá-lo dos horários dos medicamentos	Independente - quer morar sozinho
2	Irmã	Esconder facas e objetos cortantes e pontiagudos; não deixá-lo sozinho	Dependente – confuso, agressivo e com atitudes infantilizadas
4	Mãe, esposo e filho (menor de idade)	Esconder facas e objetos cortantes e pontiagudos Auxiliar na alimentação Manter o filho sob vigília para que não volte a beber	Semi-dependente – voltou a fazer uso de álcool e apresentar crises convulsivas. Com tremores em membros superiores
5	Irmã	Acompanhar o irmão nas consultas médicas, de fisioterapia e fonoaudiologia Não deixá-lo sozinho	Semi-dependente – diminuição de força nos membros superiores, dislállico, resposta motora lenta
6	Filhos (menores de idade)	Lembrar a mãe dos horários dos medicamentos e mantê-los identificados Supervisionar alimentação e manter alimentos condimentados escondidos	Semi-dependente – dificuldade para se locomover. Não aceita bem os cuidados
7	Mãe	Auxiliar o marido em todas atividades pessoais Administrar medicamentos	Dependente – cego, confuso, dislállico, com membros superiores trêmulos e diminuição da força motora. Emagrecimento importante.
10	Mãe	Orientar o filho para que não faça mais uso de álcool	Independente - internou-se em uma clínica para recuperação de dependentes químicos

\* CF 3, CF 8 e CF 9 – óbito do paciente na internação hospitalar.

Quadro 1 – Familiares que auxiliavam os cuidadores na prestação de cuidados, principais cuidados prestados após a alta hospitalar e grau de dependência do paciente. Maringá – PR, 2012.

O apoio de outros familiares para a prestação de cuidado ajudava a manter o equilíbrio emocional do cuidador, e diminuía a sobrecarga física destes, o que mantinha os membros da família mais unidos, como observado nos depoimentos:

*[...] ajuda bastante porque a família é unida! A gente se uniu [...] a nossa união de irmãos foi se fortalecendo cada vez mais. Isso foi muito importante, a união e a fé. A minha nora também tem sido mais que uma irmã pra ele (CF 1, 58 anos)*

*[...] agora meu marido tá trabalhando em casa pra me ajudar a cuidar dele. Se ele tem alguma coisa fora pra fazer, quando eu chego do restaurante umas 14 horas, aí é que ele sai (CF 4, 35 anos)*

*[...] minha irmã ajuda a cuidar dele, fica uns dias com ele porque eu também cuido do nosso pai doente, preciso fazer muito esforço, cansa. A gente tá fazendo a nossa parte (CF 5, 45 anos)*

*[...] hoje ele ficou mais dependente de mim. Da minha mãe também, porque ela tá dando uma força pra mim. Quando ele saiu do hospital, aí eu tive que vir morar aqui com a minha mãe por causa dele, porque não tem como eu ficar lá sozinha na outra casa com uma criança e ele desse jeito (CF 7, 38 anos)*

Ficou claro que o auxílio dos demais membros das famílias fazia com que os cuidadores se sentissem mais respaldados e apoiados, pois havia com quem pudessem dividir as tarefas não só físicas do cuidar, como também as aflições, anseios e até mesmo responsabilidades e, principalmente, acalmava a ideia de que, se “precisarem faltar algum dia”, os usuários não ficariam sozinhos. A família se constitui na principal fonte de auxílio e ajuda do cuidador, sendo as redes de apoio de fundamental importância para amenizar o estresse e as dificuldades advindas do processo de cuidar (CARRETERO et al., 2009).

Como visto nos depoimentos, a tarefa de cuidar de um ente dependente é capaz de unir as famílias com um objetivo comum - o bem-estar da pessoa que necessita de cuidados, porém, esta experiência pode também aproximar o usuário de álcool que, geralmente, pela dependência distancia-se das pessoas mais próximas, no caso o seu cuidador.

As famílias apresentam estruturas internas diversificadas, muitas vezes com membros em diferentes estágios de desenvolvimento, mas que convivem em um mesmo contexto familiar e são uma importante rede de apoio ao cuidador. Elas são caracterizadas pelo compromisso de seus membros uns com os outros e por geralmente procurar uma tomada conjunta de decisões (MOTA et al., 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo reiteram que cuidar de um usuário crônico de álcool, não apenas altera o cotidiano do cuidador, como também de toda família que acaba tornando-se codependente da doença.

Observou-se que os cuidados prestados aos usuários de álcool antes da internação em UTI, eram prioritariamente em relação à dependência dessa droga, de vigilância e orientação, porém, imediatamente após a alta hospitalar, os cuidados eram relacionados à manutenção da vida e à reparação.

Os cuidadores relataram que não é fácil cuidar de um familiar dependente de álcool, pois muitas vezes estão expostos a diversas formas de violência por parte dos usuários de álcool e estes só se importam com o próprio vício, refletindo em pior convivência com as pessoas mais próximas, além de serem pouco receptivos a receberem cuidados. Em alguns casos, após a alta da UTI e por se tornarem mais dependentes e necessitarem de maiores cuidados, acabaram por estabelecer um vínculo maior com o cuidador, melhorando a convivência.

Percebeu-se também, que a colaboração e ajuda dos demais familiares no processo de cuidar é importante fator facilitador ao cuidador, para a prestação de cuidados e que, apesar das dificuldades, o amor pelo parente se sobrepunha às sobrecargas geradas pelo processo de cuidar.

Por essa problemática e para promover melhor promoção à saúde não só dos usuários como de seus cuidadores e famílias, é de extrema importância que a enfermagem, profissão muito ligada à prevenção, orientação e cuidados, deve olhar para eles de forma especial, pois são muitas vezes codependentes da doença e precisam constantemente de apoio e esclarecimentos.

Pela complexidade do tema abordado neste estudo, fazem-se necessárias outras pesquisas com cuidadores familiares de usuários de álcool que estiveram internados em UTI, a fim de promover-lhes melhor assistência por parte das equipes de saúde, em especial, a enfermagem, uma vez que não se encontra estudos com essa população.

A preocupação com a saúde dos usuários de álcool, seus cuidadores e famílias, bem como a formação de uma rede de apoio, deve ser focada por diferentes setores de modo interdisciplinar, desenvolvendo propostas efetivas que promovam a saúde de maneira integral. Torna-se necessário que o contexto do cuidado seja visualizado de forma integral,



com o desenvolvimento de ações que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde do usuário de álcool, cuidador e família, dentro do contexto socioeconômico, cultural e ambiental em que estão inseridos.

## REFERÊNCIAS

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O Papel das relações Familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF, 2008. (Normas e manuais técnicos).

CARRETERO, S. et al. V. The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 49, n. 1, p. 74-79, 2009.

CLARK, B. J. et al. Severity of acute illness is associated with baseline readiness to change in medical intensive care unit patients with unhealthy alcohol use. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, New York, v. 36, n. 3, p. 544-551, 2012.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Trad. Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Printipo-Damaia, 1989.

CRUZ, M. S.; FELICÍSSIMO, M. Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. In: LACERDA, R. B. (Coord.). **Efeitos de substâncias psicoativas no organismo**. Brasília, DF: Secretária Nacional Antidrogas, 2006. (Supera, 2)

FALLER, J. W. et al. Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica. **Ciência Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 181-189, 2012.

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

GONÇALVES, A. Álcool é a droga que mais mata. **Gazeta de Maringá**, Maringá, fev. 2012. Disponível em:  
<<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=1220239&tit=lcool-e-a-droga-que-mais-mata>>. Acesso em 20 Fev. 2012.

GONÇALVES, J. R. L.; GALERA, S. A. F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. 543-549, 2010.

- HAYATI, P. T. et al. Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. **BMC Womens Health**, London, v. 11, n. 52, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/52>>. Acesso em: 14 set. 2012.
- INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 39, p. 423-429, 2005.
- JAHN, A. C. et al. Grupo de ajuda como suporte aos alcoolistas. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 645-649, 2007.
- MARCON, S.S. et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 116-24, 2005.
- MAURITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 37-43, 2007.
- MILIORINI, J. P. et al. A família no contexto hospitalar: apreendendo os anseios e expectativas relacionadas com doença crônica. **RevRene**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 81-91, 2008.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MIRANDA, F. A. N. et al. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 222-232, 2006.
- MOTA, F. R. N. et al. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 833-838, 2010.
- NASCIMENTO, A. Z. et al. Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 446-451, 2007.
- ROSA, C. M. R.; FONTANA, R. T. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 752-759, 2010.
- SABUROVA, L. et al. Alcohol and fatal life trajectories in Russia: understanding narrative accounts of premature male death in the family. **BMC Womens Health**, London, v. 11, n. 1, p. 481, 2011.

SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 429-433, 2005.

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

SENA E. L. S. et al. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, 2011.

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

VARGAS, D. Atitudes de enfermeiros frente as habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 190-195, 2010.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; LUÍS, M. A. V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 73-79, 2010.

VILAÇA, C. M. O autocuidado de cuidadores informais em domicílio-percepção de acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 221-226, 2006.

**INTERNAÇÃO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM TERAPIA INTENSIVA:  
SENTIMENTOS EXPRESSADOS PELOS FAMILIARES<sup>1</sup>**

**HOSPITALIZATION OF ALCOHOL USERS IN INTENSIVE CARE UNIT:  
FEELINGS CONVEYED BY FAMILY**

**HOSPITALIZACIÓN DE USUARIOS DE ALCOHOL EN TERAPIA INTENSIVA:  
SENTIMIENTOS EXPRESADOS POR LOS CUIDADORES FAMILIARES**

Flávia Antunes<sup>\*</sup>  
Sônia Silva Marcon<sup>\*\*</sup>  
Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>\*\*\*</sup>

**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi descrever os sentimentos dos cuidadores de usuários de álcool em relação à internação de seus familiares em terapia intensiva. Estudo exploratório-descritivo, realizado em um hospital ensino no Noroeste do Paraná, com dez cuidadores referenciais de pacientes internados no ano de 2011 na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um hospital ensino, com diagnóstico médico associado ao uso crônico de álcool. Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2012 por meio de entrevista semiestruturada nos domicílios e, após, submetidos à Análise de Conteúdo, modalidade Temática. Os resultados mostraram que os principais sentimentos relatados pelos cuidadores familiares em relação à internação dos usuários de álcool em UTI foram sofrimento, tristeza, desespero e culpa. A religiosidade apareceu como forma de enfrentamento ao sofrimento e o afeto pelo familiar se sobrepunha à sobrecarga do processo de cuidar. A internação dos usuários de álcool em UTI mostrou-se como um evento difícil de ser vivenciado pela família que, não obstante a condição de conviver no ambiente de alcoolismo, se depara com o evento da internação nesta unidade.

**Palavras-chave:** Família. Bebidas alcoólicas. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermagem.

---

<sup>1</sup> Resultado parcial da dissertação de Mestrado *Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

<sup>\*</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Hospital Universitário Regional de Maringá. E-mail: flanti@bol.com.br

<sup>\*\*</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

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

## ABSTRACT

The aim of this study was to describe the feelings of caregivers of alcohol users regarding the admission of their relatives into an intensive care unit. An exploratory, descriptive study carried out in a university hospital in Northwestern Paraná, with ten references caregivers of patients admitted in the year 2011 in the Intensive Care Unit (ICU) for adults. Patients presented a medical diagnosis associated with chronic alcohol abuse. Data were collected between April-May 2012 through semi-structured interviews at home, followed by Content Analysis, Focus mode. The results showed that the main feelings reported by family caregivers regarding the admission of alcohol users in ICU were: suffering, sorrow, despair and guilt. Religiosity appeared as a way of coping with suffering, and affection for a family member outweighed the burden of caregiving. The admission of alcohol users in ICU proved to be a difficult event to be experienced by a family that, despite the condition of living in the environment of alcoholism is facing the event of hospitalization in this unit. **Keywords:** Family. Alcoholic beverages. Intensive Care Units. Nursing.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir los sentimientos de los cuidadores de usuarios de alcohol en relación a la hospitalización de sus familiares en terapia intensiva. Estudio exploratorio-descriptivo realizado en un hospital de enseñanza en el Noroeste del Paraná, con diez cuidadores referenciales de pacientes hospitalizados en el año de 2011 en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) adulto, de un hospital de enseñanza con diagnósticos médicos asociados al uso crónico de alcohol. Los datos fueron colectados en el período de abril a mayo de 2012 por medio de entrevistas semi-estructuradas en los hogares y después sometidos a Análisis de Contenido en la modalidad Temático. Los resultados mostraron que los principales sentimientos relatados por los cuidadores familiares con respecto a la hospitalización de los usuarios de alcohol en la UTI fueron el sufrimiento, la desesperación, la tristeza y la culpa. La religiosidad apareció como una forma de enfrentamiento al sufrimiento y el afecto por el familiar superaban la sobrecarga generada por el proceso de cuidar. La hospitalización de los consumidores de alcohol en la UTI se mostró como un evento difícil de ser experimentado por la familia que, a pesar de las condiciones de convivir en el ambiente del alcoholismo, se depara con el evento de la hospitalización en esta unidad.

**Palabras-clave:** Familia. Bebidas alcohólicas. Unidades de Cuidados Intensivos. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Tem-se tornado crescente o consumo abusivo do álcool entre jovens e adultos, e os efeitos da dependência dessa substância estão aparecendo cada vez mais cedo no ciclo vital, com agravos à saúde que diminuem a sobrevida e impactam toda estrutura familiar (PECHANSKY; SZABOT; SCIVOLLETO, 2004).

De 1996 a 2007, o coeficiente de mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo os agravos associados ao uso abusivo do álcool, aumentou 5% e o coeficiente de mortalidade ajustada para idade por doenças associadas ao consumo dessa substância, aumentou de 4,3 para 5,2 para cada 100 mil pessoas em nosso país (SCHMIDT et al., 2011).

Os usuários de álcool são pessoas inseridas em um contexto familiar, onde os membros convivem com os problemas cotidianos que o abuso dessa substância pode causar. Neste contexto, a família ainda é percebida como coadjuvante no tratamento do membro usuário de álcool e não como quem necessita, tanto quanto ele, de apoio para o enfrentamento dos problemas familiares advindos do ambiente onde o alcoolismo está inserido (MORAES et al., 2009; SENA et al., 2011).

O uso abusivo do álcool causa desgaste à saúde dos usuários, tornando os indivíduos vulneráveis a doenças graves ou comorbidades que, usualmente, conduzem a internações hospitalares em unidades de grau de complexidade variável, incluindo as unidades de terapia intensiva (UTI) (CLARK et al., 2012; PECHANSKY; SZABOT; SCIVOLLETO, 2004).

As Unidades de Terapia Intensiva são ambientes onde estão internados os pacientes que possuem comprometimento das funções vitais e pior prognóstico clínico, com monitorização e assistência contínua, permanente e especializada, com vistas ao aumento da sobrevida e diminuição de possíveis sequelas aos pacientes. Cabe salientar que um terço dos pacientes internados em UTI são pessoas com complicações agudas ou crônicas decorrentes do abuso do álcool (CLARK et al., 2012; ROSA; FONTANA, 2010).

Os cuidadores familiares dos usuários de álcool, geralmente, se encontram em situação de fragilidade contínua e a vivência do cuidado em terapia intensiva pode gerar maior desgaste, pois a hospitalização nessa unidade é um momento crítico para ambos. Uma vivência com maior vínculo com a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, pode trazer ao familiar menos inquietação e maior aprendizado em relação ao tratamento, com vistas ao autocuidado apoiado após a alta hospitalar (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Neste estudo, entende-se por cuidador a pessoa da família ou da comunidade que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados e vigília, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).

Frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivo descrever os sentimentos dos cuidadores de usuários de álcool em relação à internação de seus familiares em terapia intensiva.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa, desenvolvida em Maringá – PR.

A população em estudo foi composta por cuidadores familiares de pacientes com diagnóstico médico associado ao uso crônico de álcool, incluídos no banco de dados do Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIAT) e internados na UTI Adulto de um hospital ensino da região Noroeste do Paraná, no período de janeiro a dezembro de 2011.

Esta UTI Adulto possui oito leitos e constitui referência de leitos públicos para atendimento a pacientes críticos da região Noroeste do Paraná, formada por 115 municípios. Atende pacientes clínicos e cirúrgicos, de ambos os sexos e com idade mínima de 14 anos. Em estudo sobre o perfil dos pacientes internados nesta unidade, observou-se elevação no número de casos decorrentes do abuso de drogas no período de 2004 a 2010, que passou de 0,42 internações/mês entre os anos de 2004 a 2007 para 1,16 internações/mês nos anos de 2008 a 2010. Das 62 internações ocorridas no período em estudo, 45 (72,6 %) eram decorrentes de intoxicação alcoólica crônica (ANTUNES et al., 2012).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para os participantes da pesquisa: ser familiar de pacientes que estiveram internados na UTI no ano de 2011; residentes no município de Maringá - Paraná; com idade maior ou igual a 18 anos e relação de convivência ou co-habitação com o paciente antes e após sua internação em UTI, sendo seu cuidador referencial.

Nos registros do CIAT, foram identificados 24 pacientes com diagnóstico médico principal ou secundário de intoxicação aguda ou crônica por uso de álcool que foram internados na UTI Adulto no período em estudo. *A priori*, foram excluídos do estudo 12 pacientes – sendo que 11 deles residiam fora do município estabelecido para o estudo e um era morador de rua, sem laços familiares afetivos. Portanto, 12 pacientes foram inicialmente incluídos no estudo, mas aconteceram duas perdas - uma por recusa do cuidador familiar e uma por registro incorreto de endereço postal e telefônico no cadastro hospitalar, de modo que participaram efetivamente do estudo, familiares de dez pacientes.

As fontes de dados foram a Relação de Pacientes Internados do CIAT, as fichas epidemiológicas de Ocorrência Toxicológica (Ficha OT), e os prontuários hospitalares dos usuários de álcool. Os instrumentos de coleta de dados foram um roteiro para entrevista semiestruturada e um diário de campo, que teve a finalidade de registrar informações pertinentes apontadas pela entrevistadora após a realização das entrevistas.

O roteiro para entrevista foi composto por dois blocos temáticos – (1) caracterização socioeconômica e demográfica do cuidador familiar, do usuário de álcool e da família, e (2) cinco questões abertas, destinadas ao cuidador familiar.

O trabalho de campo iniciou com a seleção dos casos, mediante consulta à Relação de Pacientes Internados do CIAT, e auditoria das fichas OT e prontuários hospitalares de cada paciente incluído no estudo. Por meio de contato telefônico à família dos pacientes, foi identificado quem era o cuidador familiar referencial, e este, convidado a participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no domicílio do familiar cuidador e apenas uma participante preferiu que ela fosse realizada em seu local de trabalho. Elas tiveram uma duração média de 50 min. Para preservar os usuários de álcool e respeitá-los nas suas individualidades, tomou-se o cuidado para que as entrevistas fossem realizadas distantes dos mesmos, ou seja, em outro ambiente da casa e que não pudessem ser ouvidas ou presenciadas pelos usuários de álcool ou por outros familiares.

Foi realizada uma única entrevista com cada familiar e após consentimento, elas foram gravadas em mídia digital, em pelo menos dois gravadores, e foi realizado o preenchimento do diário de campo logo após o término das entrevistas. Posteriormente, foram transcritas integralmente as falas, e para os dados qualitativos, analisados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo modalidade Temática (MINAYO, 2010). Após o tratamento dos dados, os mesmos foram organizados e as informações contidas no material foram reunidas em duas unidades de análise: A internação dos usuários de álcool em UTI: a dor e o sofrimento de seus cuidadores familiares; A religiosidade como forma de apoio ao enfrentamento da internação do familiar usuário de álcool em UTI.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 16868/2012).

Para facilitar a interpretação e apresentação dos dados, alguns trechos dos depoimentos foram readequados do ponto de vista ortográfico, sem alteração em seu conteúdo. Para assegurar o anonimato, os entrevistados foram identificados com as letras CF, seguido de um número indicativo correspondente à ordem em que aconteceram as entrevistas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados apresentados e discutidos baseiam-se na vivência de dez cuidadores familiares, cuja faixa etária variou entre 35 e 65 anos, com média de idade de 46,7 anos; sendo



a maioria do sexo feminino (9); casados (7); com baixa escolaridade (4 com Ensino Fundamental incompleto e 2 com Ensino Fundamental completo) e baixa renda familiar (5 famílias apresentavam renda inferior a 3 salários mínimos e 1 família com renda de 3 salários mínimos). Cinco deles exerciam atividade remunerada fora do domicílio. Todos referiram alguma inserção religiosa, porém quatro não eram praticantes. Em relação ao grau de parentesco, quatro eram irmãos dos usuários de álcool, duas eram mães, dois filhos, uma tia e uma era esposa.

A média de idade dos cuidadores familiares deste estudo se aproxima da média de idade de cuidadores de pessoas com doenças crônicas encontrada em outros estudos. Os dados relacionados ao sexo, à escolaridade e à renda familiar, são concordantes com os encontrados na literatura, que também aponta um importante número de pessoas cuidadoras que não exerciam trabalho remunerado fora de casa (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; NARDI; OLIVEIRA 2008).

O uso nocivo do álcool por mais de um membro da família, esteve presente em sete famílias. Esse achado é semelhante a estudos anteriores, que confirmam que o uso da bebida alcoólica e/ou outras drogas de abuso pode ser influenciado pelo comportamento aditivo de algum membro próximo na família. Esse dado é preocupante, pois a cultura familiar é uma das mais importantes e significativas causas que pode levar ao uso abusivo de drogas, incluindo o álcool (HUNG; YEN; WU, 2009; PRATTA; SANTOS, 2009).

A média de idade dos pacientes era de 45 anos; a maioria do sexo masculino (9), divorciados (4), com baixa escolaridade e estavam fora do mercado de trabalho. Nenhum era praticante de sua religião antes da internação. Sete receberam alta hospitalar após a internação na UTI, com cinco deles apresentando sequelas físicas, e três evoluíram a óbito.

Todos foram internados por efeitos da intoxicação alcoólica crônica, e após a alta hospitalar, cinco já haviam manifestado a vontade de “voltar a beber” sendo que dois retornaram efetivamente ao uso da bebida alcoólica - o irmão de CF 4, que voltou a fazer uso da bebida alcoólica seis meses após a alta hospitalar e o irmão de CF 2, cinco meses após a alta hospitalar. Embora a internação em UTI fosse um evento dramático na vida dos pacientes, ela não foi capaz de afastá-los da recaída e diminuir a sobrecarga nas famílias.

Os pacientes permaneceram internados por períodos de dois a 98 dias, com média de 40 dias de hospitalização. Um evento como a internação em UTI pode sustentar o desgaste de cuidadores familiares e famílias dos usuários de álcool, pois além da possibilidade do tipo de

cuidado prestado mudar após a internação, há a possibilidade de sequelas ou até mesmo óbito do paciente como desfecho (ROSA; FONTANA, 2010).

### A Internação dos Usuários de Álcool em UTI: A Dor e o Sofrimento de Seus Cuidadores Familiares

A internação de um membro da família em UTI, independente da causa, mobiliza diversos sentimentos e é um período marcado por sofrimento, pois muitas vezes está relacionada com o medo do desconhecido. Os cuidadores dos pacientes usuários de álcool experimentaram durante o período da internação dos seus familiares, situações de angústia, potencializadoras da fragilidade humana diante do risco de morte. Os principais sentimentos relatados pelos cuidadores encontram-se esquematizados na Figura 1.

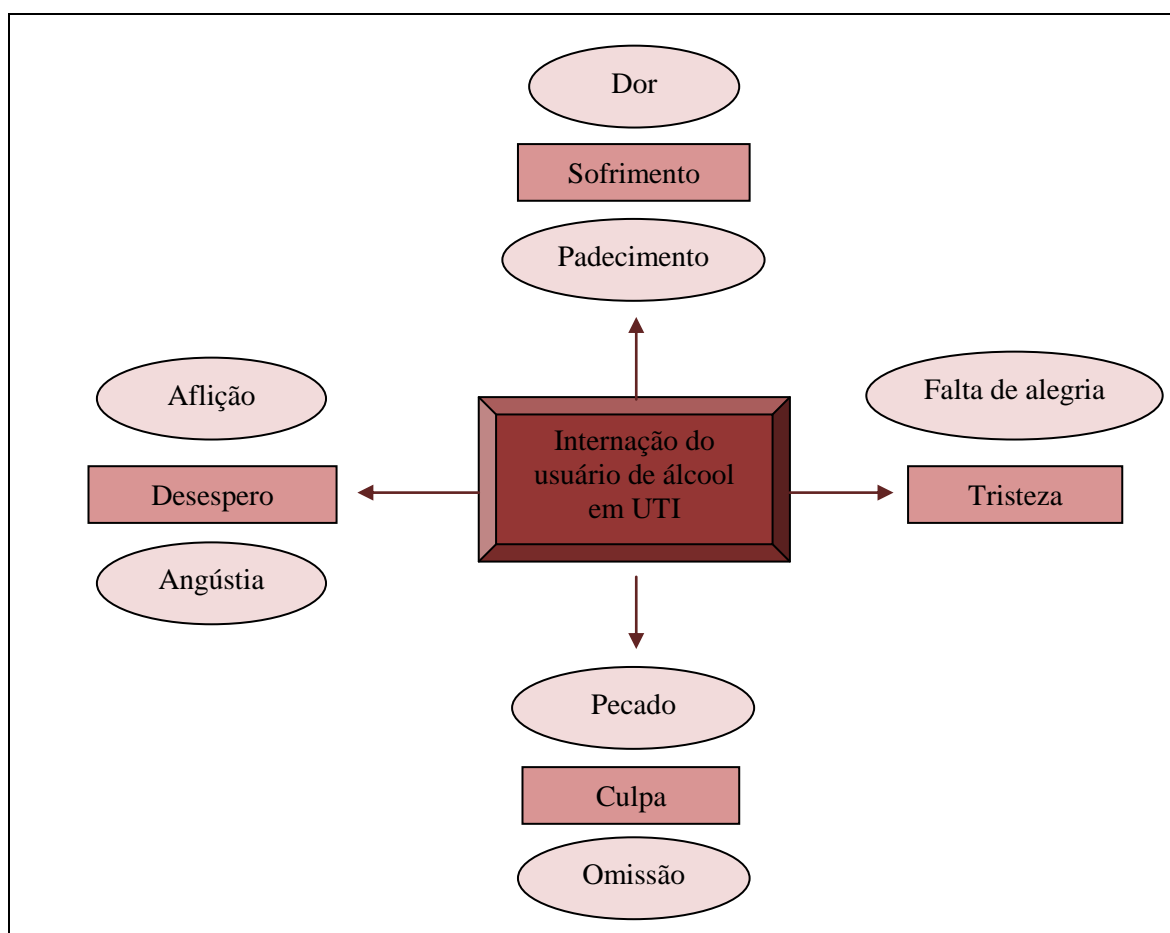


Figura 1 – Sentimentos relatados pelos cuidadores familiares de usuários de álcool frente à internação em UTI. Maringá – PR, 2012.

As famílias vivenciam o medo e a insegurança, resultado da incerteza em relação às condutas e tratamentos a serem propostos pela equipe de saúde aos seus familiares usuários de álcool (FRIZON; NASCIMENTO, 2011).

Os sentimentos de sofrimento, tristeza e desespero foram os mais relatados pelos cuidadores. Sete cuidadores familiares afirmaram que é uma experiência bastante difícil de ser vivenciada, como observado nos depoimentos a seguir:

*[...] cada dia era um dia mais sofrido[...]é muito dolorido, dói muito, muito, muito (CF 1, 58 anos, irmã do usuário de álcool de 51 anos)*

*[...] eu não gosto nem de lembrar, é como eu falo pra você: é só ele de irmão[...]os 26 dias que ele ficou lá eu não dormia, eu não conseguia trabalhar direito[...]Eu não deixei de ir nenhum dia ver ele[...]Sofri muito [...] Eu chorava todos os dias mas eu ia embora de lá com esperança que ele vivesse e não voltasse mais a beber (CF 4, 35 anos, irmã do usuário de álcool de 27 anos)*

*Quando ela internou na UTI foi um choque total! Eu pensei que ela podia morrer a qualquer momento, porque UTI, querendo ou não, é morte! (CF 6, 36 anos, filha do usuário de álcool de 63 anos)*

*Foi muito desesperador, os irmãos choravam desesperados [...] foi muito sério, muito triste, desgastante demais[...]a gente chorava desesperados [...] Então, até hoje é bem estressante, é bem triste lembrar disso (CF 8, 45 anos, tia do usuário de álcool de 35 anos)*

A tristeza e o sofrimento se caracterizam por estados emocionais intrínsecos a qualquer ser humano privado de determinada satisfação pessoal e emocional. É uma reação do organismo quando o sujeito se depara profundamente com a sua fragilidade. Experimentar uma situação de doença com perspectiva de morte iminente do familiar, faz o cuidador perceber que é um ser frágil e desamparado diante das contingências impostas pela vida e é nesta esfera que se reconhece sentimentos como o desespero (BIELEMANN, 2003; KERKOSKI et al., 2007).

Uma cuidadora vivenciou o sentimento de culpa, pois acreditava ter a possibilidade de impedir a internação do irmão se não tivesse esperado tanto tempo para tê-lo internado em uma clínica de reabilitação:

*[...] eu entrei em pânico, em desespero! Porque uma pessoa quando tá inconsciente tem que estar bem mal! Pra família, nossa, foi um desespero, a gente achou até que ele ia morrer [...] Eu não faltava um*

*dia de visita [...] Difícil pra gente a notícia que ele tava mal, nossa, muito difícil [...] Me senti culpada por não ter ajudado ele antes, ele não ia precisar passar por isso (CF 5, 45 anos, irmã do usuário de álcool de 42 anos)*

O filho cuidador do pai usuário de álcool referiu profundo sentimento de tristeza ao vê-lo internado na UTI, apesar da internação neste setor ser um evento esperado, pois o pai, com 77 anos, fazia uso crônico de álcool desde a adolescência.

*[...] Eu sempre soube que a bebida ia prejudicar ele [...] mas você nunca acha que seu pai vai entrar em uma UTI e não sair mais [...] A hora em que a gente vê ele lá, é triste! (CF 3, 53 anos, filho do usuário de álcool de 77 anos)*

Durante as entrevistas com os cuidadores familiares, pôde-se perceber que as famílias enfrentam adversidades e constante tensão em um ambiente familiar onde o alcoolismo está presente. Porém, esses familiares não deixaram de amar e desejar uma vida melhor para os dependentes de álcool, e quando estes foram internados, o sofrimento e a angústia tornaram-se ainda maiores, em especial para seus cuidadores, que vivenciaram uma relação de maior proximidade emocional com os familiares usuários de álcool.

Diante disso, é necessário mantê-los bem informados sobre as condições clínicas dos seus familiares. Um bom relacionamento entre a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem que se encontra ao lado do cliente 24h por dia, é essencial para satisfazer as necessidades dos membros da família e diminuir o estresse da internação (SIDDIQUI; SHEIKH; KAMAL, 2011).

Os diversos sentimentos negativos vivenciados por famílias que possuem parentes internados em UTI - sentimentos de angústia, tristeza, dor, insegurança, entre outros aponta que a assistência nessa unidade não deve ser restrita apenas aos pacientes, mas estender-se também aos seus familiares (ALMEIDA et al., 2009).

### **A Religiosidade Como Forma de Enfrentamento ao Sofrimento**

A religiosidade apareceu como forma de enfrentamento ao sofrimento. Todos os cuidadores informaram envolvimento com alguma religião, com predomínio da religião católica. Seis cuidadores mencionaram que, ao se apoiarem em suas religiões, obtinham forças para enfrentar o processo da internação de seus parentes na UTI.

No decorrer das entrevistas, os cuidadores demonstraram emoção ao relembrar da época da internação de seus familiares usuários de álcool na UTI, principalmente ao falarem da importância de suas crenças religiosas nesse período, pois a fé transmitia esperança a eles. O apego e a confiança na religião podem ser observados nas seguintes falas:

*[...] a gente achava que ele não ia conseguir, mas graças a Deus ele foi muito forte, com bastante oração. A gente dobrou os joelhos, isso também foi muito bom, ajudou bastante. Eu chegava pra visitar ele na UTI motivada por uma força, parece que tinha uma coisa que falava: Ele vai conseguir! E joelho dobrado, a fé foi muito importante. Oração, oração, oração. Eu sei que as nossas orações não ficam vagando, elas chegam no ouvido de Jesus. Nós fizemos nossa parte e Jesus fez a dele [...] Deus fez o milagre e fez completo [...] Se não tem fé, não aguenta o tranco (CF 1, 58 anos, irmã do usuário de álcool de 51 anos)*

*[...] os médicos nunca davam uma esperança. Então nos apegamos em Deus. Eu tinha a esperança de ele sair e não beber mais (CF 4, 35 anos, irmã do usuário de álcool de 27 anos)*

*[...] eu pensava: em nome de Jesus ele vai ficar bom! Deus sabe todas as coisas, Deus nunca fecha todas as portas (CF 5, 45 anos, irmã do usuário de álcool de 42 anos)*

*[...] a gente foi atrás de tudo quanto é coisa de religião: de crente, de igreja católica[...] (CF 9, 65 anos, mãe do usuário de álcool de 44 anos)*

*[...] eu pensei que ele ia morrer. Mas depois ele foi atendido, foi pra UTI e Deus colocou uma calma tão grande em mim, sabe? Um alívio assim[...]Acho que foi Deus mesmo, sabe? (CF 10, 51 anos, mãe do usuário de álcool de 34 anos)*

Segundo Manenti e Soratto (2012), a espiritualidade é algo integrante do indivíduo e é ela que possibilita encontrar significado e propósito para a vida e enfrentamento de situações que causam angústia e sofrimento.

Em estudo que procurou identificar significados comuns nas famílias de pacientes internados em uma UTI, mostrou-se evidente que, independentemente da religião, os membros da família procuram algum tipo de apoio espiritual neste momento cercado de incertezas e inseguranças. O apego à espiritualidade está bastante relacionado à necessidade de não perder a esperança, propostas de mudanças e à espera de um milagre (PUGGINA; SILVA; ARAÚJO, 2008).

Acreditar em um ser superior oferece paz e é um apoio significativo para a convivência com uma doença grave, representa um suporte e conforto e oferece tranquilidade aos cuidadores para suportarem os problemas da doença (CARMO et al., 2010).

A família de um paciente que se encontra internado em estado grave, em uma UTI, busca na espiritualidade respostas, força, consolação e esperança para o processo vivenciado. A equipe de enfermagem acaba também por vivenciar essa espiritualidade juntamente com os familiares em busca de uma força necessária para consolar e até mesmo, ser consolada (MANENTI; SORATTO, 2012).

Estudo, que buscou compreender o fenômeno que envolve o processo de perda para o familiar cuidador de paciente crítico no ambiente hospitalar, mostrou a importância da fé e da religiosidade que esses familiares tinham no momento em que enfrentaram a doença e a iminência da morte de seus entes queridos. Eles sentiram-se consolados e fortalecidos ao recorrerem a Deus (PEREIRA; DIAS, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A internação dos usuários de álcool em UTI mostrou-se como um evento difícil de ser vivenciado pela família e principalmente pelos seus cuidadores familiares que, não obstante a condição de conviver no ambiente de alcoolismo, deparam-se com o evento da internação nesta unidade, o que desperta sentimentos de sofrimento, tristeza, desespero e culpa. Observou-se a fé e religiosidade dos cuidadores como importante fator de apoio ao enfrentamento do sofrimento causado ao vivenciar essa experiência.

Ressalta-se a importância da relação do profissional enfermeiro com as famílias desses pacientes, a fim de mantê-los sempre informados, acolhidos e orientados, uma vez que a atenção aos sentimentos e anseios dessas famílias, desencadeia a necessidade de um cuidado especial. Assim, é primordial que os enfermeiros dessa unidade, promovam ações acolhedoras para os familiares, permitindo que esses enfrentem de uma maneira menos sofrida a hospitalização de seus familiares na UTI, bem como suas possíveis consequências.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S. et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 6, p. 844-849, 2009.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, 2008.

ANTUNES, F. et al. Internação de pacientes usuários de drogas de abuso: um estudo em terapia intensiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TOXICOLOGIA CLÍNICA, 4.; SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TOXICOLOGIA ANALÍTICA, 1., 2012, Águas de Lindóia. **Anais...** São Paulo: Abracit, 2012. p. 54.

BIELEMANN, V. L. M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentido a experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 133-137, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF, 2008. (Normas e manuais técnicos).

CARMO, T. M. D. et al. Sentimentos expressados pelos pais de crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer. **Ciência et Praxis**, Passos, v. 3, n. 6, p. 53-56, 2010.

CLARK, B. J. et al. Severity of acute illness is associated with baseline readiness to change in medical intensive care unit patients with unhealthy alcohol Use. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, New York, v. 36, n. 3, p. 544-551, 2012.

HUNG, C. C.; YEN, L. L.; WU, W. C. Association of parent's alcohol use and family interaction with initiation of alcohol use sixth graders: A preliminary study in Taiwan. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 1, p. 172, 2009. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702380/?tool=pubmed>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 39, p. 423-429, 2005.

KERKOSKI, E. et al. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 225-232, 2007.

MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S.; COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas parágrafo desintoxicação de dependentes Químicos Adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 5, p. 735-740, 2010.

MORAES, L. M. P. et al. Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 34-42, 2009.

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

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2008.

MANENTI, L. P.; SORATTO, M. T. A Espiritualidade e o Cuidado Intensivo. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 12, n. 30, p. 43-51, 2012.

PEREIRA, L. L.; DIAS, A. C. G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Psico**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 55-65, 2007.

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

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Messages from relatives of patients in coma: hope as common element. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 249-255, 2008.

ROSA, C. M. R.; FONTANA, R. T. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 752-759, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SENA E. L. S. et al. Alcoolismo no Contexto familiar: Um Olhar fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, 2011.

SIDDIQUI, S. SHEIKH, F.; KAMAL, R. What families want - an assessment of family expectations in the ICU. **International Archives of Medicine**, London, v. 4, n. 1, p. 21. 2011. Disponível em: <<http://www.intarchmed.com/content/4/1/21>>. Acesso em: 7 jun. 2012.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso abusivo do álcool está progredindo na população e refletindo em importantes problemas no processo saúde-doença-cuidado da sociedade, dos usuários, cuidadores familiares e famílias. A abordagem desta problemática torna-se importante ferramenta para orientação e aplicação de medidas efetivas e específicas aos cuidadores que convivem e desempenham a função de cuidar dos usuários dessa droga.

Em revisão integrativa, realizada previamente ao trabalho de campo, a partir dos descritores “família” e “usuário de álcool”, combinados, foram encontradas 13 publicações, número considerado pequeno diante da importância do tema, fundamental para subsidiar a prática clínica e o cuidado de enfermagem. A maioria dos artigos discutiu a iniciação ao uso de drogas como consequências do comportamento aditivo nas famílias e a presença de violência no ambiente familiar como consequência do uso abusivo de álcool por um membro.

Em relação aos usuários de álcool, estes estavam na faixa etária entre 27 e 77 anos, mas a maioria em idade economicamente ativa e estavam fora do mercado de trabalho, indicando que o uso do álcool inicia-se cada vez mais precoce e os efeitos do uso crônico acompanham todo o ciclo vital. A maioria era homens, divorciados, de baixa escolaridade, corroborando dados da literatura que associam o uso abusivo do álcool com situações de exclusão social e de falta de recursos financeiros e sociais. Todos foram internados por efeitos de intoxicação alcoólica crônica, a média das internações hospitalar foi de 40,3 dias e ocorreram três óbitos.

A dependência química do álcool por outros membros estava presente em sete delas, confirmando estudos que apontam que dentre os fatores de risco para o uso de drogas como o álcool, a cultura aditiva familiar é uma das mais importantes e significativas causas que pode levar o sujeito a fazer o uso abusivo da substância.

Observou-se que o consumo abusivo do álcool foi determinante causa de adoecimento e morte precoces, desemprego, separação conjugal e afastamento da família nuclear e sobrecarga de outros membros como irmãs e tias.

O parentesco predominante dos cuidadores foi de irmãs, pela desagregação da família nuclear dos usuários de álcool. A média de idade dos cuidadores familiares foi de 46,7 anos; a maioria do sexo feminino; casados; e de baixa escolaridade.

Os cuidadores relataram que estão expostos a diversas formas de violência por parte dos usuários dessa droga, e estes só se importam com o próprio vício, refletindo em uma pior convivência com as pessoas mais próximas, e pouca receptividade a receberem cuidados. Em alguns casos, após a alta da UTI, por se tornarem mais dependentes e necessitarem de mais cuidados, acabaram por estabelecer um vínculo maior com o cuidador, o que melhorou a convivência entre eles.

Em relação à internação dos usuários de álcool em UTI, este evento mostrou-se difícil de ser vivenciado pela família, principalmente pelos seus cuidadores familiares, que, não obstante a condição de conviver no ambiente de alcoolismo, deparam-se com o evento da internação em uma unidade para pacientes críticos, o que despertou diferentes sentimentos nos mesmos.

A busca da esperança pela religiosidade foi apontada como fator motivador e amenizador de sofrimento para esses cuidadores, porém, a colaboração e ajuda dos demais familiares no processo de cuidar foi importante facilitador ao cuidador e que apesar das dificuldades, o amor pelo parente, se sobrepunha às sobrecargas geradas pelo processo de cuidar.

Este estudo, apesar de ser realizado com uma população específica – cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em UTI - traz implicações para o ensino e a assistência de enfermagem, pois seus achados mostram uma realidade presente e passível de intervenção: o crescente consumo do álcool pela população brasileira e mundial e os graves problemas relacionados à saúde do indivíduo que faz o uso abusivo dessa droga, seus cuidadores familiares e suas famílias. Esses grupos merecem atenção e devem ser assistidos pelas equipes de saúde, em especial pela enfermagem, profissão muito ligada à promoção da saúde, prevenção e orientação de casos.

A dependência do álcool altera a convivência entre o usuário e sua família, e a sua internação em terapia intensiva traz consequências ainda maiores a esse grupo, por serem unidades com visitas e acompanhamento dos familiares restritos, o contato do profissional enfermeiro da UTI com o familiar do paciente também é diminuído. Como implicações para a prática da enfermagem, é importante refletir sobre uma aproximação maior entre o enfermeiro de terapia intensiva e o cuidador familiar da pessoa internada, mantendo-o informado, acolhido e orientado, uma vez que a atenção aos seus anseios torna-se uma necessidade de cuidado especial. Os cuidadores devem ser preparados para enfrentar a

realidade e as consequências que a internação do familiar neste setor poderá causar à vida dos mesmos.

É essencial que o enfermeiro qualifique sua equipe, por meio de atividades de educação continuada, para que todos os profissionais envolvidos na assistência, de forma direta ou indireta, desenvolvam uma assistência mais humana e de qualidade, e menos estigmatizante.

A atuação do enfermeiro em todos os níveis de atenção, desde a atenção primária até a atenção especializada, com atividades de prevenção, acompanhamento e orientação, também é essencial. Trata-se de um grupo que necessita, continuamente, de apoio e de um olhar mais próximo dos serviços de saúde.

Por ser um assunto atual e ainda escasso em estudos da Enfermagem, há a necessidade de futuras discussões e pesquisas com essa população, a fim de conhecer suas necessidades e promover melhor assistência a essa clientela, para que possam enfrentar de forma mais eficaz e digna, o período de adoecimento, internação e pós-internação.

## REFERÊNCIAS

- ACAUAN, L.; DONATO, M.; DOMINGOS, A. M. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 12, p. 566-570, 2008.
- ALMEIDA, A. S. et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 6, p. 844-849, 2009.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, 2008.
- ANTUNES, F. et al. Internação de pacientes usuários de drogas de abuso: um estudo em terapia intensiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TOXICOLOGIA CLÍNICA, 4.; SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TOXICOLOGIA ANALÍTICA, 1., 2012, Águas de Lindóia. **Anais...** São Paulo: Abracit, 2012. p. 54.
- ANTUNES, F.; OLIVEIRA, M. L. F. Ser enfermeira e acompanhar os familiares durante as visitas em terapia intensiva: relato de experiência. In: SEMINÁRIO LATINO AMERICANO DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA; LEIFAMS, 13., 2011, Maringá. **Resumos...** Maringá: UEM, 2011. p. ?-?.
- ARAÚJO, R. B. et al. A avaliação do craving em alcoolistas na síndrome de abstinência. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 9, n. 1, p. 71-76, 2004.
- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família. Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 56-63, 2010.
- BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 16, p. 488-494, 2007.
- BAU, C. H. D. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 183-190, 2002.
- BENINCASA, M.; REZENDE, M. M. Percepção de fatores de risco e de proteção para acidentes de trânsito entre adolescentes. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 125, p. 241-256, 2006 .
- BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O Papel das relações Familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, mar. 2010.

- BIELEMANN, V. L. M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentido a experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 133-137, 2003.
- BONILHA, A. L. L. Reflexões sobre análise em pesquisa qualitativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 33, 2012.
- BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a real idade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@ Maringá - Pr 2010**. (Comunicação social, 2010). Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 18 jul. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF, 2008. (Normas e manuais técnicos).
- BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Revista Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 766-773, 2010.
- BYRNES, H. F. et al. Implementation fidelity in adolescent family-based prevention programs: relationship to family engagement. **Health Educacion Research**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 531-541, 2010.
- CABRAL, C. R. et al. Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI: dados preliminares de uma coorte prospectiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 18-24, 2009.
- CAMPOS, E. A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1379-1387, 2004.
- CARLINI, E. A et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: CEBRID, 2007.
- CARMO, T. M. D. et al. Sentimentos expressados pelos pais de crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer. **Ciência et Praxis**, Passos, v. 3, n. 6, p. 53-56, 2010.
- CARRETERO, S. et al. V. The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 49, n. 1, p. 74-79, 2009.

- CASTAÑÓN, M. A. H.; VILLAR LUIS, M. A. Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 806-810, 2008.
- CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 254-271, 2004.
- CEBRID-Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo - Unifesp. **Drogas psicotrópicas**. São Paulo, 2003.
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-315.
- CLARK, B. J. et al. Severity of acute illness is associated with baseline readiness to change in medical intensive care unit patients with unhealthy alcohol use. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, New York, v. 36, n. 3, p. 544-551, 2012.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Trad. Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Printipo-Damaia, 1989.
- COSTA, C. C. **Aspectos ergonômicos na organização do trabalho da equipe de enfermagem de uma UTI adulto**. 2005. 107 f. Dissertação (Mestrado profissionalizante em engenharia)-Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- COURTENAY, E. et al. HIV sexual risk behavior among low-income women experiencing intimate partner violence: the role of post traumatic stress disorder. **AIDS Behavior**, New York, v. 14, n. 2, p. 318-327, 2010.
- CRUZ, M. S.; FELICÍSSIMO, M. Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. In: LACERDA, R. B. (Coord.). **Efeitos de substâncias psicoativas no organismo**. Brasília, DF: Secretária Nacional Antidrogas, 2006. (Supera, 2).
- DEAR, G.; ROBERTS, C. The relationship between codependency and femininity and masculinity. **Sex Roles**, New York, v. 5, n. 26, p. 159-165. 2002.
- DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 839-848, 2007.
- DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-5, 2007.

ELIAS, A.A.G.P. et al. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 324-329, 2006.

ELSEN, I. et al. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

FALLER, J. W. et al. Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica. **Ciência Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 181-189, 2012.

FANG, L.; SCHINKE, S. P.; COLE, K. C. Preventing substance use among early Asian-American adolescent girls: Initial evaluation of a web-based, mother-daughter program. **Journal Adolescent Health**, New York, v. 47, n. 5, p. 529-532, 2010.

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

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

FILZOLA, C. L. A. et al. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 58, p.181-186, 2009.

FLETCHER, R. T. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clinica: aspectos fundamentais**. Barcelona: Elsevier Masson, 2007.

FONTES, A.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 6, n. 33, p. 304-312, 2006.

FRIZON, G. et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 72-78, 2011.

GALLASSI, A. D. et al. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 25-30, 2008.

GALPERIM, B. et al. Análise dos escores de gravidade como preditores na mortalidade em cirróticos hospitalizados. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 3, n. 53, p. 221-225, 2009.

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

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, A. Álcool é a droga que mais mata. **Gazeta de Maringá**, Maringá, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=1220239&tit=lcool-e-a-droga-que-mais-mata>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

GONÇALVES, J. R. L.; GALERA, S. A.F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. 543-549, 2010.

GUARNIERI, F. V.; MELO-SILVA, L. L. Ações afirmativas na educação superior: rumos da discussão nos últimos cinco anos. **Revista de Psicologia Social**, Madrid, v. 19, n. 2, p. 70-78, 2007.

HABIB, C. et al. The importance of family management, closeness with father and family structure in early adolescent alcohol use. **Addiction Journal**, Oxford, v. 105, n. 10, p.1750-1758, 2010.

HAYATI, P. T. et al. Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. **BMC Womens Health**, London, v. 11, n. 52, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/52>>. Acesso em: 14 set. 2012.

HUNG, C. C.; YEN, L. L.; WU, W. C. Association of parent's alcohol use and family interaction with initiation of alcohol use sixth graders: A preliminary study in Taiwan. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 1, p. 172, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702380/?tool=pubmed>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

INABA, L.C.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 39, p. 423-429, 2005.

JAHN, A. C. et al. Grupo de ajuda como suporte aos alcoolistas. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 645-649, 2007.

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

KANTORSKI, L. P. et al. Perfil dos Familiares cuidadores de usuarios de Centros de Atenção psicossocial do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 85-92, 2012.



KERKOSKI, E. et al. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 225-232, 2007.

LIMA, A. B.; ROSA, D. O. S. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 547-553, 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

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

MacRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A. et al. (Org.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: Edufba, 2004. p. 27-48.

MAIO, M. Do social ao trágico. **Revista Mês**, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 14-18, 2011.

MANENTI, L. P.; SORATTO, M. T. A Espiritualidade e o Cuidado Intensivo. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 12, n. 30, p. 43-51, 2012.

MANNING, V. et al. New estimates of the number of children living with substance misusing parents: results from UK national household surveys. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 1, p. 377, 2009.

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

MARINGÁ. Secretária de Saúde de Maringá. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Maringá, 2010.

MARQUES, F. Caminhos da prevenção: estudos de CEBRID ajudam a distinguir mito e realidade no panorama do uso de drogas no Brasil. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, n. 113, p. 84-87, 2005.

MÁRKEZ, I. et al. Violencia doméstica, consumo de sustancias y otras circunstancias concurrentes. ¿El derecho versus derecho a la salud? **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, v. 22, n. 83, p. 125-133, 2002.

MARTINS, M.; SANTOS, M. A., PILLON, S. C. Low-income families' perceptions on the use of drugs by one of their members. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 293-298, 2008.

MAURITI, M.R.; GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 30, p. 37-43, 2007.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.

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

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo sociais e de Saúde do Consumo do Álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, suppl.1, p. 7-10, 2004.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MILIORINI, J. P. et al. A família no contexto hospitalar: apreendendo os anseios e expectativas relacionadas com doença crônica. **RevRene**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 81-91, 2008.

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

MING, D. L.; BUMEISTER, M. New insights into the genetics of addiction. **Nature Reviews Genetics**, London, v. 10, n. 4, p. 225-231, 2009.

MIRANDA, F. A. N. et al. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 222-232, 2006.

MOHINDRA, K. S. et al. Alcohol use and its consequences in South India: Views from a marginalised tribal population. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 117, n. 1, p. 70-73, 2011.

MOMBELLI, M. A; MARCON, S. S.; COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas parágrafo desintoxicação de dependentes Químicos Adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 5, p. 735-740, 2010.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em caps-ad do Piauí. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

MORAES, L. M. P. et al. Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 34-42, 2009.

- MOTA, F. R. N. et al. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Esc Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 833-838, 2010.
- MUCCIOLI, C. et al. Artigos em inglês nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia: um resultado da globalização. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 461, 2006.
- MURAMOTO, M.T.; MÂNGIA, E.F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2165-2177, 2011.
- NARDI, E. F. R. **Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente**. Maringá. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.
- NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n.1, p. 47-53, 2008.
- NASCIMENTO, A. R.; CAETANO, J. A. Pacientes de UTI: perspectivas de e sentimentos revelados. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 6, n. 57, p. 12-17, 2003.
- NASCIMENTO, A. Z. et al. Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 446-451, 2007.
- OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
- OLIVEIRA, M. L. F.; ARNAUTS, I. Intoxicação alcoólica em crianças e adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 83-89, 2011.
- OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-481, 2006.
- OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 129-137, 2012.
- OMS- Organização Mundial de Saúde. **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence**. Genebra: World Health Organization, 2004.
- PACHECO, J. T. B.; HUTZ, C. S. Variáveis Familiares Predictoras do Comportamento Anti-Social em Adolescentes Autores de Atos Infracionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 2, n. 25, p. 213-219, 2009.
- PENA, A. P. S.; GONÇALVES, J. R. L. Atención de enfermería a familiares cuidadores de pacientes alcohólicos. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010.

- PEREIRA, L. L.; DIAS, A. C. G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Psico**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 55-65, 2007.
- PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 12, p. 676-682, 2004.
- PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 32-41, 2009.
- PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Messages from relatives of patients in coma: hope as common element. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 249-255, 2008.
- RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007
- ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- RODRÍGUEZ, P. R. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, Madrid, v. 40, supl. 3, p. 5-15, 2005.
- ROSA, C. M. R.; FONTANA, R. T. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 752-759, 2010.
- SABUROVA, L. et al. Alcohol and fatal life trajectories in Russia: understanding narrative accounts of premature male death in the family. **BMC Public Health**, London, v. 11, n. 1, p. 481, 2011.
- SALCEDO, L. J. A.; CARVALHO, A. M. P. Maltrato infantil POR agresores bajo efecto del alcohol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., p. 827-835, 2005.
- SÀNCHEZ, C. S. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 19, n. 2, p. 36-50, 2001.
- SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 429-433, 2005.
- SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 115-122, 2010.

- SANTOS, A. C.; VARGAS, M. A. O.; SCHENEIDER, N. Encaminhamento do paciente crítico para UTI por decisão judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 94-97, 2010.
- SANTOS, E. C. V.; MARTIN, D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 194-199, 2009.
- SCHEFFER, M. et al. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.
- SCHIMIDT, T. C. G.; ARRUDA, M. L. Sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 17, p. 348-354, 2012.
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.
- SELEGHIM, M. R. **Recursos e adversidades no ambiente familiar de indivíduos usuários de crack**. 2011. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.
- SENA E. L. S. et al. Alcoolismo no Contexto familiar: Um Olhar fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, 2011.
- SIDDIQUI, S.; SHEIKH, F.; KAMAL, R. What families want - an assessment of family expectations in the ICU. **International Archives of Medicine**, London, v. 4, n. 1, p. 21, 2011. Disponível em: < <http://www.intarchmed.com/content/4/1/21>>. Acesso em: 7 jun. 2012.
- SILVA, C. A. et al. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. In: Ross EK. Sobre a morte e o morrer. 8a ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2000. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 97-104, 2007.
- SILVA, L. H. P. et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 585-590, 2010.
- SILVA, L. V. E. R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-288, 2006.
- SILVA, M. R. S. et al. Resiliência e promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 95-102, 2005.

- SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G. Destino del paciente después de recibir el alta médica de la unidad de cuidados intensivos: ¿unidad de internación o intermedia?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 88-96, 2010.
- SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de álcool: implicações do relacionamento familiar. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 129-139, 2012.
- SOUZA, D. P. O.; ARECO, K. N.; SILVEIRA FILHO, D. X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 585-592, 2005.
- SOUSA, F. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 671-677, 2010.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- SOUZA, J. et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 140-147, 2011.
- TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 787-796, 2004.
- TEIXEIRA, J. Atualidades do prontuário. **Notícias Hospitalares**, São Paulo, n. 46, ano 4, 2005. Disponível em: <<http://www.noticiashospitalares.com.br/mar2005/htms/jur%EDdico.htm>>. Acesso em: 14 fev. 2012.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 689-694, 2011.
- VALADARES, G. V.; PAIVA, R. S. Estudos sobre o cuidado à família do cliente hospitalizado: contribuições para enfermagem. **RevRene**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 180-188, 2010.
- VARGAS, D. Atitudes de enfermeiros frente as habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 190-195, 2010.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; LUÍS, M. A. V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 73-79, 2010.

VIEIRA, J. K. S. et al . Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 274-295, 2010.

VILAÇA, C. M. O autocuidado de cuidadores informais em domicílio-percepção de acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 221-226, 2006.

VILLAR LUIS, M. A.; LUNETTA, A. C. F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe. 2, p. 1229-1230, 2005.

WHO- World Health Organization. **Global Status Report on Alcohol and Health**. 2011. Disponível em:  
<[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html)>. Acesso em: 15 jul. 2012.

YEH, S.; JOHNSON, M. N.; WANG, S. The changes in caregiver burden following nursing home placement. **International Journal of Nursing Studies**, Elmsford, v. 39, n. 6, p. 591-600, 2002.

ZEMEL, M. L. S. O papel da família no tratamento da dependência. **Revista IMESC**, São Paulo, n. 3, p. 43-63, 2001.

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A – Pacientes registrados no CCI/HUM com diagnóstico médico principal ou secundário de intoxicação aguda ou crônica por uso de álcool, internados na UTI adulto do HUM**

**CASOS EFETIVAMENTE INVESTIGADOS**

---

---

**Caso 1 – IF, 51 anos. Cuidador familiar: LSF, 58 anos.**

---

---

**IF:** Sexo M. Divorciado, escolaridade Ensino Fundamental completo, com situação ocupacional – mecânico de máquinas pesadas, não empregado no momento da entrevista, religião católica não praticante. Fez uso crônico de álcool por mais de 20 anos, que resultou em divórcio e mudança de endereço para a Bahia, onde passou a fazer uso em quantidades ainda maiores. A irmã foi buscá-lo a pedido do próprio patrão de IF. Em Maringá fez um tratamento de três meses para o etilismo, porém logo voltou a beber novamente. Dia 26/04 procurou atendimento no Hospital Municipal devido forte dor e distensão abdominal. Dia 28/04, veio transferido ao HUM inapetente, constipado. Radiografia de abdome evidenciou pneumoperitônio. Encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi realizado uma laparotomia exploradora que evidenciou hérnia inguino-escrotal esquerda perfurada. Feito sigmoidectomia com colostomia funcional. Após procedimento foi encaminhado à UTI onde evoluiu com insuficiência respiratória e renal agudas. Diagnóstico médico de: abdome agudo perfurativo (hérnia); cirrose hepática; etilismo; síndrome da angústia respiratória; insuficiência renal aguda. Permaneceu em ventilação mecânica por 63 dias, sendo submetido à traqueostomia dia 13/03. Apresentou pneumonia por *acinetobacter baumannii* multiresistente. Sofreu parada cardio-respiratória em 04/06 em assistolia, sendo revertida após 6 minutos. Fez uso de nutrição parenteral total por 37 dias e procedimento de hemodiálise até 27/06. Recebeu concentrado de hemácias cinco vezes durante a estadia na UTI. Recebeu alta da UTI dia 07/07 e alta hospitalar dia 13/07. Está há um ano, desde a internação, sem beber.

**CF1: LSF:** Sexo F. Idade: 58 anos. Irmã de IF. Raça/cor branca, divorciada, escolaridade Ensino Fundamental incompleto, com situação ocupacional – do lar, religião católica praticante. Nunca frequentou grupo de ajuda para familiares de dependentes de álcool. Mora com o irmão IF desde antes de sua internação na UTI. Após a hospitalização, cuida do mesmo com a ajuda de outro irmão e a cunhada. *“A nossa união de irmãos, foi se fortalecendo cada vez mais... Foi muito importante a união e a fé para aguentar o tranco...”*. Precisa de ajuda nos cuidados por ter outros problemas na família. *“É muito dolorido uma pessoa de 51 anos perdido... Muito novo... Os dois filhos dele deixaram o pai pra lá... Por causa do vício do pai. A mulher arrumou outro e não tem aquele vínculo de amor na família dele. Os filhos não vem visitar ele, sempre têm uma desculpa. Foi recíproco, ele abandonou os filhos por causa do vício e eles abandonaram ele. Só nós nos mantemos unidos como irmãos”*. Atualmente, dedica em torno de 2 horas/dia ao cuidado do mesmo. *“No começo era difícil, ele tava bem fraco, tinha que cuidar da colostomia, do curativo nas costas porque abriu uma ferida grande... Dar comidinha, banho. Hoje ele tá normal, nossa... Tá super bem, faz tudo sozinho... Deus fez o milagre e fez completo. A saúde dele está bem, ele toma bastante remédio ainda, não bebeu mais, mas eu não tenho certeza se ele consegue ter um domínio desse vício porque ele reclama de ter que tomar*

*tanto remédio, e quer voltar pra Bahia porque lá não tem ninguém que cuida dele”.* Quatro pessoas residem no mesmo domicílio que é próprio, com renda familiar de 3 salários mínimos. Auxiliam na prestação dos cuidados o irmão mais novo e a cunhada. Patologias presentes na família de CF 1: irmão alcoólatra, uma irmã e filha com diabetes mellitus (DM) tipo 1, uma irmã com hipertensão arterial (HAS), depressão e epilepsia, duas tias com HAS e DM 1. Ex-marido alcoólatra.

---



---

## **Caso 2 - SAS, 39 anos. Cuidador familiar: SASC, 41 anos**

---



---

**SAS:** Sexo M, solteiro, cursou até 2ª série do Ensino Fundamental, pintor, porém não trabalha há nove anos, religião católica não praticante. Faz uso de álcool desde a adolescência, que se agravou após a morte da mãe há nove anos. Começou com álcool e depois evoluiu com maconha e *crack*, sem deixar de fazer uso da bebida alcoólica constantemente. A primeira internação no hospital psiquiátrico foi com 18 anos por uso abusivo de álcool. Mora com a irmã, porém sai frequentemente de casa, passando dias fora para fazer uso de bebidas e drogas na rua “por ser um lugar aonde não ter ninguém para o incomodar”. Dia 20/08 foi trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o HUM, ao ser encontrado caído na rua após espancamento, com traumatismo crânio-encefálico (TCE). Foi entubado, realizou tomografia de crânio e foi para o centro cirúrgico realizar drenagem de contusão cerebral, retirada de osso temporal e limpeza da região. Após procedimento, internou na UTI com diagnóstico médico de TCE grave com lesão de calota craniana, dura-máter e sufusão hemorrágica em região fronto-temporal esquerda; vítima de espancamento; etilismo e drogadição. Fez uso de droga vasoativa para manter pressão arterial. Permaneceu em ventilação mecânica até dia 30/08. Manteve-se confuso, porém com evolução satisfatória do quadro clínico. Recebeu alta da UTI dia 16/09 e alta hospitalar 27/09 com encaminhamento para o hospital psiquiátrico. Desde então, internou novamente no hospital psiquiátrico após passar três dias na rua bebendo, porém fugiu do local. Há 20 dias, tentou agredir a irmã, o SAMU e a polícia foram acionados e estava internado no hospital psiquiátrico no momento da entrevista.

**CF 2: SASC:** Sexo F. Idade: 41 anos. Irmã de SAS. Raça/cor parda, casada, escolaridade Ensino Fundamental incompleto, zeladora, porém afastada com problema de saúde (artrite e artrose e dores na coluna), religião católica não praticante. Não frequenta grupo de ajuda para familiares de dependentes de álcool ou outras drogas. “*Não procuro tratamento porque eu dou o que ele precisa. Mas não fui eu quem o colocou nessa situação. Ele foi com as próprias pernas*”. Cuida do irmão com o auxílio de outra irmã desde a alta do HUM, porém não quer mais ficar com ele porque se tornou mais agressivo do que antes. “*Ele tentou enforcar minha irmã. Ele não tem mais condições de viver com as pessoas normais. Nunca foi fácil a gente conviver com ele, já chegamos a amarrar ele com corda daquelas fortes*”. Quando o irmão está em casa, precisa ser vigiado 24 horas/dia. “*Ele anda, vai no banheiro... mas é como uma criança de quatro, cinco anos, bem bobão, mas agressivo*”. Residem no mesmo domicílio quatro pessoas, com renda inferior a três salários mínimos. Tem outros primos que fazem uso crônico de álcool e *crack*.

---

**Caso 3 - ARS, 77 anos. Cuidador familiar: DJRS, 53 anos**

---

**ARS:** Sexo M, viúvo, nunca estudou, aposentado, religião católica não praticante. Fez uso de bebida alcoólica desde aproximadamente os 17 anos. Tabagista de longa data. Portador de hipertensão arterial, miocardiopatia dilatada e fibrilação atrial. Apresentava períodos breves de perda de memória. Fazia acompanhamento em unidade básica de saúde, porém ficava dias sem tomar os medicamentos de uso contínuo para fazer uso somente da bebida alcoólica. Quando sentia-se mal, voltava a fazer uso das medicações e parava de beber por alguns dias, até sentir-se bem novamente e voltar a beber e fazer o uso incorreto das medicações. Dia 23/11/11, foi pela manhã ao bar e começou a beber até a tarde, quando começou a passar mal. O SAMU foi chamado e foi constatado coma alcoólico. Foi encaminhado ao HUM com diminuição do nível de consciência, broncoaspiração da bebida alcoólica e insuficiência respiratória, sendo sedado, intubado e colocado em ventilação mecânica. Dia 24/11/11 foi transferido para a UTI com diagnóstico médico de broncopneumonia aspirativa; miocardiopatia dilatada; fibrilação atrial; hipertensão arterial; tabagismo; etilismo crônico; insuficiência renal aguda. Foi controlado hemodinamicamente com droga vasoativa e inotrópica, fez uso de broncodilatadores, necessitou de hemodiálise durante 10 dias para controle da função renal. Realizou fibroscopia em 01/12/2011. Feito traqueostomia e permaneceu em ventilação mecânica até 06/01/12 quando conseguiu manter-se fora do respirador. Apresentou úlcera de pressão sacral e em região de trocânteres com tecido necrótico. Despertou agitado, sendo necessário uso de haloperidol uma ampola endovenosa a cada oito horas e diazepam uma ampola endovenosa se necessário, além de uso de remifentanil em infusão contínua. Fez acompanhamento motor e respiratório com a fisioterapia e com a fonoaudiologia para voltar a deglutir alimentos. Recebeu alta da UTI dia 06/01/12 e dia 17/01/12, iniciou com insuficiência respiratória na enfermaria, seguida de parada cardíaco-respiratória evoluindo a óbito.

**CF 3: DJRS:** Sexo M. Idade: 53 anos. Filho de ARS. Raça/cor negra, casado, escolaridade Ensino Fundamental completo, mestre de obras, religião evangélica não praticante no momento. Nunca frequentou grupo de ajuda para familiares de dependentes de álcool ou outras drogas. Há dois anos, antes de morrer, o pai foi morar com ele e por ser uma pessoa ativa, o cuidado maior era lembrá-lo dos horários dos remédios de uso contínuo para os problemas cardíaco e de hipertensão arterial. *“Agora, de uns dois anos pra cá, ele tinha dificuldade assim... Problema de visão, pra assimilar o remédio, problema de esquecimento, a idade vai chegando e a pessoa vai sentindo dificuldade de assimilar... Às vezes ele parava de tomar os remédios controlados pra beber. Ele tinha um monte, ele tinha uma farmácia em casa. Então tinha, sabe, uma dificuldade pra assimilar o que era melhor, o que era ruim pra ele... Porque era um alcoólatra mesmo de carteirinha!”* Outro cuidado era orientar o pai para que parasse de beber, mas por ser uma pessoa ativa, ninguém conseguia mantê-lo em casa. *“Até antes dele morrer, dele ficar internado, eu falava pra ele que não tinha necessidade de ficar tomando essas bebidas todas, entendeu?”*. Sempre conviveu com o pai fazendo uso de álcool. *“Sabe aquela pessoa que bebe a vida inteira e sempre sobrevive? Quando doía, quando sentia dor, quando... aí a pessoa olha pra dentro de si e diz que vai parar, mas ele... melhorava e voltava a beber tudo de novo...”*. A esposa de CF 3 o auxiliava nos cuidados e o irmão caçula também ficava alguns dias com o pai, porém esse irmão também é alcoólatra. A relação com o pai alcoólatra sempre foi boa. *“... sempre foi uma pessoa responsável, sempre trabalhou, sempre criou 6 filhos e ele sempre ingeriu álcool, sempre! Ele foi um alcoólatra assim, que só fez mal pra ele, coitado...”*. Estava presente como acompanhante no dia em que o pai foi

a óbito na enfermaria do HUM. *“Infelizmente, o que eu percebi foi que quando ele saiu da UTI, os médicos já sabiam que o fim dele era certo... É assim mesmo, hoje eu até acho a morte normal, apesar de que machuca, dói, mas é normal pra gente, a gente não se abala mais tão facilmente agora... principalmente pra uma pessoa que viveu a vida inteira... quase que não se cuidou!”*. Residem atualmente no mesmo domicílio três pessoas, com renda familiar inferior a três salários mínimos. De patologias presentes em sua família, CF 3 relatou o problema cardíaco e de hipertensão arterial do pai, além do alcoolismo deste e do irmão caçula.

---

#### **Caso 4 – EMP, 27 anos. Cuidador familiar: EPP, 35 anos.**

---

**EMP:** Sexo M, solteiro, Ensino Fundamental incompleto, instalador elétrico, sem emprego no momento da entrevista, religião católica não praticante. Usa álcool desde a adolescência, com aumento da quantidade e frequência dessa droga há três anos, bebendo antes da internação, cerca de 2 litros de cachaça por dia. Com aproximadamente 10 anos, ingeriu álcool etílico voluntariamente e foi internado no HUM. Chegou a morar com uma namorada, mas nunca aceitou sair da casa de sua irmã com ela. A segunda namorada fugiu devido ao vício que EMP tinha de álcool. Quando criança teve hepatite A. É portador de hepatopatia e cirrose alcoólica. Toma medicações para controle de encefalopatia alcoólica. Há mais ou menos um ano e meio, começou a apresentar crises convulsivas, porém não tomava corretamente a medicação anti-convulsivante. No dia 06/09, apresentou crise convulsiva, com queda da própria altura e bateu a cabeça. Foi trazido ao HUM pelo SAMU com diminuição do nível de consciência, otorragia à esquerda e hipoglicêmico. Foi realizado tomografia de crânio e, após avaliação do neurocirurgião, foi encaminhado ao centro cirúrgico onde foi realizado craniotomia para drenagem de hematoma subdural e intraparenquimatoso fronto temporal esquerdo e colocação de cateter de pressão intracraniana (PIC). Após procedimento cirúrgico, foi admitido na UTI em mal estado geral, com diagnóstico médico de etilismo; hepatopatia alcoólica crônica; traumatismo crânio encefálico; contusão frontal esquerda sem desvio de linha média; insuficiência renal aguda por nefrotoxina. Na UTI, recebeu suporte hemodinâmico, controle da PIC e pressão arterial média (PAM) para controle de pressão de perfusão cerebral. Recebeu transfusão sanguínea. Ictérico, edemaciado, permaneceu com sedação contínua até 21/09. Realizado traqueostomia dia 23/09 e permaneceu em ventilação mecânica, até condições de manter-se em ventilação espontânea em 02/10. Foi acompanhado pela neurologia, infectologia e nefrologia, necessitou de suporte dialítico, até receber alta da nefrologia em 23/09. Permaneceu internado na UTI, confuso e agitado, até a alta desta unidade em 25/10. Recebeu alta hospitalar dia 11/11. Diz não lembrar-se de nada durante a internação. Quando chegou em casa estava muito prostrado e foi recuperando-se aos poucos. Permaneceu com sequelas motoras nos membros superior e inferior direitos, porém anda e realiza suas atividades. Dois meses antes da entrevista com o cuidador familiar, voltou a beber. Saía de casa às 07 da manhã e voltava à tarde, etilizado, todos os dias. Dois dias antes da entrevista, apresentou novo episódio de crise convulsiva generalizada e desde então, permaneceu prostrado na cama. A irmã disse que só nesses dois dias após a nova crise convulsiva, ele não procurou fazer uso da bebida alcoólica.

**CF 4: EPP:** Sexo F. Idade: 35 anos. Irmã de EMP. Raça/cor branca, casada, escolaridade Ensino Médio completo, cozinheira, religião católica praticante. Cuida do irmão desde pequeno porque a mãe sempre trabalhou e EMP ficava a maior parte do dia com ele. Mesmo casada há 17 anos, refere que o irmão nunca deixou de morar com ela. *“A gente*

*nunca separou, sempre juntos, aí eu casei, tentei separar da casa do meu irmão, fiquei um tempo fora, aí não deu certo, ele já foi pra minha casa... O trabalho dele era viajar, sabe? Ele viajava muito, mas ele ligava todo dia. Pra falar comigo, com minha mãe... Tinha vez de ele ligar três, quatro vezes no dia, sabe? Ele fica desesperado se ele ficar longe. Quando eu fui morar no Acre, tive que levar ele...".* O marido, a mãe e o filho de 10 anos de EPP ajudam a cuidar do irmão, e todos moram no mesmo domicílio. Conseguiu trabalho para costurar para uma confecção na própria residência e pretende concentrar as pessoas da família para fazer esse serviço que diz valer a pena em termos financeiros. Relata que se todos trabalharem em casa, torna-se mais fácil cuidar de EMP. *"A gente procura sempre ter um adulto aqui em casa... Agora meu marido tá trabalhando em casa pra me ajudar a cuidar dele, se ele tem alguma coisa fora pra fazer, quando eu chego do restaurante umas 14 horas, aí é que ele sai... Agora que ele voltou a beber minha mãe tá querendo largar o emprego de cuidadora de idosos pra cuidar dele, como apareceu essa oportunidade de trabalhar em casa, e ela é costureira, então a gente acha que dá..."*. O cuidado maior com o irmão é acompanhá-lo na fisioterapia e fonoaudiologia, bem como as consultas médicas de rotina. Há dois meses que o irmão voltou a beber, CF 4 tem ficado mais tensa e tenta vigiar e orientar o mesmo para que não saia de casa sozinho. *"O cuidado hoje é ficar em cima pra ele não beber. Se ele não tivesse voltado a beber, ele já estava bem. Eu ligo aqui em casa umas 10 vezes no dia pra saber como ele está, depois que ele começou a beber..."*. Já frequentou por três dias um grupo de ajuda para familiares de etilistas, até o dia em que EMP necessitou da internação no HUM. Nunca mais desde então, retornou ao grupo. *"Eu comecei a ir junto com ele num grupo de ajuda, assim, é..., não era para os alcoólatras, era para os familiares, para ele ver o que as famílias sentiam, tudo! Nós fomos três vezes, as três vezes ele estava bêbado, mas mesmo assim eu levava ele..."*. Diz que o pior momento da vida foi durante a internação do irmão na UTI. *"Eu não gosto nem de lembrar... Então pra mim, quando ele caiu, eu passei os 26 dias que ele ficou lá..., eu não dormia, eu não conseguia trabalhar direito... Eu chorava todos os dias..."*. Residem no mesmo domicílio sete pessoas, com renda familiar em torno de quatro salários mínimos. De patologias presentes na família de CF 4, o pai e o irmão alcoólatras (o pai morreu em um bar após beber o dia inteiro) e tem uma tia com esquizofrenia.

---

### **Caso 5 – CVS, 42 anos. Cuidador familiar: MAS, 45 anos.**

---

**CVS:** Sexo M, divorciado, escolaridade Ensino Fundamental completo, servente de pedreiro, sem trabalhar desde a internação na UTI. Não possuía nenhuma religião antes da internação, e hoje, frequenta com a irmã uma igreja evangélica. Foi abandonado pela esposa e foi morar com os pais e as duas filhas. Bebia muito, era tabagista e começou a usar outras drogas de abuso também. A mãe faleceu, o pai adoeceu e as filhas casaram. Passou a morar sozinho, porém passava dias seguidos na rua usando bebida alcoólica e drogas. Dia 04/09, sobre efeito de álcool e *crack*, foi vítima de briga na rua, onde o agressor deferiu inúmeros chutes e golpes na cabeça de CVS contra o paralelepípedo da rua. Foi trazido ao HUM pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), admitido na sala de emergência do pronto atendimento, realizou tomografia computadorizada de crânio que não evidenciou lesão extra-axial com efeito de massa. Foi encaminhado ao centro cirúrgico para instalação de cateter de PIC. Dia 05/09 foi admitido na UTI com diagnóstico médico de: Vítima de agressão física com TCE grave e trauma facial com avulsão de pavilhão auricular esquerdo. Na UTI foi ofertado suporte vital e controle estrito de PIC, PAM e capnografia. Fez uso de droga vasoativa para manter

pressão, broncodilatadores e antibióticos por apresentar pneumonia associada à ventilação mecânica. Apresentou episódios frequentes de diarreia, sendo feito pesquisa para *clostridium difficile*, que deu negativo. Foi acompanhado pela neurologia, infectologia, bucomaxilo e cirurgia plástica. Evoluiu satisfatoriamente apesar de confuso, e recebeu alta da UTI dia 17/09. Dia 27/09 recebeu alta hospitalar com acompanhamento da fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e cirurgia plástica para reconstrução de pavilhão auricular. Após a alta hospitalar, foi morar com a irmã. Está consciente, e apresenta-se gago, o que não era antes. Realiza suas atividades, apesar de apresentar diminuição da força motora nos membros superiores. Ainda frequenta a fisioterapia e a fonoaudiologia semanalmente. Não usou mais álcool nem outras drogas, apenas o tabaco, porém, no último mês, segundo a irmã, começou a apresentar-se mais impaciente e ansioso em alguns momentos, e com maior dificuldade para dormir.

**CF 5: MAS:** Sexo F. Idade: 45 anos. Irmã de CVS. Raça/cor negra, casada, escolaridade Ensino Fundamental completo, do lar, religião evangélica praticante. Cuida do irmão desde a alta hospitalar do HUM “...ele é meu irmão, é sangue!...A nossa parte a gente tá fazendo, isso com certeza!”. Colocou a casa onde ele morava à venda, para ele não sair de perto dela. “...não é bom ele voltar pro mesmo lugar que ele vivia...!Porque, primeiro os amigos que ele tem lá, as pessoas que ele tem lá, nunca fizeram bem pra ele... antes do acidente ele era muito debilitado, não comia, vivia no bar...”. Outra irmã ajuda a cuidar de CVS pois CF 5 também cuida do pai, que é sequelado de acidente vascular cerebral (AVC) e acamado. No momento da entrevista, CVS estava passando a semana na casa da outra irmã, porém passa maior parte dos dias com CF 5, inclusive, ficou com ela quando acabara de receber a alta hospitalar que foi a época que demandou maiores cuidados. “Quando ele saiu da UTI, precisava dar banho, precisava dormir do lado dele porque ele queria levantar e podia cair e bater a cabeça... Tinha que auxiliar ele no banho, pôr comida pra ele, ele não conseguia comer porque a mão tava boba... Ficou um mês assim, até ele voltar. Ele tá bem agora...”. Diz ter passado muita agonia enquanto o irmão permaneceu internado na UTI. “Nossa, eu entrei em pânico, em desespero!... Eu não faltava um dia de visita... sempre presente e falando pra ele que nós o amávamos, que nós estávamos do lado dele, que a gente ia cuidar dele...”. Residem no mesmo domicílio 5 pessoas, com renda familiar de quatro salários mínimos. De patologias presentes na família, relata que pai e mãe eram hipertensos. A mãe tinha problemas cardíacos e o pai, sofrido três AVC.

---

### **Caso 6 – ASC, 63 anos. Cuidador familiar: CSC, 36 anos.**

---

**ASC:** Sexo F, divorciada, escolaridade Ensino Fundamental incompleto, porteira, sem trabalhar desde a internação. Religião evangélica, porém frequenta poucas vezes a igreja. Bebia desde os 20 anos e diariamente, segundo relato da filha, porém não admite ser dependente. A filha diz que não bebeu mais desde a internação na UTI, após a alta hospitalar. Tabagista há mais de 10 anos. Após o divórcio, morou nos últimos anos com a filha, e depois, preferiu morar sozinha. Atualmente mora novamente com a filha, pois necessita de cuidados. Com história de insuficiência cardíaca e colecistectomia há 15 anos. No dia 30/10 foi ao Hospital Municipal, pois estava há aproximadamente 40 dias, com falta de ar, membros inferiores edemaciados e dor no peito. Foi diagnosticado fibrilação atrial (FA). Evoluiu com dor abdominal importante, hipotensão e dispnéia, sendo transferida ao HUM dia 04/11. Utilizando-se de oxigenioterapia, com máscara de venturi a 50%. Diagnosticado ruptura espontânea do baço por provável uso de varfarina. Saiu do centro cirúrgico após laparotomia exploradora em mau estado geral, sedada e em

ventilação mecânica para o pronto atendimento até conseguir vaga na UTI dia 11/11. Internou na UTI com diagnóstico médico de: etilismo crônico; tabagismo; FA paroxística; derrame pleural; dupla disfunção valvar tricúspide moderada; dilatação atrial moderada. Na UTI permaneceu em ventilação mecânica, em controle hemodinâmico, com PAM e pressão venosa central (PVC) invasiva, uso de droga vasoativa, beta bloqueador, diurético. Extubada dia 13/11, porém não tolerou ficar fora do respirador, colocada em ventilação não invasiva sem melhora e reintubada. Realizado traqueostomia e conseguiu efetivo desmame do respirador em 22/11. Recebeu vacinação anti-pneumocócica e anti-meningocócica devido a esplenectomia. Recebeu alta da UTI dia 23/11 e alta hospitalar dia 30/11. Após esse período necessitou novas reinternações hospitalares (mas não em UTI) e no dia da entrevista com a filha, ASC encontrava-se há 20 dias internada na clínica médica do HUM devido dor no peito e edema importante nos membros inferiores.

**CF 6: CSC:** Sexo F. Idade: 36 anos. Filha de ASC. Raça/cor branca, divorciada, escolaridade Ensino Médio completo, trabalha em uma fábrica de confecção, religião adventista praticante. Diz que a mãe nunca foi uma mãe presente, mas é a única dos irmãos que cuida dela. *“Desde os nove anos eu já cozinho dentro de casa, ela jogou nós pra cozinhar pra ela fugir do compromisso de casa”*. Diz que a mãe bebe desde antes do seu nascimento e sempre ela e os irmãos foram obrigados a comprar bebida alcoólica pra ela. *“Ela bebe desde nova... Uma vez ela falou pra gente que ela tomava quando ela trabalhava num barzinho antes de casar com meu pai, então é sinal que ela já bebia desde antes... E ela fazia eu e meus irmãos comprar pinga pra ela. Nós comprávamos pinga quando nós éramos crianças”*. Antes da internação, a mãe morou com ela, e por sentir-se “vigiada”, foi morar sozinha, até que depois da internação na UTI, ficou bem debilitada e voltou a morar com CSC. *“...quem cuida é tudo eu... Logo que ela saiu da UTI ela precisou de cama ainda, né? Usou fralda, ficou acamada, buscamos cadeira de roda... eu dava comida pra ela devagarzinho... no banheiro a gente sempre ajudava... Ai foi melhorando...”*. Quem auxilia no cuidado é o filho mais velho de 15 anos e a filha caçula tem 7 anos. *“... fica a parte da manhã sozinha e a tarde fica com meus filhos porque eu tenho que trabalhar!”. Diz que não é fácil cuidar da mãe porque ela é muito teimosa. Pediu ajuda para a irmã cuidar dela, porém a irmã não tolerou mais do que três dias com a mãe. Diz que quando a mãe necessita internar é quando ela descansa. *“Deus que me perdoe, mas é um descanso pra mim e pros meus filhos... Ela me coloca contra meus filhos, faz intrigas...”*. Quando a mãe necessitou internação na UTI, CF 7 ia visitá-la todos os dias, nos dois horários do dia de visita. *“...foi um choque total! Eu pensei que ela podia morrer a qualquer momento, porque UTI, querendo ou não, é morte!”*. Residem no mesmo domicílio quatro pessoas, com renda familiar inferior a três salários mínimos. Casa humilde, com quatro cômodos. CF 6, sua mãe e os dois filhos dormem no mesmo cômodo. De patologias presentes na família, relata que, além da mãe, a avó paterna era alcoólatra e também, portadora da doença de Chagas e de diabetes.*

---

### **Caso 7 – RSF, 39 anos. Cuidador familiar: IMS, 38 anos.**

---

**RSF:** Sexo M, casado, Ensino Fundamental completo, pedreiro, afastado do emprego desde a internação hospitalar, religião evangélica, sem condições atualmente de frequentar a igreja. Usa álcool desde a adolescência, com aumento da quantidade há sete anos, a bebida que mais ingeria era cachaça, diariamente, principalmente após o trabalho. Sedentário, parou de fumar há quatro anos, fumava aproximadamente um maço de cigarros por dia. Morou enquanto criança em área rural - sítio. Comia muita carne de porco e

adquiriu neurocisticercose (diagnóstico médico confirmado na internação hospitalar). Há 11 anos realizou cirurgia de hérnia inguinal, há sete anos teve meningite viral, e há dois anos começou a sentir cefaleia e vertigens frequentes. Procurou atendimento médico e lhe foi receitado remédio para labirintite. Três meses antes da internação na UTI, evoluiu com diminuição do nível de consciência e aparecimento de crises convulsivas. Em 03/03 apresentou seguidas crises convulsivas tônico-clônicas de longa duração em casa, foi atendido pelo SAMU e encaminhado ao HUM em insuficiência respiratória, onde foi sedado, intubado e realizado tomografia computadorizada de crânio que evidenciou edema cerebral, hidrocefalia e calcificações (decorrente da neurocisticercose). Foi encaminhado à UTI para monitorização intensiva e controle hemodinâmico com diagnóstico médico de: etilismo crônico; rebaixamento de nível de consciência; edema cerebral; hidrocefalia; neurocisticercose. Dia 05/03 foi encaminhado para neurocirurgia para instalação de derivação ventricular externa (DVE), e devido dificuldade de passagem de sonda vesical de demora, permaneceu com dispositivo de incontinência urinária até a realização de uma cistostomia pelo urologista em 06/03. Evoluiu com infecção do trato urinário. Permaneceu em ventilação mecânica até 13/03. Desenvolveu meningite e em 16/03 a DVE foi retirada e realizado no centro cirúrgico, a instalação de derivação ventricular peritoneal (DVP). Voltou à UTI entubado onde permaneceu novamente em ventilação mecânica até 19/03. Diagnosticou-se perda da visão devido lesão do nervo óptico. Realizou durante a internação, tomografias de crânio de controle. Recebeu alta da UTI dia 23/03 com acompanhamento da infectologia por suspeita de endocardite fúngica por presença de *cândida albicans* em cultura em ponta de cateter venoso central. Persistiu internado na enfermaria com confusão mental e dislalia até a alta hospitalar em 07/06. Hoje é uma pessoa dependente de cuidados, pois não enxerga e tem dificuldade para locomover-se sozinho. Apresenta diminuição da força motora no membro superior direito. Possui períodos frequentes de confusão e persiste importante dislalia. Passa maior parte do período na cama e engordou 15 kilos. Toma remédios controlados diariamente e não pediu mais bebida alcoólica.

**CF 7: IMS:** Sexo F. Idade: 38 anos. Esposa de RS. Raça/cor parda, escolaridade Ensino Médio completo, trabalha em uma lavanderia, religião evangélica praticante. Casada há 11 anos. Diz que o marido sempre bebeu, porém quando parou de frequentar a igreja, começou a beber mais, saía do trabalho e ia para o bar e chegava em casa etilizado todos os dias. *“Bebia, sim... Pior que bebia. Depois de grande, de moço, ele também bebia. Saía do trabalho, ia pro bar beber. A gente tem que falar Tem que saber, é a realidade...”* Tem uma filha de nove anos. Fala que a relação com o marido nunca foi fácil. *“Ele era uma pessoa bastante agitada, nervoso. Às vezes ele ficava alterado comigo, aí juntava a bebida, ficava meio... sabe? A palavra, falar a verdade, meio doido. Aí ele ficava assim, gritando com a gente. Às vezes também perdia muito a paciência com a nossa menina, que nós temos uma menina, sabe?...”*. Nunca frequentou grupo de ajuda para familiares de dependentes de álcool e/ou outras drogas. Não se assustou com a internação do marido na UTI, pois relatou que nada é mais assustador que a crise convulsiva que ele apresentara antes da internação. *“A UTI não me assustou. Não, imagina! Não me assustou em nada! Eu não fiquei desesperada porque eu vi o jeito que ele saiu de casa. Muito grave, entendeu? Nunca tinha visto uma coisa daquela.”*. Após a alta do marido da UTI, largou o emprego para ficar de acompanhante com ele na enfermaria. Alugou a casa onde moravam e foram morar com a mãe dela, que é quem ajuda nos cuidados ao marido. Cinco meses antes da entrevista, voltou a trabalhar, pois diz que só com o dinheiro da aposentadoria do marido, não conseguem se sustentar. *“Voltei a trabalhar porque só com o salário dele não dá... E sabe? Parece que você estando trabalhando, você distrai a cabeça! Por isso eu*



*voltei a trabalhar, porque senão eu ia cair numa depressão. Ficar pensando tudo o que aconteceu com ele...*”. Casa de fundo, com quatro cômodos, a cama de CF 7 e o marido fica na sala. Residem no mesmo domicílio quatro pessoas, com renda familiar inferior a 3 salários mínimos. De patologias presentes na família, CF 7 relata que sua mãe tem diabetes e hipertensão arterial. A mãe de RSF faleceu com problema renal, o seu pai tinha hipertensão arterial e o irmão teve um infarto agudo do miocárdio.

---



---

### **Caso 8 – SZS, 35 anos. Cuidador familiar: EAZC, 45 anos.**

---



---

**SZS:** Sexo M, casado, Ensino Fundamental incompleto, dono de um bar, religião católica não praticante. Sempre bebeu muito destilado, porém não gostava de beber na frente da família. Morava com a esposa e os dois filhos no mesmo terreno da casa da tia. Trabalhava em dois empregos, como motorista dos correios de dia, e como vigia à noite. Seu sonho sempre foi abrir o próprio negócio e em 2009 abriu um bar e mercearia. Depois disso, começou a apresentar sintomas de depressão que intensificaram-se seis meses antes do óbito. Procurou ajuda médica, mas por achar que os medicamentos lhe tiravam o sono, abandonou o tratamento. Em seis meses emagreceu aproximadamente 30 kilos. Em 06/01/11, durante o aniversário do irmão na casa da tia, sentiu tontura e fraqueza, e caiu sobre o tanque de lavar roupa, machucando os dedos. Enquanto o irmão se preparava para levá-lo ao hospital Municipal para fazer um curativo, a tia presenciou SZS apresentando hematêmese em grande quantidade. Ele impediu que a mesma chamasse o SAMU. No hospital Municipal, foi realizado o curativo e logo depois liberaram SZS que não informou sobre a hemorragia digestiva. Como não deixaram que ele ficasse com acompanhante, seu irmão também não pôde relatar o fato aos profissionais de saúde. No caminho de volta para casa, passou mal novamente e foi levado ao pronto atendimento do núcleo integrado de saúde onde apresentou mais hematêmese e foi encaminhado ao HUM no dia 07/01/11. Chegou apresentando enterorragia, dor abdominal tipo cólicas e choque hipovolêmico. Foi sedado, entubado, colocado em ventilação mecânica, instalado droga vasoativa, feito endoscopia digestiva alta com esclerose de veias esofágicas. Encaminhado à UTI com diagnóstico médico de hemorragia digestiva alta (HDA); varizes de esôfago; cirrose hepática; choque hipovolêmico; etilismo. Em mau estado geral, foi mantido suporte intensivo, instalado octapeptídeo cíclico sintético, realizado transfusão sanguínea de concentrado de hemáceas e de plasma fresco de horário. Devido permanência da hematêmese, foi realizado passagem de sonda sengstaken blackmore com controle da pressão de insuflação dos balões da mesma. Com agravamento do quadro clínico e persistente hemorragia, dia 09/01/11, SZS evoluiu à óbito.

**CF 8: EAZC:** Sexo F. Idade: 45 anos. Tia de SZS. Raça/cor branca, casada. Ensino Superior completo, coordenadora de uma escola infantil, religião católica praticante. Morava no mesmo terreno que o sobrinho, ajudou a cuidar dele e dos irmãos depois do falecimento da irmã que era mãe dos mesmos. Sempre teve um bom relacionamento com o sobrinho e comentou que ele era querido por toda a família. *“A gente sempre foi uma família muito tranquila, assim, nunca teve nenhuma coisa mais grave, ele era um pai para os irmãos dele”*. Diz que a única preocupação em relação aos cuidados com o sobrinho era insistir para ele fazer o tratamento correto para a depressão, para tomar os remédios e comer melhor. *“Antes os cuidados com ele era mais com a depressão... Ele sempre foi muito alegre, a gente não consegue entender o porque dessa depressão. Ele não aceitava ajuda... ele era muito forte, depois foi definhando mesmo...”*. Sempre soube que o sobrinho ingeria destilados, mas relata que ele não gostava de beber na frente da família. *“A gente*

*sempre soube que ele bebia, mas não assim, uma coisa que fosse tão grave a ponto de ter causado tudo o que causou*". Por esse motivo, refere que nunca ninguém da família frequentou grupo de ajuda para familiares de dependentes de álcool. Conta que um dia o sobrinho chegou a comentar que um médico lhe disse que não era para ele fazer muitos planos para o futuro, pois se ele continuasse "daquele jeito", não teria futuro, por esse motivo, CF 8 acredita que o sobrinho escondia alguma doença da família. Foi a primeira pessoa que viu o sobrinho apresentar os sintomas de hemorragia digestiva e o orientado a procurar ajuda. *"Quando eu cheguei no quarto dele, ele estava sentado com as pernas abertas em cima de um tapete e ele estava vomitando muito sangue (pausa) ele olhou pra mim com aqueles olhos e perguntou: Tia, o que é isso? (choro) Haaaa... é horrível lembrar isso. Quando ele foi para o hospital eu até comentei com meu esposo que se ninguém fizesse nada pelo meu sobrinho, ele ia morrer..."*. Diz que da internação até o óbito do sobrinho, foi tudo muito rápido e desesperador. *"Quando ele precisou ir para a UTI, foi um choque muito grande. Eu nem quis ir, os irmãos dele vinham pra minha casa, eles choravam desesperados, desesperados... Então assim, foi muito sério, muito triste, desgastante demais... Não teve tempo de fazer nada... quando o médico falou pra irmã dele que eram pouquíssimas as chances, eu não quis acreditar. Eu achava que não era verdade"*. CF 8 disse que até hoje a família, principalmente a esposa de SZS, evita comentar o assunto por ser algo muito dolorido. Toda a família sofreu bastante e o irmão mais novo não aceita até hoje. *"A gente fala, a gente vive, a gente passa porque tem que passar, mas ele era muito novo, né? Foi muito rápido..."*. A renda da família de SZS na época era de três salários mínimos e de patologias presentes, a tia e um irmão de CF 8 tem diabetes mellitus tipo 2 e outra tia já apresentou AVC.

---

### **Caso 9 – ECG, 44 anos. Cuidador familiar: OCG, 65 anos.**

---

**ECG:** Sexo M, casado, dois filhos. Ensino Médio completo, dono de um bar, religião católica, antes do óbito, frequentou algumas vezes um grupo de oração, porém, nos últimos anos, não tinha mais condições de sair de casa. Começou uso do álcool com 14 anos. Quando adulto, depois que saiu candidato à vereador em uma eleição e não foi eleito, coincidindo com a época em que ele abriu um bar, aumentou ainda mais a ingestão da bebida alcoólica. Bebia todos os tipos de bebida alcoólica, com maior frequência do vinho, cerveja, cachaça e jurubeba. Usava a bebida diariamente ao longo de todo o dia. Há 10 anos descobriu ter hepatite. Há três anos descobriu ter ascite e passou a sentir-se mais debilitado. No início não se achava dependente, porém depois dos sintomas clínicos da hepatopatia, tentou parar de beber e sempre que recaía, ficava ainda mais depressivo. Não teve mais condições de continuar trabalhando e só então, procurou tratamento para o alcoolismo. Internou inúmeras vezes em diferentes instituições, porém sempre abandonava o tratamento e voltava a beber. Quatro meses antes da internação na UTI, começou a apresentar-se confuso, com sintomas de encefalopatia alcoólica e ascite importante, sendo internado em média, a cada 10 dias para realização de paracentese. Fazia uso de lactulona, espironolactona, furosemida, propranolol, ácido fólico e complexo B. Nesses quatro meses, não fez uso de álcool. Foi incluído na fila de espera para transplante hepático. Dia 06/03 apresentou perda de líquido ascítico em grande quantidade por lesão umbilical, fraqueza generalizada e dificuldade para respirar. A família o levou ao HUM onde apresentou enterorragia e febre. Evoluiu com insuficiência renal e foi internado na UTI dia 12/03 com diagnóstico médico de peritonite bacteriana espontânea por *Estafilococos aureus*; cirrose hepática alcoólica; hepatopatia crônica alcoólica descompensada em ascite; síndrome

hepato-renal; insuficiência renal aguda. Na UTI necessitou entubação orotraqueal e ventilação mecânica, uso de droga vasoativa, controle de fatores de coagulação e sangramento com plasma fresco de horário e reposição sanguínea com concentrado de hemácias. Necessitou realizar paracentese e reposição de volume com albumina. Fez uso de nutrição parenteral total (NPT) e hemodiálise estendida diária. Devido à gravidade do caso e ao prognóstico, paciente evoluiu a óbito dia 15/03.

**CF 9: OCG:** Sexo F. Idade: 65 anos. Mãe de ECG. Raça/cor branca, viúva. Ensino Fundamental incompleto, aposentada, religião católica praticante. Depois que ficou viúva há três anos, foi morar com o filho usuário de álcool para ajudar a nora a cuidar dele, para que ela pudesse trabalhar. Diz que o filho sempre bebeu muito. Desde os 14 anos ele bebia refrigerante com pinga com os amigos, que se intensificou na fase adulta. *“Ele bebia bastante... Não parava de beber! Ele amanhecia bebendo e anoitecia bebendo. Não tinha horário para largar de beber. Ele bebia compulsivo, assim... Tinha dia que eram três horas da manhã, ele levantava, ia abrir a venda pra pegar cerveja pra beber.”*. A relação do filho com a família sempre foi boa. *“Para família ele não era ruim. Ele era amoroso, muito bom pras pessoas. Ele fazia beber e dormir... Nunca vi aquele meu filho falar um palavrão feio. Ele era um moço bom, trabalhador... tudo o que acabou com ele foi a bebida”*. O filho começou a ficar muito doente nos três últimos anos anterior ao óbito e nessa época exigia cuidados 24 horas por dia. CF 9 e a nora não o deixavam sozinho devido ao estado confusional que apresentara pela encefalopatia hepática. A comida era feita separada (leve e hipossódica) e tomava muitos remédios, porém vomitava com frequência. *“Não podia deixar ele sozinho, ele não falava as coisas certas. Em casa a gente trancava as portas todinhas pra ele não sair pra fora. A gente tinha medo dele pular do sobrado, fechava a porta até da sacada... Não podia fazer comida com sal, carne... Tinha que fazer comida especial pra ele”*. Procurou um grupo de oração da igreja para pedir orações ao filho e à toda família. Sempre tentou orientar o filho e o acompanhava nas inúmeras internações em decorrência das complicações psicológicas e/ou clínicas decorrentes do abuso do álcool. Relatou que a filha mais velha começou a tomar conta do bar para que o irmão não bebesse mais, porém entrou em depressão quando via o irmão bebendo em outros bares. Quando ECG precisou ficar internado na UTI, a mãe ficou bastante preocupada e se lembra do filho nos raros momentos de lucidez lhe pedir que se algo acontecesse com ele, era para ela cuidar de sua família. Após o óbito do filho foi morar com a outra filha, mas perto da nora e dos netos. Disse que o momento do óbito foi o que mais lhe aconteceu de triste na vida, que sempre sonha com o filho e que a nora não gosta de relembrar e falar sobre isso. *“Nossa, foi tão triste o dia da morte dele! Foi a coisa mais triste ver o filho dele de 6 anos chorar! É muito duro! Tem hora que eu não me conformo... Tudo o que acabou com ele, foi a bebida!”* (choro). Quando ECG era vivo, habitavam no mesmo domicílio cinco pessoas com renda familiar inferior a três salários mínimos, hoje, CF 9 mora com na casa da outra filha totalizando seis pessoas, com renda familiar de três salários mínimos. De patologias presentes na família, o marido de CF 9, pai de ECG, era alcoólatra. O neto, filho de ECG, era usuário de álcool e outras drogas.

---

### **Caso 10 – CAA, 34 anos. Cuidador familiar: MAAA, 51 anos.**

---

**CAA:** Sexo M, separado, Ensino fundamental incompleto, servente de pedreiro. Trabalhava como autônomo e o dinheiro que ganhava era para sustentar o vício que tinha de álcool e drogas como o *crack*. Permanecia alguns dias sem trabalhar consumindo álcool e outras drogas, ficando debilitado. Religião evangélica, não praticante. Começou a fazer uso do álcool

há 11 anos e em seguida, começou a usar drogas ilícitas. A esposa o abandonou com as duas filhas e então, CAA foi morar com a mãe para ela cuidar das crianças. Passava as noites fora e tinha um relacionamento frio com a família nessa época. No dia 31/08 estava na frente de sua casa quando sofreu um atentado, sendo ferido por arma de fogo em região torácica, cervical e em membros superiores. A mãe e as filhas presenciaram o ocorrido e chamaram o SIATE que o atendeu e encaminhou ao HUM. Chegando neste hospital, foi levado ao centro cirúrgico para realização de toracofrenolaparotomia exploradora por lesão de alça intestinal, ferimento em pericárdio e tórax que foi drenado bilateralmente. Após a cirurgia foi encaminhado à UTI sedado, em ventilação mecânica por tubo orotraqueal. Diagnóstico médico de ferimento de arma de fogo em região torácica, abdominal, braço direito, linha axilar média direita, base de hemitórax direito, região dorsal esquerda e antebraço esquerdo; drogadição; etilismo crônico. Permaneceu em suporte intensivo, com controle de sangramento fazendo uso de plasma fresco. No dia seguinte foi retirado a sedação, começou a acordar e no final da tarde foi extubado. Recebeu vacina anti-pneumocócica e anti-meningocócica. Evoluiu com melhora hemodinâmica e obteve alta deste setor em 03/10. Na enfermaria evoluiu com síndrome de abstinência, foi necessário iniciar com haloperidol e diazepam de horário. Recebeu alta hospitalar em 16/10.

**CF 10: MAAA:** Sexo F. Idade: 51 anos. Mãe de CAA. Raça/cor negra, casada. Ensino Fundamental incompleto, do lar, religião evangélica praticante. Mora com o marido, o filho e as netas. Diz que o filho faz uso de álcool e outras drogas há mais ou menos 11 anos, e que a relação dele com a família não era muito boa, principalmente quando apresentava sintomas de abstinência ou usava álcool e outras drogas. *“A convivência antes era boa! Tirando os problemas que ele tinha... Ele podia estar sossegado, numa boa, dois, três dias sem usar nada. Mas se tomasse qualquer coisa alcoólica! Aí começava a dar ansiedade nele. Aí não podia nem conversar com ele, qualquer coisinha era motivo pra ele brigar, querer quebrar as minhas coisas...”*. Relata que tentava orientar o filho, porém ele não a ouvia e sempre ficava trancado no quarto. *“Ele gostava de ficar sozinho, no lugar dele... Ele dormia fora de casa, chegava de madrugada, então, eu não sabia o que ele aprontava...”*. Quando o filho foi baleado, CF 10 ficou muito assustada, porém quando ele internou na UTI ela disse ter a certeza que ele iria se recuperar, ficando mais tranquila. *“Naquele momento eu pensei que ele iria morrer... Mas depois ele foi atendido, foi pra UTI e Deus colocou uma calma tão grande em mim, sabe? Um alívio assim... Eu falava pro meu marido que não ia acontecer nada... E foi assim, só na hora que eu me abati, depois não...”*. Diz que quando o filho saiu do hospital, precisava de muitos cuidados, como auxiliar nas atividades pessoais, pois ficou 15 dias acamado sentindo muita vertigem. Nesta época ele foi levado à casa da avó, mãe de CF 10 em outro município para fugir de possíveis novos atentados, a avó ajudou a cuidar de CAA para sua mãe retornar pra casa e cuidar das netas. Depois começou a tornar-se mais independente e hoje tem uma vida sem sequelas físicas. No momento da entrevista, estava internado em uma clínica de reabilitação por vontade própria há seis meses, juntamente com o irmão, também etilista crônico. CF 10 diz que tudo o que aconteceu foi até um benefício, pois hoje o filho se diz mais preocupado com a família e com ele mesmo. *“Foi até bom isso acontecer, sabe? Agora ele quer outra vida pra ele. Quer ajudar as filhas dele... Porque quando usava aquela droga, ele nem sabia que tinha filho. Não tinha filho, não tinha pai, não tinha mãe. Ele assustou”*. Hoje a família convive mais com o medo e sem a tranquilidade que tinham antes, com medo de novos atentados. Moram no mesmo domicílio cinco pessoas, com renda familiar inferior a três salários mínimos. De patologias presente na família, o marido de CF 10 tem hipertensão arterial e dois filhos (incluindo CAA), são dependentes de bebida alcoólica.

## CASOS INVESTIGADOS – RECUSA E PERDA

---

### Caso 11 – VAR, 33 anos.

---

Sexo M, solteiro, Ensino Fundamental completo, repositor de supermercado. Sem relato da quantidade da ingestão diária de álcool, tampouco relato de outras patologias progressas. Deu entrada dia 10/06 no pronto atendimento do HUM com história de dor em região de flanco inferior direito de um dia de evolução, associado à vômitos e náuseas. Foi diagnosticado apendicite e pancreatite, sendo encaminhado ao centro cirúrgico para laparotomia para apendicectomia por apendicite supurada. No primeiro pós-operatório apresentou queda no banheiro do hospital. No segundo pós-operatório, recebeu alta hospitalar. No dia seguinte (13/06), retornou ao hospital com forte algia abdominal, evidenciado hematoma em parede abdominal e encaminhado novamente ao centro cirúrgico para drenagem de abscesso retroperitoneal e sutura de vaso. Após procedimento cirúrgico, foi encaminhado à UTI com diagnóstico médico de apendicectomia; hematoma de parede abdominal; pancreatite; etilismo. Em mau estado geral, sedado, em ventilação mecânica, uso de droga vasoativa. Puncionado PAM para monitorização invasiva da pressão arterial. Iniciou NPT. Realizou tomografia computadorizada abdominal de controle que mostrou alteração focal da densidade do parênquima pancreático associada à densificação de planos gordurosos adjacentes. Em 16/06 foi submetido à nova intervenção cirúrgica com lavagem de cavidade. Apresentou melhora hemodinâmica e respiratória, conseguindo desmame do respirador e recebeu alta da UTI em 27/06, porém dia 14/07 retornou à este setor com piora infecciosa. Foi reintubado e colocado em ventilação mecânica. Evoluiu com trombose venosa profunda e celulite em membro inferior direito. Foi heparinizado. Cultura positiva para *Escherichia coli* em líquido peritoneal, iniciou uso de antibiótico de amplo espectro. Evoluiu com piora do estado clínico geral e óbito em 19/07. Convidado família de VAR para participar da pesquisa por telefone, conversado com a mãe e a irmã que moravam com o mesmo, porém não aceitaram participar por dizer que é muito difícil lembrar-se da morte e ainda não se conformam com o que aconteceu.

---

### Caso 12 – JIM, 81 anos.

---

**JIM:** Sexo M, raça/ cor negra, viúvo, Ensino Fundamental incompleto, aposentado. Hipertenso, diabético tipo 2, ex-tabagista e ex-etilista. História de uso de bebida alcoólica por mais de 40 anos. Dia 20/07, procurou atendimento no núcleo integrado de saúde por ter apresentado episódio de hemorragia digestiva alta em grande quantidade e com dificuldade de marcha e mal estar. Apresentou novos episódios de hemoptise e melena e foi transferido ao HUM em 21/07, apresentando-se icterício, com hepatomegalia, agitação psicomotora e hipotenso. Realizado endoscopia digestiva alta que evidenciou úlcera duodenal ativa que foi cauterizada quimicamente. Recebeu hemocomponentes: concentrados de hemácias e plasmas frescos. Iniciou com droga vasoativa. Dia 22/07 foi encaminhado à UTI devido risco elevado de ressangramento, e confuso. Diagnóstico médico de: diminuição do nível de consciência; hemorragia digestiva alta e baixa; hepatopatia; etilismo crônico. Foi sedado, intubado, colocado em ventilação mecânica, monitorizado e oferecido suporte hemodinâmico. Evoluiu com enterorragia, piora clínica geral e parada cardíaca em 23/07, sendo constatado óbito. Não foi possível contactar o cuidador familiar para participar da pesquisa, pois o telefone que constava no prontuário hospitalar encontrava-se desligado e o endereço estava incorreto.

## CASOS EXCLUÍDOS A *PRIORI*

---

---

### Caso 13 – CAL, 34 anos.

---

---

Sexo M, solteiro, Ensino Fundamental incompleto, serralheiro. Etilista crônico, iniciou o uso de bebida alcoólica na adolescência, com relato de uso de um a dois litros de pinga por dia. Começou a usar outras drogas de abuso e devido à dependência química, antes da internação hospitalar, encontrava-se em situação de rua na cidade de Maringá e com relato de ser usuário de maconha, cocaína, *crack*, LSD, benzina e gasolina, além da bebida alcoólica. Na madrugada do dia 19/06 envolveu-se em uma briga na rua, onde levou uma facada em região cervicoocipital. Trazido pelo SAMU inconsciente ao HUM, intubado, colocado em ventilação mecânica e realizado tomografia de crânio e cervical. Encaminhado à UTI em 22/06 com diagnóstico médico de lesão cervicoocipital com lesão medular com fístula liquórica; tetraplegia; broncopneumonia aspirativa; atelectasia por falha diafragmática; drogadição; etilismo. Permaneceu em cuidados intensivos. Uso de droga vasoativa. Realizado traqueostomia, retirado sonda no dia 23/06, começou a acordar, confuso e com perda da força motora em membros superiores e inferiores. Estabilizou-se hemodinamicamente, porém com sinais de síndrome de abstinência, necessário uso de remifental em infusão contínua. Conseguiu desmame do respirador após tentativas diárias de nebulização com oxigênio, em 29/06. Acompanhado pela fisioterapia e pela fonoaudiologia, para exercícios de deglutição. Permaneceu constipado, fez uso de laxativos e começou com diarreia importante até alta da UTI em 14/07. Permaneceu internado na enfermaria do HUM com acompanhamento do serviço social e transferência no dia 05/08 para o hospital Municipal de Maringá. No prontuário hospitalar constava apenas o endereço da rua onde o mesmo foi encontrado pelo SAMU e não tinha nenhum número de telefone. A família é residente de Paranavaí e conforme relato no prontuário hospitalar, não aceitou ficar com o paciente.

### Não moradores de Maringá

---

---

### Caso 14 – SRS, 59 anos.

---

---

Sexo M, viúvo, Ensino Fundamental incompleto, desempregado. Usa bebida alcoólica (pinga) há 17 anos, era controlado pela esposa que faleceu há dois anos. Por esse motivo iniciou um quadro de depressão, passando a fazer uso de carbamazepina e aumentou a ingestão de bebida alcoólica (em torno de um litro de pinga/dia). Fumava em média um maço por dia. Dia 08/03 foi encontrado caído no quarto após ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica e foi internado no hospital psiquiátrico (a última internação neste hospital havia sido há seis meses). Internou apresentando quadro gripal, tosse e febre. Com três dias de internação, houve piora dos sintomas e foi transferido ao HUM com dispneia, diminuição do nível de consciência, hipotenso e com cianose de extremidades. Foi entubado, colocado em ventilação mecânica, instituído tratamento para choque séptico e encaminhado à UTI após surgir vaga neste setor, em 13/03, com diagnóstico médico de broncopneumonia; choque séptico; insuficiência respiratória e etilismo. Na UTI, permaneceu em ventilação mecânica e foi submetido à traqueostomia para auxiliar o desmame do respirador. Recebeu acompanhamento da infectologia para uso de antibioticoterapia, manteve monitorização hemodinâmica, usou noradrenalina e após, nitroprussiato de sódio até estabelecimento de uma pressão arterial adequada. Recebeu alta da UTI em 01/04 e alta hospitalar em 07/04.

---

---

**Caso 15 – SSC, 43 anos.**

Sexo M, casado, Ensino Fundamental incompleto, autônomo. Fazia uso de bebida alcoólica (pinga) desde a adolescência, sem relato da dose diária. Paciente portador de cirrose prévia. Apresentou em 07/03 o primeiro episódio de HDA e por esse motivo procurou atendimento no HUM. Apresentou novos episódios de hemorragia. Evoluiu com insuficiência respiratória, foi entubado e colocado em ventilação mecânica. Passado sonda sengstaken blakemore com drenagem de três litros de secreção sanguinolenta. Sem condições de realizar endoscopia devido sangramento ativo. Em 08/03 foi encaminhado à UTI com diagnóstico médico de choque hipovolêmico; HDA; varizes esofageanas; úlcera gástrica sangrante; cirrose hepática alcoólica; etilismo crônico. Recebeu albumina endovenosa, dois concentrados de hemáceas, plasma fresco duas unidades a cada seis horas, puncionado PAM para controle da pressão arterial e dose da noradrenalina. Evoluiu com insuficiência renal, recebeu bicarbonato de sódio 100 ml e gluconato de cálcio 10% endovenoso. Evoluiu com piora do quadro clínico e óbito em 09/03.

---

---

**Caso 16 – AS, 39 anos.**

Sexo M, casado, Ensino Fundamental completo, pedreiro. Em 26/03 à noite, veio trazido de sua cidade de origem, ao HUM pelo SAMU, após acidente automobilístico. Chegou ao pronto atendimento entubado, com colar cervical, comatoso (escala de coma de glasgow com pontuação: três), com hálito etílico, pupilas fotorreagentes, hipotenso e abdome com presença de hematoma. No prontuário hospitalar, consta que família relata que paciente é usuário crônico de bebida alcoólica. Realizado tomografia computadorizada de crânio e abdome. Na tomografia de crânio, mostrou ausência de coleção intra e extra-axiais, optado pelo neurocirurgião por tratamento clínico. Na tomografia de abdome, não evidenciou-se lesão de baço, fígado ou rins. Optado por tratamento de suporte. Apresentava fratura de bacia, sem condições de cirurgia por falta de equipamentos corretos no centro cirúrgico. Dia 28/03, após surgimento de vaga, foi encaminhado à UTI com diagnóstico médico de etilismo crônico; politrauma com fratura de bacia; vítima de capotamento; TCE. Chegou à UTI dependente de droga vasoativa. Sedado, em ventilação mecânica, pupilas simétricas e mióticas, mucosas coradas e hidratadas. Permaneceu com suporte intensivo, realizado ultrassonografia abdominal e tomografias de crânio e de coluna cervical de controle. Retirado colar cervical dia 04/04 e extubado dia 06/04. Dia 07/04 foi transferido para outro hospital para a realização da cirurgia de correção de fratura de bacia.

---

---

**Caso 17 – AJS, 64 anos.**

Sexo M, casado, sem escolaridade, lavrador. Trazido ao HUM dia 28/03, em ambulância da cidade de origem após colisão de bicicleta com anteparo. Chegou no pronto atendimento com tubo orotraqueal em esôfago e importante sangramento em orofaringe. Reintubado corretamente, sedado e colocado em ventilação mecânica. Realizado tomografia computadorizada de crânio que mostrou velamento paranasais e fratura de base de crânio. Paciente apresentava hálito etílico. Transferido à UTI em 05/04 com diagnóstico médico de TCE grave; fratura de base de crânio; pneumoencéfalo; choque hipovolêmico; Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) grave; insuficiência renal aguda;

etilismo crônico. Realizado tomografia computadorizada de crânio de controle e de tórax que evidenciou derrame pleural bilateral. Realizado drenagem de tórax bilateral. A ultrasonografia abdominal mostrava-se sem alteração. Em 12/04, foi realizado traqueostomia. Necessitou de hemodiálise contínua até dia 19/04, após esse dia, passou a realizar hemodiálise intermitente. Manteve-se em suporte intensivo, sedado, puncionado PAM, uso de droga vasoativa. Paciente evoluiu com piora hemodinâmica e parada cardíaca, sendo constatado óbito em 25/04.

---

---

**Caso 18 – JBS, 63 anos.**

Sexo M, casado, Ensino Fundamental incompleto, mecânico de caminhões. Etilista crônico, fazia uso de álcool (pinga e cerveja) desde a adolescência, sem relato da dose diária. Tabagista há mais de 30 anos, fumava cerca de um maço de cigarro por dia. Chegou ao HUM em 23/04 com dispneia e tosse com expectoração esbranquiçada. Portador de enfisema pulmonar. Necessitou entubação orotraqueal e neste mesmo dia foi encaminhado a UTI com diagnóstico médico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); insuficiência respiratória aguda; sepsis de foco pulmonar grave; etilismo crônico. Recebeu suporte intensivo, fez uso de droga vasoativa, puncionado PAM e realizado traqueostomia dia 02/04. Permaneceu em ventilação mecânica de 23/04 a 03/05, retornando dia 05/05 até conseguir desmame definitivo do respirador dia 09/05. Realizado controles radiológicos pulmonar frequentes e acompanhamento de infectologia para adequação de antibioticoterapia. Recebeu alta da UTI dia 24/05 e alta hospitalar dia 28/05.

---

---

**Caso 19 – JES, 62 anos.**

Sexo M, casado, Ensino Fundamental incompleto, caminhoneiro. Etilista crônico, sem relato do tempo de uso do álcool. Dia 11/07 veio ao HUM encaminhado do hospital da cidade de origem com forte algia abdominal e distensão importante do abdome. Diagnosticado pancreatite necro-hemorrágica. Evoluiu com insuficiência respiratória e choque séptico, necessitando entubação orotraqueal e ventilação mecânica. Encaminhado à UTI em 12/07 em mal estado geral, com diagnóstico médico de pancreatite necro-hemorrágica; diabetes mellitus tipo 2; distensão abdominal; etilismo, insuficiência renal aguda. Recebeu suporte intensivo. Iniciou com hemodiálise contínua devido piora da função renal. Puncionado PAM para ajuste e controle de dose de noradrenalina. Recebeu concentrado de hemácias e NPT. Em 17/07, foi submetido à intervenção cirúrgica onde foi realizado peritoneostomia com achado de abscesso periesplênico, áreas de isquemia e trombose no baço. Em 21/07, retornou ao centro cirúrgico para nova laparotomia exploradora com abordagem de abscessos subfrênicos e peripancreático. Mantido peritoneostomia. Foi submetido a novas revisões de cavidade abdominal a cada 48 horas. Sem melhora do estado clínico, apresentou parada cardíaca em 26/07, evoluindo a óbito.

---

---

**Caso 20 – AIR, 60 anos.**

Sexo M, casado, Ensino Fundamental incompleto, aposentado. Morador de área rural. Portador de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e hipertensão arterial. Etilista e tabagista de longa data. Dia 15/10 veio transferido de sua cidade de origem ao HUM por



ICC descompensada e insuficiência respiratória. Vinte e seis dias antes de procurar o serviço de saúde, sofreu queda de um portão sobre sua perna e um dia depois, apresentou queda de um cavalo devido crise convulsiva. Referiu desde então apresentar mal estar geral e inapetência. No pronto atendimento do HUM evoluiu dispneico, cianótico e com uma saturação de oxigênio de 40%. Foi sedado, entubado, colocado em ventilação mecânica. Instalado droga inotrópica e diurético. Transferido à UTI dia 19/05 com diagnóstico médico de DPOC; ICC; pneumonia de base pulmonar direita; etilismo; crise convulsiva progressiva. Retirado sedação e devido demora para acordar, foi realizado tomografia computadorizada de crânio que evidenciou área de sufusão hemorrágica hiperdensa em cerebello à esquerda, adicionado diagnóstico de acidente vascular cerebral cerebelar. Permaneceu em monitorização contínua, em uso de droga vasoativa, com PAM e suporte intensivo. Apresentou evolução satisfatória, porém lenta do nível de consciência e foi extubado dia 24/10. Recebeu alta da UTI dia 26/10 e alta hospitalar dia 31/10.

---

---

**Caso 21 – RASB, 23 anos.**

---

---

Sexo F, casada, Ensino Fundamental completo, auxiliar de cozinha. Família relata que paciente fazia uso de álcool todos os dias (vodka, cerveja, vinho). Apresentava alteração nas provas de função hepática. Sem outras patologias prévias. Dia 12/11, foi vítima de agressão pelo marido e veio encaminhada da cidade de origem para o HUM, devido ferimento por arma branca em região cervical anterior, laringe, traqueia e veia jugular externa. Apresentava enfisema subcutâneo em pescoço à esquerda e pneumomediastino à esquerda. História de ter broncoaspirado na origem. No pronto atendimento, recebeu duas unidades de concentrado de hemácias, foi avaliada pelo cirurgião de cabeça e pescoço e encaminhada ao centro cirúrgico onde foi realizado cervicotomia com traqueorrafia e esofagorrafia. Após procedimento, foi encaminhada à UTI sedada, traqueostomizada e colocada em ventilação mecânica, e em uso de droga vasoativa. Diagnóstico médico de ferimento por arma branca cervical – traqueia, laringe e veia jugular externa; Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto (SARA), Coagulação Intravascular disseminada (CIVD); insuficiência hepática aguda; broncopneumonia aspirativa; sepse grave; etilismo; pneumomediastino; enfisema subcutâneo cervical esquerdo. Realizado desmame do respirador em 15/11. Iniciou NPT 15/11 (que permaneceu até 20/11). Houve involução do enfisema, manteve-se estável hemodinamicamente, foi suspensa a droga vasoativa e recebeu alta da UTI em 18/11. Há relato de que na enfermaria da clínica cirúrgica, paciente não conseguia dormir com medo do marido e dizia ouvir vozes. Dia 21/11 foi iniciado prescrição médica de clorpromazina. Dia 26/11, recebeu alta hospitalar com agendamento para o ambulatório de psiquiatria.

---

---

**Caso 22 – AVS, 34 anos.**

---

---

Sexo F, solteira, Ensino Fundamental incompleto, desempregada. Etilista crônica, com história de uso do álcool desde a adolescência. Tabagista de longa data. Dia 14/11, apresentou na cidade de origem, após o almoço, episódios de vômitos com presença de restos alimentares. Após, sentiu falta de ar intensa e dor torácica ventilatória dependente em pontada, de forte intensidade, acompanhada de febre e diarreia. Procurou o serviço de saúde de sua cidade onde os sintomas se exarcebaram. Dia 15/11 foi transferida ao HUM, onde no pronto atendimento, foi entubada e colocada em ventilação mecânica. Apresentou

hipotensão e foi instalado droga vasoativa. Transferida à UTI dia 16/11 em anasarca, com cetoacidose e insuficiência renal. Realizado radiografia pulmonar evidenciando pneumonia importante. Diagnóstico médico: insuficiência respiratória aguda, etilismo crônico; tabagismo; insuficiência renal aguda; broncopneumonia aspirativa; exoftalmia (sem hipertireoidismo); ITU fúngica. Na UTI permaneceu com monitorização e controle hemodinâmico. Puncionado PAM e iniciado hemodiálise contínua. No quarto dia de internação neste setor, começou a apresentar melhora do estado clínico, com diminuição da vazão da droga vasoativa, e a hemodiálise passou a ser intermitente. No décimo dia de internação foi extubada e no décimo quarto dia, reintubada devido angústia respiratória. Apresentou diarreia frequente, colhido amostra para pesquisa de *Clostridium difficile*, com resultado negativo. As sessões de hemodiálise se espaçaram até recuperar a função renal e desmame de respirador dia 05/12. Recebeu alta da UTI dia 13/12 e alta hospitalar dia 26/12.

---

---

### **Caso 23 – VBS, 39 anos.**

---

---

Sexo M, divorciado, Ensino Fundamental completo, profissão ignorada. Portador de transtorno bipolar e etilista. Há cinco anos, foi internado para tratamento do etilismo, porém sem melhora. Com história de três tentativas de suicídios anteriores, a última foi oito meses antes da internação na UTI depois de ter ingerido veneno de carrapato. Após a separação conjugal, o quadro depressivo e de etilismo agravou-se. Mantinha irritabilidade constante e não fazia uso correto das medicações de uso contínuo: carbonato de lítio, haldol e diazepam. Dia 15/09 foi encontrado pela manhã por familiares em seu quarto, com diminuição do nível de consciência, miose e broncorréia. Foi encontrado no local, um recipiente com cerca de um quarto de sua capacidade, com comprimidos de carbonato de lítio e há relato de ter ingerido bebida alcoólica a noite toda. Encaminhado ao serviço de urgência da cidade de origem em apneia. Foi entubado, feito lavagem gástrica que saiu sem resíduos, recebeu furosemida, atropina e aminofilina. Trazido ao HUM, onde chegou apresentando melhora do nível de consciência (escala de coma de glasgow: 14) e foi extubado, mostrou-se dislállico, porém ficou sonolento novamente, foi reintubado e encaminhado à UTI com diagnóstico médico de intoxicação exógena por carbamato de lítio; broncopneumonia aspirativa; etilismo. Constatou-se função hepática alterada, realizou tomografia computadorizada de crânio que não evidenciou alterações. Mantido protocolo de atropinização até melhora dos sintomas clínicos da intoxicação. Foi hidratado, acompanhado pela infectologia devido a broncopneumonia importante. Realizado traqueostomia dia 21/09. Evoluiu com melhora hemodinâmica e respiratória sendo conseguido desmame efetivo do respirador em 23/09. Apresentava períodos de agitação, sendo necessário contensão no leito. Recebeu alta da UTI em 27/09 e alta hospitalar em 01/10. Orientado família a procurar o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), e em casos de emergência, o Hospital Municipal de Maringá. Porém, em contato telefônico com o pai de VBS, o mesmo voltou à sua cidade de origem.

---

---

### **Caso 24 – JBC, 75 anos.**

---

---

Sexo M, casado, Ensino Fundamental incompleto, aposentado. História de ser portador de hipertensão arterial, um infarto agudo do miocárdio (IAM) e dois acidentes vasculares cerebrais (AVC) prévios. Etilista e tabagista de longa data. Debilitado, confuso, porém não

era acamado. Na madrugada do dia 10/07, foi levado pela filha ao serviço de urgência da cidade de origem com insuficiência respiratória, foi transferido ao HUM desidratado, desnutrido e constatado novo AVC pela tomografia computadorizada de crânio. Foi encaminhado à UTI dia 11/07 com agitação psicomotora, máscara de Venturi a 50%, sendo prontamente intubado e colocado em ventilação mecânica. Constatado pneumonia mediante radiografia pulmonar e iniciado esquema de antibioticoterapia. Diagnóstico médico: AVC; insuficiência respiratória – broncopneumonia; tabagista e etilista; IAM e AVC prévios. Foi hidratado, iniciou uso de droga vasoativa, puncionado PAM e mantido controle do nível de consciência. Realizou nova tomografia de crânio que concluiu hipodensidade da substância branca peri-ventricular e dos centro semi-ovais, sugestivos de doenças de pequenos vasos. Evoluiu com piora hemodinâmica e parada cardíaca em 17/07, sendo constatado óbito em seguida.

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

### PROJETO DE PESQUISA: Vivência de cuidadores familiares de pacientes usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário de início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

#### PRIMEIRO BLOCO

##### 1) CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO DE ÁLCOOL

1.1) Iniciais: \_\_\_\_\_ Óbito: ( ) sim ( ) não

1.2) Sexo: ( )M ( )F 1.3) Idade (em anos): \_\_\_\_\_

1.3) Profissão: \_\_\_\_\_

1.4) Situação atual (ou no momento do óbito): ( ) empregado ( ) não empregado

1.5) Estado civil: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) divorciado(a) ( ) amasiado(a)

( ) viúvo(a)

1.6) Escolaridade (anos de estudo concluídos):

( ) nenhum ( ) de 1 a 3 ( ) de 4 a 7 ( ) de 8 a 11 ( ) 12 ou mais

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

1.8) Tempo faz (fazia) uso de álcool: \_\_\_\_\_

1.9) Circunstância da intoxicação: ( ) uso crônico ( ) uso agudo

1.10) Problemas decorrentes do uso do álcool:

---



---



---



---

1.11) Motivo da internação na Unidade de Terapia Intensiva:

---

---

---

1.12) Intervenções realizadas durante a internação na UTI:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2) CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR

2.1) Iniciais do cuidador: \_\_\_\_\_

2.2) Sexo: ( )M ( )F

2.3) Idade (em anos): \_\_\_\_\_

2.4) Profissão: \_\_\_\_\_

2.5) Grau de parentesco com o usuário de álcool: \_\_\_\_\_

2.6) Estado civil: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) divorciado(a) ( ) amasiado(a)

( ) viúvo(a)

2.7) Escolaridade (anos de estudo concluídos):

( ) nenhum ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo

( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior

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



3.3 Outras patologias presentes na família:

( ) diabetes ( ) hipertensão arterial ( ) patologias do sistema nervoso central ( ) epilepsia  
( ) problemas renais/urinários ( ) doenças cardiovasculares ( ) doenças respiratórias ( )  
doenças gastrointestinais ( ) etilismo/uso de outras drogas de abuso ( ) outras

---

---

---

## **SEGUNDO BLOCO**

### **VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA**

1. Fale sobre como é (foi) conviver e cuidar de seu familiar usuário de álcool antes da internação do mesmo em terapia intensiva.
2. Fale sobre como é (foi) conviver e cuidar de seu familiar após a internação do mesmo em terapia intensiva pelo uso de álcool.
3. Que tipo de cuidado(s) você realiza (realizou) e como é seu cotidiano de cuidado?
4. Como é (era) sua relação com esse familiar?
5. Comente sobre o que significou para você ter o familiar internado em terapia intensiva em decorrência do uso de álcool.





## APÊNDICE D – Unidades de significação

Caso	1- Como era conviver e cuidar do familiar usuário de álcool antes da internação em UTI
1	Precisava de tempo pra cuidar; causa <u>preocupação</u> ; sempre <u>falava pra ele parar de beber</u>
2	<u>Nunca foi fácil conviver com ele</u> ; <u>piorou na adolescência quando começou a beber</u> ; <u>nunca aceitou que cuidasse dele</u> ; nunca foi fácil cuidar dele
3	Sempre foi uma pessoa muito boa, trabalhador; só fez mal pra ele mesmo; <u>falava pra ele sair daquela vida</u>
4	Ele nunca aceitou ficar longe de mim; nossa convivência sempre foi boa; tanto que <u>eu e minha mãe pedia pra ele largar a bebida</u>
5	Ele <u>só queria viver na bebida</u> ; a gente <u>não interagia</u> com ele; era <u>distante</u> ; queria internar ele em uma clínica
6	Nunca foi fácil; nunca foi uma mãe presente; <u>não aceitava cuidados</u> , ela queria liberdade; <u>ta mais difícil lidar com ela, cuidar dela</u>
7	Saía do trabalho e ia beber; eu ficava <u>preocupada</u> porque ele tinha muita dor de cabeça
8	Ele era muito bom; todo mundo gostava dele; eu ficava <u>preocupada</u> porque ele não queria tratar a depressão
9	Ele era amoroso, não era violento; começou a ficar confuso por causa da doença e <u>era difícil lidar com ele</u> ; <u>vivia em função de cuidar dele</u> ; ele amanhecia bebendo e anoitecia bebendo; <u>vivia em função de cuidar dele</u> ; ele <u>não gostava de escutar ninguém</u> ; sempre dava conselho, mas ele não ouvia
10	<u>Era sofrido</u> ; <u>ele não aceitava conversa</u> ; ficava fora de casa de madrugada e eu nunca sabia onde ele ia; ficava ansioso e <u>quebrava tudo</u>

Caso	2- Como é conviver e cuidar do familiar usuário de álcool após a internação em UTI
1	Ele é teimoso; tenho medo dele voltar a beber; <u>a gente se uniu</u> ; <u>a família se uniu</u> ; procuro <u>não deixar ele sozinho</u>
2	Ele <u>não tem mais condições</u> de conviver com as pessoas; <u>minha irmã me ajuda</u>
3	Óbito
4	Agora tá difícil; a gente <u>vive em função dele</u> ; <u>eu não trabalho em paz</u> ; meu marido e minha mãe me ajudam a cuidar dele; <u>não fico em paz</u> ; difícil trabalhar; <u>não posso deixar ele sozinho</u> ; <u>é difícil cuidar dele</u> ; fico atrás dele o <u>tempo todo</u> ; <u>ficar em cima pra ele não beber</u> ; <u>sofro demais com ele</u>
5	Ele tá mais <u>calmo</u> ; <u>a gente tá bem mais próximos</u> ; <u>acompanho ele em tudo</u> ; ele fica uns dias na <u>minha irmã que também cuida dele</u> ; <u>não deixo mais ele sair do meu lado</u> ;
6	Ela é difícil; agora tá <u>mais difícil lidar com ela</u> ; é teimosa; não é fácil; <u>meus filhos ajudam a cuidar dela</u>
7	Ele tá dependente de tudo; a gente tem que cuidar; a vida da gente acabou; <u>não é fácil</u> ter que trabalhar e ter que cuidar dele; <u>eu tive que vir morar com a minha mãe</u> ; <u>minha mãe tá dando uma força pra mim</u>
8	Óbito
9	Óbito
10	<u>Hoje ele tá bem</u> ; tá <u>mais calmo</u>

<b>Caso</b>	<b>3- Cuidados antes da internação em UTI</b>	<b>3- Cuidados após alta hospitalar</b>	<b>3- Cuidados atuais</b>
Caso 1	Procurar não deixar o usuário de álcool sair sozinho e a não ficar sozinho em casa; mantê-lo afastado do fogão; orientar para evitar a bebida alcoólica; mantê-lo em casa	Cuidados com colostomia; realizar curativos em úlcera de pressão dorsal e sacral; oferecer alimentação; dar banho; auxiliar na deambulação; administrar medicamentos	Lembrar horário dos medicamentos e reforçar a importância dos mesmos; ficar sempre atento para que o parente não volte a beber e mantê-lo sempre sob vigília
Caso 2	Esconder facas e objetos cortantes e pontiagudos; mantê-lo afastado do fogão; tentar mantê-lo dentro de casa	Dar banho; trocar fraldas; administrar medicamentos; oferecer comida	Esconder facas e objetos cortantes e pontiagudos; ter sempre mais que uma pessoa em casa para tentar segurá-lo nos momentos de confusão e irritação
Caso 3	Orientar para evitar a bebida alcoólica; lembrar dos horários dos medicamentos para a insuficiência cardíaca	Óbito	Óbito
Caso 4	Orientar para parar de usar bebida alcoólica; procurar não deixar sair de casa; esconder chave do carro; mantê-lo em casa; mantê-lo afastado do fogão	Auxiliar nas atividades pessoais como banho, alimentação, eliminações e administrar medicamentos, devido perda da força em membros superiores e inferiores	Esconder facas; deixar a carne da alimentação bem cortada, manter sempre um adulto em casa; orientar para que não saia de casa para não beber e se sair, sempre tentar buscá-lo na rua; atentar para crises convulsivas; acompanhar em atendimentos com a equipe de saúde
Caso 5	Preocupação constante em tentar internar o parente em clínica de reabilitação devido à dependência do álcool	Dormir do lado dele; fazer o curativo da orelha devido avulsão do pavilhão auricular; dar banho; comida e medicamentos; auxiliar na deambulação e demais atividades pessoais	Acompanhar semanalmente na fisioterapia e fonoaudiologia; não deixá-lo nunca sozinho
Caso 6	Preocupação pelo fato da mãe usuária de álcool ter saído de casa da filha para ter mais liberdade e usar bebida alcoólica	Banho no leito; trocar fraldas; fazer e oferecer comida leve hipossódica; administrar medicamentos, fazer mudança de decúbito, com almofadas no leito para não cair devido estado confusional	Organizar e identificar potinhos com os nomes e o número de medicamentos e o horário em que devem ser tomados; manter alimentos condimentados escondidos; acompanhar em atendimentos com a equipe de saúde
Caso 7	Oferecer medicamentos devido cefaléia constante	Banho no leito; trocar fraldas; fazer e oferecer comida; administrar medicamentos	Auxiliar o parente em todas as atividades e nunca deixá-lo sozinho; acompanhar em atendimentos com a equipe de saúde
Caso 8	Estimular usuário à alimentar-se e fazer o tratamento da depressão	Óbito	Óbito

Caso 9	Orientar para parar de usar bebida alcoólica; manter o usuário longe do fogão; mantê-lo em casa e nunca deixá-lo sozinho; fazer e oferecer comida leve; administrar medicamentos; manter porta da sacada trancada	Óbito	Óbito
Caso 10	Tentar aproximação com o filho	Realizar banho na cadeira; trocar fraldas; administrar medicamentos; oferecer comida; trocar curativos devido o ferimento por arma de fogo	Orientar para que não volte mais a fazer uso da bebida alcoólica e de outras drogas; manter paciente em outra cidade para fugir de possíveis acertos de conta

Caso	4- Relação cuidador familiar e usuário de álcool
1	Ele era <u>nervoso quando bebia</u> ; com o passar do tempo ele foi ficando mais <u>agressivo</u> ; <u>só queria saber de beber</u> ; <u>só nós nos mantemos unidos</u>
2	Começou a ficar <u>agressivo</u> ; impossível viver com ele
3	Foi um bom pai; não tem como falar que o álcool nunca atrapalhou nosso relacionamento, porque de certa forma <u>atrapalha</u>
4	A convivência nossa sempre foi boa mas agora tá <u>difícil</u> ; quando ele bebe ele fica <u>violento</u> ; <u>não tenho mais paz</u> ; quando bebe, fica violento; a gente nunca se separou.”
5	A minha <u>relação com ele</u> , com certeza, <u>começou a acontecer depois do acidente</u> ; a gente <u>não interagia</u> antes, ele era bem distante; esses dias ele andou ficando <u>nervoso</u> ; estou cuidando e não vou abandonar ele
6	<u>Grita</u> ; <u>ela faz intrigas</u> ; não aceita que tem que morar comigo
7	Ele era <u>bastante agitado</u> , <u>nervoso</u> ; ficava <u>gritando</u> ; tem hora em que ele ainda <u>briga</u> , <u>fica nervoso</u>
8	Sempre fomos uma família muito unida, tranquila; <u>convivíamos muito bem</u>
9	Antes ele era amoroso; <u>se irritava</u> quando pedia pra ele para de beber
10	Ele bebia e ficava <u>ansioso</u> ; <u>brigar</u> ; <u>querer quebrar</u> ; <u>bater</u> ; a <u>gente tem medo</u> ; <u>vive assombrado</u>

Caso	5- O que significou ter o familiar internado em terapia intensiva em decorrência do uso de álcool
1	<u>Sofrido</u> ; <u>desânimo</u> ; <u>dói muito</u> ; eu fiquei forte; a fé foi <u>muito importante</u>
2	Achava que ele não ia sair; fiquei impressionada; sabia que o destino dele poderia ser esse
3	São coisas que podem acontecer com quem bebe; você nunca acha que seu pai vai entrar numa UTI e não sair mais; <u>machuca</u>
4	<u>Eu não gosto nem de lembrar</u> ; os 26 dias que ele passou lá eu não dormia, eu não conseguia trabalhar direito; <u>nos apegamos em Deus</u> ; <u>eu chorei todos os dias</u> mas eu saí de lá com esperança que ele vivesse e não voltasse mais a beber
5	Entrei em <u>pânico</u> , em <u>desespero</u> ; achei que ele ia morrer; me senti culpada por não ter ajudado ele antes; <u>rezei muito pra ele</u> ; <u>Deus sabe todas as coisas</u> , <u>Deus nunca fecha todas as portas</u>
6	<u>Choque total</u> ; <u>UTI é morte</u> ; cada dia era um dia; <u>sempre orando</u> ; <u>só por Deus</u>
7	Não é uma casa de morte, é uma casa de recuperação; nunca imaginava que ele poderia morrer; não me assustou; fiquei desesperada antes dele internar, porque vi como ele ficou
8	Foi <u>muito desesperador</u> ; <u>muito sério</u> , <u>muito triste</u> , <u>desgastante demais</u> ; a gente chorava desesperados; a gente achava que ele ia dar conta de sair vivo por ser jovem; <u>é bem estressante</u>
9	A gente ficou <u>preocupado</u> ; não foi um impacto porque ele já estava internado aguardando a vaga de UTI; ele sofreu demais e a gente também; <u>fui em grupo de oração</u> ; <u>que tristeza</u> ; eu <u>não me conformo</u> ; <u>eu sofri e sofro</u>
10	Só me abati na hora em que ele levou os tiros, depois não me abati; foi até bom isso acontecer com ele; meu marido falou que ele não passava daquela noite e eu acalmava ele e falava que ele não ia morrer; <u>Deus pois uma calma tão grande em mim</u>

## APÊNDICE E

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: “**Vivência de cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram de internação em terapia intensiva**”, que é desenvolvida no curso Mestrado em Enfermagem e é orientada pela professora doutora Magda Lúcia Félix de Oliveira, da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo da pesquisa é compreender a vivência de cuidadores familiares de pacientes usuários de álcool que estiveram internados em terapia intensiva. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: conceder a entrevista, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; se consentida, a entrevista será gravada pela aluna pesquisadora.

Em se tratando de familiares de pacientes de usuários de álcool, em situação de vulnerabilidade, possíveis desconfortos poderão surgir como lembranças de momentos difíceis enfrentados e o constrangimento de expor à pesquisadora particularidades de sua vida familiar. A aluna pesquisadora compreenderá estes momentos e, em respeito à sua privacidade, poderá sugerir continuidade da entrevista em outro momento.

Também, gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir, a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e, após conclusão da pesquisa, as gravações serão deletadas.

Não são previstos benefícios diretos na participação da pesquisa. No entanto, espera-se que os seus resultados contribuam para uma melhor compreensão de como os cuidadores familiares vivenciam o processo da internação em terapia intensiva pelas doenças que podem ser originadas pelo uso abusivo de álcool, com vistas a melhoria da qualidade da atenção por parte dos profissionais de saúde, particularmente da enfermagem, aos cuidadores.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada, entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa), de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa coordenada pela professora doutora Magda Lúcia Félix de Oliveira.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Data: \_\_\_\_\_

Eu, Flávia Antunes, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores, conforme o endereço abaixo:

1- Nome: Flávia Antunes Telefone: (44) 3301-9448  
Endereço Completo: Rua Dr. Saulo Porto Virmond, 117, apt 601 B. Chácara Paulista -  
Maringá – Pr. CEP: 87005-090  
e-mail: [flanti@bol.com.br](mailto:flanti@bol.com.br)

2- Nome: Magda Lúcia Félix de Oliveira Telefone: (44) 3034-2573  
Endereço: Av: Colombo, 5790. Maringá – Pr. CEP: 87020-900  
e-mail: [mlfoliveira@uem.br](mailto:mlfoliveira@uem.br)

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

COPEP/UEM  
Universidade Estadual de Maringá.  
Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.  
Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.  
CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444  
E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

## **ANEXOS**







### AGENTE TÓXICO

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

NOME COMERCIAL/ESPÉCIE \_\_\_\_\_ DOSE/QUANTIDADE \_\_\_\_\_ CLASSIFICAÇÃO \_\_\_\_\_ CLANDESTINO  Sim  Não

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### A - Tratamento Inicial

	A	B	C	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nenhum
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observação Clínica
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento Sintomático
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento de Suporte
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontam. Cutânea/Mucosa
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontaminação Ocular
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diluição
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demulcentes
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neutralização
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emese
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Gástrica
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Intestinal

#### B - Tratamento Proposto

	A	B	C
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### C - Tratamento Realizado

<input type="checkbox"/>	Carvão Ativado
<input type="checkbox"/>	Catárticos
<input type="checkbox"/>	Diurese Forçada
<input type="checkbox"/>	Hemodiálise
<input type="checkbox"/>	Hemoperfusão
<input type="checkbox"/>	Exsanguíneo Transfusão
<input type="checkbox"/>	Retirada Endoscópica
<input type="checkbox"/>	Intervenção Cirúrgica
<input type="checkbox"/>	Antídoto: _____
<input type="checkbox"/>	Soro: _____
<input type="checkbox"/>	Outro: _____
<input type="checkbox"/>	Ignorado

### RESUMO (SUPERVISÃO)

Manifestação Clínica:  1 SIM  2 NÃO  9 IGNORADA

Internação:  1 SIM  2 NÃO  9 IGNORADA

Análise 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)

1 Nenhum  3 Envenenamento Não Excluído  5 Envenenamento Moderado  
 2 Provavelmente Não Tóxico  4 Envenenamento Leve  6 Envenenamento Grave

#### RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

\_\_\_\_\_  
 Nome

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

#### RESPONSÁVEL PELA REVISÃO

\_\_\_\_\_  
 Nome

\_\_\_\_\_  
 Assinatura



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



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

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

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

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

**APRESENTAÇÃO DO AGENTE TÓXICO**

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

**DADOS DA INTOXICAÇÃO**

DATA DA INGESTÃO OU ENTRADA NO PS ____ / ____ / ____	TIPO DE USO
HORÁRIO DE ENTRADA NO PS ____ : ____ hs.	<input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÔNICO
	<input type="checkbox"/> INDETERMINADO <input type="checkbox"/> IGNORADO

**DESCREVER AS CIRCUNSTÂNCIAS DA INTOXICAÇÃO (Como aconteceu, onde, uso de outras drogas de abuso)**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**TIPO DE OCORRÊNCIA (se houve trauma ou violência)**

<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Violência (agressão, crimes)	<input type="checkbox"/> Outros: _____
Tipo de veículo: _____	Local: _____	Local: _____
Nº de Vítimas: _____	Nº de vítimas: _____	Nº de vítimas: _____
Nº de óbitos: _____	Nº de óbitos: _____	Nº de óbitos: _____

**EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS**

DOSAGEM ALCOÓLICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	Horário de coleta: ____ : ____ hs.
OUTROS EXAMES: _____			



## ANEXO C – Parecer COPEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual de Maringá

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Vivência dos cuidadores familiares de usuários de álcool que necessitaram internação em terapia intensiva

**Pesquisador:** Magda Lúcia Félix de Oliveira

**Versão:** 2

**Instituição:** Universidade Estadual de Maringá

**CAAE:** 01379512.2.0000.0104

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 16868

**Data da Relatoria:** 01/05/2012

#### **Apresentação do Projeto:**

As internações em decorrência do uso de álcool, acabam sendo muito desgastantes e são situações passíveis de prevenção. As intervenções realizadas no âmbito das internações são muitas vezes invasivas, dolorosas e onerosas, e há uma grande probabilidade de óbito ou de sequelas irreversíveis. Na UTI, ocorrem preocupações das famílias com seus entes internados, sendo que cada uma vivencia de diferentes maneiras essa experiência. Após a saída desses pacientes da UTI, seja por alta ou óbito, não há mais o contato da equipe com os familiares e não se sabe como eles estão conduzindo tal situação. Isso causa muita frustração à equipe de saúde. O uso de álcool constitui-se em um problema emergente e abrangente, ocasiona consequências danosas ao indivíduo e à sociedade, tornando-se um grave problema de saúde pública. O uso do álcool cresceu nos últimos trinta anos, provocando impacto na família e na sociedade em termos de mortalidade e incapacidade, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera essa problemática cada vez mais prevalente. No Brasil, de 1996 a 2007, houve um aumento de 5% no coeficiente de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, incluindo os agravos e doenças associados ao uso prejudicial do álcool. A mortalidade ajustada para idade por doenças associadas ao uso do álcool aumentou de 4,3 para 5,2 para cada 100 mil pessoas. O uso do álcool pode levar tanto a problemas agudos, que geralmente estão relacionados à violência como acidentes de trânsito, agressões, homicídios e lesões autoinfligidas, como a problemas crônicos decorrentes da deterioração corpórea. Trata-se de uma pesquisa do Grupo III, de caráter acadêmico (dissertação de Mestrado), sob orientação da pesquisadora supra-designada.

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

**Objetivo Primário:**

Compreender a vivência de cuidadores familiares de pacientes usuários de álcool que estiveram internados em terapia intensiva.

**Objetivo Secundário:**

Descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários, cuidador familiar e família. Descrever a relação entre os cuidadores familiares e os usuários de álcool. Descrever o cotidiano dos cuidadores ao desenvolver os cuidados aos familiares usuários de álcool. Descrever o sentimento dos cuidadores em relação à internação de seus familiares em terapia intensiva em decorrência do uso de álcool.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em primeira submissão à apreciação ética, o protocolo não procedia à justa ponderação entre riscos e benefícios da pesquisa.

Na versão ora apresentada informa:

Quanto aos riscos que "possíveis desconfortos poderão surgir como lembranças de momentos difíceis enfrentados e o constrangimento de expor à pesquisadora particularidades de sua vida familiar. A aluna pesquisadora compreenderá estes momentos e, em respeito à sua privacidade, poderá sugerir continuidade da entrevista em outro momento".

Quanto aos benefícios, refere que "espera-se que os seus resultados contribuam para uma melhor compreensão de como os cuidadores familiares vivenciam o processo da internação em terapia intensiva pelas doenças que podem ser originadas pelo uso abusivo de álcool, com vistas a melhoria da qualidade da atenção por parte dos profissionais de saúde, particularmente da enfermagem, aos cuidadores".

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo na modalidade análise temática, a ser realizado no município de

Maringá-PR, na UTI Adulto do Hospital Universitário Regional de Maringá. A população em estudo será composta por familiares, em número de 24, de pacientes com diagnósticos médicos associados ao uso agudo ou crônico de álcool que foram internados na UTI adulto do HUM no período de janeiro a dezembro de 2011 e incluídos no banco de dados do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCi/HUM). O instrumento de coleta de dados será um roteiro de entrevista semi-estruturado e o procedimento da coleta de dados se dará em três fases: seleção dos casos, análise documental e entrevistas domiciliares.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente, deletadas, após o uso. Há ainda a previsão de aplicação de questionários, que encontram-se apenas ao protocolo.

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

O protocolo apresenta o TCLE, redigido em forma de convite.

Em sua primeira versão não apresentava-se redigido em conformidade ao modelo disponibilizado na página do COPEP. A presente submissão adequa o TCLE, em conformidade às normas éticas vigentes.

Apresenta a liberação do HU para realização da pesquisa em suas dependências, bem como para o uso de prontuários.

O orçamento apresenta valores totais de R\$ 1.235,00, em materiais de papelaria e gravador, a serem custeados pelas pesquisadoras.

**Recomendações:**

Tendo em vista o atendimento pleno das pendências previamente levantadas, não há recomendações adicionais a serem implementadas.

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

Face o exposto, considerando o processo de análise ética da proposta, à luz da normativa ética vigente, e tendo em vista o atendimento pleno das pendências previamente levantadas, este Comitê de Ética em Pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma como ora se apresenta.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz das prerrogativas fixadas pela Res. 196/96 da CNS e resoluções complementares, este comitê de ética em pesquisa se manifesta pela aprovação do protocolo em tela.

MARINGÁ, 01 de Maio de 2012



Assinado por:

Ieda Harumi Higashi