



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

TANIMÁRIA DA SILVA LIRA BALLANI

**JUVENTUDE, DROGAS E INTERNAÇÃO
HOSPITALAR: AMPLIANDO O CONCEITO DE
EVENTO SENTINELA**

MARINGÁ
2006
TANIMÁRIA DA SILVA LIRA BALLANI

**JUVENTUDE, DROGAS E INTERNAÇÃO
HOSPITALAR: AMPLIANDO O CONCEITO DE
EVENTO SENTINELA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem,
Universidade Estadual de Maringá.

Orientadora: Prof. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira

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

B188j Ballani, Tanimária da Silva Lira
Juventude, drogas e internação hospitalar : ampliando o conceito de evento sentinela / Tanimária da Silva Lira. -- Maringá : [s.n.], 2006.
87 f. : il. color., figs., tabs.

Orientador : Prof.^a Dr.^a Magda Lúcia Félix de Oliveira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem, 2006.

1. Evento sentinela(Vigilância Epidemiológica). 2. Juventude. 3. Drogas de abuso. 4. Cuidado familiar. I. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem.

CDD 21.ed.614.4

MARINGÁ
2006
TANIMÁRIA DA SILVA LIRA BALLANI

JUVENTUDE, DROGAS E INTERNAÇÃO HOSPITALAR: AMPLIANDO O CONCEITO DE EVENTO SENTINELA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem,
Universidade Estadual de Maringá.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dra. Rozilda das Neves Alves
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dra. Wladithe Organ de Carvalho
Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho

A toda minha família: aos meus pais, pelos quais devo a minha vida, ao meu esposo, companheiro de todos os momentos, e aos meus filhos, extensão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Magda Lúcia Felix de Oliveira, orientadora. Sempre admirei seu trabalho e tenho aqui a oportunidade de dizer o quanto sua postura e visão de mundo influenciaram minha trajetória profissional;

Ao João Gregório Ballani e ao Rafael Muniz de Oliveira, que me acompanharam nas visitas às famílias e auxiliaram nas discussões das investigações;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem, por nos aproximar da formação qualificada para o magistério superior e atividades de pesquisa, visando contribuir para a excelência das práticas de cuidado a partir de uma visão crítica, de natureza metódica, comunicacional, sociopolítica e técnica voltada para a promoção da saúde;

Aos colegas de turma pela convivência, troca de conhecimentos e partilha de dificuldades;

Ao Centro de Controle de Intoxicações, local do estudo e, sobretudo, o local onde passo boa parte do meu tempo, onde dedico o meu trabalho e o compartilho com colegas de incomparável estima;

Ao Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM) e ao Hospital Municipal – Dra. Thelma Villanova Kasprovicz – Maringá (HMM), por ter autorizado o acesso aos documentos da pesquisa;

Ao estatístico Dácio Augusto Sanchez Moraes, pelo auxílio na seleção dos prontuários no HMM;

Aos Projetos de Extensão Universitária, alunos e colegas neles inseridos, que participaram do andamento da pesquisa;

A todas as famílias que fizeram parte deste estudo.

No dia da prosperidade goza do bem, mas no dia da adversidade considera; porque também Deus fez a este em oposição aquele, para que o homem nada ache que tenha de vir depois dele.

Tudo isto vi nos dias da minha vaidade: há um justo que perece na sua justiça, e há um ímpio que prolonga seus dias na sua maldade.

Não sejas demasiadamente justo, nem demasiadamente sábio; por que destruirias a ti mesmo?

(Eclesiastes, cap. 7; vers. 14, 15 e 16)

RESUMO

JUVENTUDE, DROGAS E INTERNAÇÃO HOSPITALAR: AMPLIANDO O CONCEITO DE EVENTO SENTINELA

O presente trabalho tem como objetivo operacionalizar o procedimento de vigilância epidemiológica de evento sentinela a partir da internação de jovens com diagnóstico de intoxicação aguda ou efeitos secundários decorrentes do uso de drogas de abuso. O estudo, do tipo descritivo e transversal, foi desenvolvido no município de Maringá, Paraná, a partir de dados do Centro de Controle de Intoxicações (CCI), localizado no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM). A população em estudo compreendeu jovens, na faixa etária de 10 a 24 anos, internados no HUM e no Hospital Municipal de Maringá (HMM), residentes no município de Maringá, e cadastrados no CCI nos meses de fevereiro a julho de 2006. As fontes de dados foram a listagem de pacientes internados, a ficha de notificação de busca ativa de casos do HMM e um roteiro de investigação com base no procedimento de evento sentinela. Os documentos foram a ficha de ocorrência toxicológica, o prontuário hospitalar de pacientes e um roteiro para entrevista domiciliar. Foram investigados 10 casos, sendo constatado vários elementos comuns entre os jovens, como a iniciação precoce ao uso de drogas (100%); o uso associado e concomitante de várias drogas de abuso (60%); a evasão escolar (60%) e expulsão da escola (20%); a gravidez precoce em todas as jovens e o elevado número de filhos para a idade em uma delas; as “fugas” constantes do lar (40%); a falta de laços de união nas famílias (50%); e a violência como fator desencadeante do evento sentinela (80%). Em todas as famílias foi possível observar inicialmente que havia antecedentes de risco para o uso de drogas de abuso, na família (80%), na escola (60%), no meio social (80%) e na assistência à saúde (50%). A análise dos casos parece apontar que a visão restrita do problema ao contexto familiar ou às características individuais dos jovens é limitada. A maioria das causas subjacentes às causas proximais referidas pelas famílias relaciona-se à ausência ou à precariedade de políticas públicas. Diante dessa constatação, elaborou-se um modelo de síntese das causas subjacentes, codificadas em contexto familiar, cultura/estilo de vida, educação, religião, atenção à saúde, assistência social, economia e segurança pública. A investigação epidemiológica apresentada foge aos padrões tradicionais por seu caráter menos pragmático e sua abordagem mais qualitativa, fatores de risco em várias áreas, e a interface entre políticas de Educação, Segurança Pública, Assistência Social, Economia e Saúde, inadequadas e deficientes, parecem determinar a ocorrência do uso de drogas de abuso nos casos investigados.

Palavras-chave: Evento Sentinela. Juventude. Drogas de Abuso. Cuidado Familiar.

ABSTRACT

YOUTH, DRUGS AND INPATIENT ADMISSION: EXPANDING THE SENTINEL EVENT CONCEPT

This study aims to put into operation the procedure of epidemiological surveillance of sentinel events, among youngsters admitted into hospital with diagnoses of acute intoxication or secondary effects resulting from drug abuse. The study, of the descriptive and transversal type, was conducted in the city of Maringá, Paraná, from data by the Center for Intoxication Control (CCI), located in the Maringá Regional University Hospital (HUM). The study sample was comprised of youngsters, ages 10 to 24, who were admitted as inpatients at HUM or at the Maringá Municipal Hospital (HMM), residents of the city of Maringá, and who were registered with CCI from February to July 2006. The data sources used were inpatient listings, the record of active search notification of HMM cases and an investigation based on the sentinel event procedure. The documents used were toxicology case file, hospital records and an itinerary for home interview. Ten cases were investigated, and it was noticed several common elements among the youngsters, such as early use of drugs (100%); the use associated and concomitant of several drugs (60%); school evasion (60%) and school eviction (20%); precocious pregnancy of all young girls, and the high number of children of one of them; the constant "escapes" from home (40%); a lack of family bonding among them (50%); and the violence as the triggering factor for the sentinel event (80%). In all families, it was possible to observe there were risk precedents for drug abuse in the family (80%), in the school (60%); in social contact (80%), and in access to healthcare (50%). The analysis of the cases points that the view of the problem restricted to the family context or to the youngster's individual characteristics, is limited. Most of the causes mentioned by the families, subjacent to the proximal causes, are related to the absence or precariousness of public politics. Based on that characterization, we elaborated a synthesis model of the underlying causes, codified by family context, life culture/style, education, religion, access to health, social care, economy, and public safety. This epidemiologic investigation diverges from more traditional patterns in its less pragmatic character and more qualitative approach, and pointed risk factors in several areas, involving answers of several public policies. The interface among policies of Education, Public Safety, Social Attendance, Economy and Health, all inadequate and deficient, seems to determine the occurrence of drug use in the investigated cases.

Key words: Sentinel Event. Youth. Drug Abuse. Family Care.

RESUMEN

JUVENTUD, DROGAS E INTERNACIÓN HOSPITALAR: AMPLIANDO EL CONCEPTO DE EVENTO CENTINELA

El presente trabajo tiene como objetivo operacionalizar el procedimiento de vigilancia epidemiológica de evento centinela a partir de la internación de jóvenes con diagnóstico de intoxicación aguda o efectos secundarios decurrentes del uso de drogas de abuso. El estudio, del tipo descriptivo y transversal, ha sido desarrollado en el municipio de Maringa - Paraná, a partir de datos del Centro de Control de Intoxicaciones (CCI), ubicado en el Hospital Universitario Regional de Maringa (HUM). La población en estudio ha comprendido jóvenes, en la franja de edad de 10 a 24 años, internados en el HUM y en el Hospital Municipal de Maringa (HMM), domiciliados en el municipio de Maringa, y registrados en el CCI en los meses de febrero hasta julio de 2006. Los datos fueron colectados de los registros de pacientes internados, el formulario de notificación de busca activa de casos del HMM y una guía de investigación basada en el procedimiento de evento centinela. Los documentos fueron el formulario de ocurrencia toxicológica, el prontuario hospitalar de pacientes y una guía para entrevista domiciliar. Fueron investigado (10) diez casos, evidenciando varios elementos comunes entre jóvenes, como iniciación precoz a la utilización de drogas(100%); la utilización asociado y concomitante de varias drogas de abuso (60%); la evasión escolar (60%) y expulsión de la escuela (20%); el embarazo precoz en todas las jóvenes y el elevado numero de hijos para la edad en una de ellas; las "fugas" constantes del hogar (40%); la necesidad de vínculos afectivos familiares(50%); y la violencia como factor desencadenante del evento centinela (80%). En todas las familias fue posible observar inicialmente que había antecedentes de riesgo para el uso de drogas de abuso, en la familia (80%), en la escuela (60%), en el medio social (80%), y en la asistencia a la salud (50%). El análisis de los casos parecen demostrar que la visión restringida del problema al contexto familiar o a las características individuales de los jóvenes es limitada. La mayoría de las causas subyacentes a las causas proximales referidas por las familias se relaciona a la ausencia o a la precariedad de políticas públicas. Delante de esa contextualización, elaboramos un modelo de síntesis de las causas subyacentes, codificadas en contexto familiar, cultura/estilo de vida, educación religión, atención a la salud, asistencia social, economía, y seguridad pública. La investigación epidemiológica presentada huye a los padrones tradicionales, por su carácter menos pragmático y su abordaje más cualitativo, factores de riesgo en varias áreas, y la interfaz entre políticas de Educación, de Seguridad Pública, de Asistencia Social, de Economía y de Salud, inadecuadas y deficientes, parece determinar la ocurrencia del uso de drogas de abuso en los casos investigados.

Palabras clave: Evento Centinela. Juventud. Drogas de Abuso. Cuidado Familiar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Etapas do processo de investigação do evento sentinela.....	28
Quadro 1	Etapas da análise dos eventos sentinela.....	31
Figura 2	Casos cadastrados no CCI/HUM e definição da população de estudo, fevereiro a julho de 2006.....	33
Quadro 2	Aspectos socioeconômicos dos casos investigados.....	38
Quadro 3	Aspectos socioeconômicos das famílias.....	41
Figura 3	Causas subjacentes dos eventos sentinelas.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas
CAPSEMA	Caixa de Assistência, Aposentadoria e Pensão dos Servidores Municipais de Maringá
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CEBEJA	Programa de Educação para Jovens e Adultos
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CIACA	Centro de Integração da Criança e Adolescente
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
DEN	Departamento de Enfermagem
HMM	Hospital Municipal de Maringá
HUM	Hospital Universitário Regional de Maringá
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAREV	Associação Maringá Apoiando Recuperação de Vidas
MAREV	Associação Maringá Apoiando Recuperação de Vidas
MOLIVI	Movimento de Libertação de Vidas
ONU	Organização das Nações Unidas
OT	Ocorrência Toxicológica
PA	Pronto Atendimento
RS	Regional de Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno Mental de Déficit de Atenção por Hiperatividade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
---	-------------------------	----

1.1	Construindo o Conceito de Juventude.....	14
1.2	Relação Juventude e Uso de drogas de Abuso.....	17
1.3	Importância da Investigação de Eventos Sentinela.....	19
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo Geral.....	23
2.2	Objetivos Específicos.....	23
3	MATERIAL E MÉTODOS	24
3.1	Delineamento do Estudo.....	24
3.2	Local de Estudo.....	24
3.3	População em Estudo.....	25
3.4	Fonte de Dados.....	26
3.5	Coleta de Dados.....	27
3.6	Tratamento/Avaliação dos Dados.....	30
3.7	Procedimentos Éticos.....	31
4	OS EVENTOS SENTINELAS: OS CASOS E AS FAMÍLIAS	33
4.1	Aspectos Socioeconômicos dos Casos e das Famílias.....	35
4.2	Contextualização dos Eventos Sentinela.....	42
4.3	Semelhanças e Diferenças.....	64
5	CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO: ESTABELECENDO A CAUSA RAIZ	69
5.1	5.1 Primeira Aproximação: Por que Estes Jovens Usaram Drogas de Abuso?.....	70
5.2	5.2 Segunda Aproximação: Por que os Jovens Continuaram a Usar Drogas de Abuso?.....	73
5.3	5.3 Terceira Aproximação: Onde (nós) Fracassamos?.....	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	87
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O mix social, que simboliza uma determinada geração, encontra na juventude seu tom mais forte e, quando equivocadamente marcado, pode gerar conflitos, crises, instabilidades e desagregação social.

Brasil, 2004b.

O presente estudo refere-se à vigilância epidemiológica do uso de drogas de abuso na juventude por meio da investigação de evento sentinela. A internação hospitalar de jovens com diagnóstico de intoxicação aguda ou efeitos secundários decorrentes do uso de drogas de abuso foi considerada evento sentinela e submetida à investigação.

A escolha do tema deu-se pelas seguintes razões: evidência de importante número de jovens envolvidos com uso de drogas de abuso por meio de vários estudos realizados no país (ANDRADE, 2004; BRASIL. Ministério da Saúde, 2003; CARLINI-COTRIN, GAZAL CARVALHO; GOUVEIRA, 2000; LOIOLA; BARRETO; LIMA, 2002; MARQUES, 2005) e a prática de trabalho como enfermeira no Centro de Controle de Intoxicações de Maringá, PR.

Carlini-Cotrim; Gazal Carvalho; Gouveira (2000) postulam que, no Brasil, as pesquisas sobre comportamentos de saúde entre jovens ainda são escassas e se concentram em questões ligadas à gravidez precoce, ao uso de anticoncepcionais ou ao uso de drogas de abuso enquanto eventos isolados, com menos enfoque na sobreposição de diferentes comportamentos de risco entre jovens. Informam ainda que a maioria dos dados brasileiros acerca do tema provém de jovens que freqüentam escolas públicas, devido à tendência natural das autoridades de cederem espaços para pesquisa, implicando uma visão parcial da situação dos jovens.

No Centro de Controle de Intoxicações são realizadas atividades técnico-científicas e de toxicovigilância, assistência e coordenação voltadas ao atendimento de pessoas intoxicadas e suas famílias. Durante o procedimento de notificação de casos para registro e de revisão de fichas epidemiológicas de pacientes internados observou-se um aumento crescente de fichas de usuários de drogas de abuso nos últimos anos.

Em estudo realizado como avaliação parcial de uma disciplina do Mestrado em Enfermagem, foram caracterizados os pacientes internados com diagnóstico médico de intoxicação no período de janeiro a março de 2005. Dentre 111 pacientes

internados, o abuso como circunstância das intoxicações representou 51% dos casos, configurados principalmente pelo uso de álcool (48,6%) (BALLANI, 2005).

Os casos decorrentes de intoxicação alcoólica estavam distribuídos na faixa etária compreendida entre 11 a mais de 70 anos. No entanto, um dado chamou atenção: 12% das internações eram relativas a jovens com idade inferior a 21 anos (BALLANI, 2005).

A investigação dessas ocorrências enquanto evento sentinela poderia contribuir para determinar aspectos das condições de vida e da assistência sócio-sanitária que esses jovens recebem, visando compreender a vulnerabilidade ao uso de drogas nessa fase da vida.

Por outro lado, a metodologia de investigação epidemiológica de eventos sentinela já vem sendo desenvolvida no Centro de Controle de Intoxicações de Maringá desde o ano de 2000, por meio da vigilância epidemiológica das internações por intoxicações.

1.1 Construindo o Conceito de Juventude

Colli e Deluqui (1978) definem a juventude como sendo o período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento que se manifesta por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais.

Estes autores caracterizam a juventude segundo alguns critérios: cronológico, período que se inicia entre 10 e 12 anos de idade e termina ao redor dos 20 anos; critério físico, que abrange a fase de modificações anatômicas e fisiológicas que transformam a criança em adulto – desde o início da aceleração do crescimento e aparecimento dos caracteres sexuais secundários até a parada de crescimento e estabelecimento da função reprodutora; critério psicológico, que equivale à fase de modificações necessárias da personalidade, ou seja, a passagem da organização da infância para uma fase de reorganização do adulto; e critério sociológico, que corresponde ao período em que a sociedade onde vive deixa de encará-lo como criança e não lhe confere os papéis e as funções do adulto (COLLI; DELUQUI, 1978).

A Organização Mundial de Saúde conceitua adolescentes como pessoas entre 10 e 19 anos de idade e juventude como o período vital entre 15 e 24 anos de

idade; o termo jovem foi criado para a inclusão dos dois grupos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Por outro lado, a Organização Pan-Americana da Saúde considera a adolescência como um processo primariamente biológico, que abrange o período de 10 a 19 anos e compreende a pré-adolescência – 10 a 14 anos – e a adolescência propriamente dita – 15 a 19 anos –, e concebe a juventude como uma categoria fundamentalmente sociológica que se estende dos 15 aos 24 anos de idade, com duas faixas etárias distintas: 15 a 19 anos e 20 a 24 anos (ORGANIZACION PANAMERICANA de la SALUD, 1985).

O termo juventude, para Chaves Junior (1999), varia conforme a definição de clientela-alvos das políticas de juventude de muitos países, o que tem feito com que o conceito sofra alterações de acordo, não só com as dinâmicas regionais, mas também com os interesses de determinados grupos de pressão e com os limites políticos vigentes.

A Organização das Nações Unidas (ONU) entende os jovens como indivíduos com idade entre 15 e 24 anos, com a devida salvaguarda que cada país, segundo sua realidade, pode estabelecer sua “faixa jovem”. Alguns países, como o Japão, chegam ao aparente paroxismo de classificar como jovens os indivíduos com idade até cerca de 35 anos. Essa mudança para a realidade japonesa é perceptível e legítima, já que o conceito de juventude, enquanto grupo populacional mutável, sofre variação em conformidade com o contexto social (CHAVES JUNIOR, 1999).

Nugent (2006) define jovem como pessoa dentro de um grupo específico de idade; pessoas com idade entre 10 a 24 anos, que passam por estados de transição: uma fase prévia (entre 10 e 14 anos), uma fase intermediária (entre 15 e 20 anos) e uma fase posterior (entre 21 e 24 anos).

Nesses três grupos de idade, os jovens enfrentam situações importantes que afetam seu futuro bem-estar. Na fase mais jovem são crianças em muitos aspectos, e na fase intermediária estão passando pelo período da puberdade; ao término dessa etapa, considerada adolescência, terão iniciado muitas situações que determinarão sua forma de vida. Entre as idades de 21 a 24 anos são jovens adultos e vão descobrindo seus interesses e talentos e adquirindo responsabilidades relativas a seu trabalho, a seu cônjuge, e com frequência tornam-se pais (NUGENT, 2006).

Volpi (2004) pontua que a sociedade cultiva uma visão estereotipada sobre a juventude. A partir da observação de aspectos do desenvolvimento físico e psicológico do adolescente, foram construídas diversas explicações resultando em uma visão reducionista, como a fase da explosão de hormônios, das tensões e conflitos por afirmação da identidade, da inquietude e da construção dos valores dos adultos.

Os aspectos citados fazem parte da juventude, porém é uma fase que está longe de ser um problema, como pode parecer aos adultos e teóricos do tema. É a fase de grande capacidade de aprendizagem e coragem para enfrentar desafios que ultrapassam o universo familiar. Desta forma, além de demandar cuidado e atenção, o jovem pode contribuir para a tomada de decisão na solução de um problema e levar a família a rever atitudes, posturas e valores por meio da inserção em novos contextos culturais, artísticos e de lazer. Entretanto, o jovem precisa encontrar na família um espaço de realização (VOLPI, 2004).

A aquisição de uma nova imagem corporal vai se ajustando gradualmente com a maturidade e capacidade de estabelecer relações interpessoais com o meio. Nessa época, é normal que o jovem pertença a grupos de iguais, para que possa adquirir segurança e equilibrar a auto-estima. Nesse momento, faz-se necessária a presença de figuras positivas, como a família e a escola (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

Segundo Volpi (2004), a juventude é um período de grandes construções, pela capacidade do jovem produzir seus próprios meios de comunicação, com organização de grupos que constituem verdadeiros atores sociais capazes de modificar o lugar onde vivem, gerando uma dinâmica de descoberta dos valores da cultura, da história das pessoas e da comunidade.

A fase da juventude é permeada de transformações cruciais ao jovem, sendo considerada um período crítico no qual ocorrem as definições de “identidade” – sexual, profissional e de valores – sujeito a crises muitas vezes tratadas como patológicas, demarcadas em um quadro típico de adolescência, tido como síndrome da adolescência normal (LOIOLA; BARRETO; LIMA, 2002).

Neste estudo, foram estudados jovens com idade entre 10 a 24 anos, e Nugent (2006) serviu de base para o conceito de jovem.

1.2 Relação Juventude e Uso de Drogas de Abuso

Na visão de Oga (1996, p. 5), droga é “toda substância com capacidade de modificar o sistema fisiológico, utilizada com ou sem intenção de beneficiar o organismo receptor”. É diferenciada dos fármacos, que são substâncias de estrutura química definida capaz de modificar o sistema fisiológico, porém sempre em benefício do organismo receptor.

O termo droga de abuso é atribuído quando a substância ou produto é utilizado pelo sujeito com o objetivo claro de obter deste um efeito psicoativo/recreativo, sem qualquer indicação terapêutica ou orientação médica (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b; CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2003).

Marques et al. (2005) classificam as drogas de abuso em lícitas e ilícitas. As primeiras são produtos contendo substâncias psicoativas cuja produção, comercialização e uso não são criminalizados. As drogas ilícitas, no entanto, não têm livre comercialização, e a produção e uso são passíveis de criminalização e repressão.

As drogas ilícitas são usadas por 4,2% da população mundial. De acordo com documento do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, as principais drogas ilícitas utilizadas no Brasil são anfetaminas, opiáceos, cocaína, maconha e solventes (CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2003).

Diversos campos do saber científico adotam definições dos termos “uso”, “abuso” e “dependência de drogas”. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define “uso” como qualquer consumo, independente da freqüência; “abuso”, um consumo associado a conseqüências adversas recorrentes, todavia não caracterizando “dependência”. Essa última manifesta-se quando o uso de uma substância passa a caracterizar um estado disfuncional (SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005).

O uso de drogas de abuso, considerado um problema de saúde pública no país, ocasiona intercorrências indesejáveis como crises familiares, atos violentos e internações hospitalares, aumentando a taxa de ocupação de leitos hospitalares e contribuindo para a sobrecarga do SUS, e requer atenção sistematizada (ANDRADE, 2004; BRASIL. Ministério da Saúde, 2003; CARLINI-COTRIN et al.,

2000; CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2003; LOIOLA; BARRETO; LIMA et al., 2002; MARQUES, 2005; QUEIROZ et al., 2001).

Estima-se que 39% das ocorrências policiais a cada ano estejam relacionadas ao uso de álcool e 50% dos internamentos por problemas psiquiátricos, ao abuso de álcool e outras drogas. Esses problemas causam despesas aos cofres públicos, principalmente nos serviços de saúde, devido ao grande número de consultas ambulatoriais e internações de curta e média duração (QUEIROZ et al., 2001).

Por outro lado, os jovens, conforme asseveram Loiola, Barreto e Lima (2002), têm dificuldades para perceber quais perigos põem sua vida em risco, e no momento em que rompem com a família para descobrir sua própria identidade, passam a buscar nas drogas a energia, a sensação de alegria, a fuga de problemas familiares e a capacidade de realizar atividades mais intensas.

Loiola, Barreto e Lima (2002) informam que, no Brasil, até o início da década de 1980, os estudos epidemiológicos não encontravam taxas de consumo de drogas de abuso alarmantes entre estudantes. Entretanto, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), a partir de 1987, tem documentado uma tendência ao crescimento do consumo. Em 1997, a tendência apontava para o consumo de inalantes, maconha, cocaína e crack; mas o álcool e o tabaco ocupavam o primeiro lugar como as drogas mais utilizadas ao longo da vida.

Marques (2005) refere que o quinto levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras, realizado pelo CEBRID, mostra que a experiência com substâncias psicoativas legais ou ilegais é cada vez mais precoce entre os estudantes. A média de idade do primeiro contato com álcool e tabaco foi de 12,5 anos e 12,8 anos, respectivamente. Entre os que experimentaram maconha, o primeiro uso ocorre, em média, aos 13,9 anos e, no caso de cocaína, aos 14,4 anos. A estatística confirma ainda que as drogas pesadas raramente são a primeira escala na trajetória da dependência.

Andrade (2004) assinala que ser jovem, sobretudo usuário de drogas, reúne duas condições socialmente desfavoráveis. Cita um estudo, realizado no Centro Histórico de Salvador em 1996, que encontrou 20% dos usuários de drogas injetáveis HIV positivos com menos de 18 anos de idade, uma taxa de infecção maior do que o restante dos entrevistados, alerta para a maior vulnerabilidade destes às complicações infecciosas decorrentes do uso de drogas.

Costa e Victora (2006) mencionam o *Oxford Textbook of Public Health*, ressaltando que o primeiro princípio que deve ser atendido para a implantação de qualquer medida de rastreamento é que a condição investigada seja "um importante problema de saúde pública", caracterizado em duas amplas áreas: o impacto no indivíduo em termos de anos potenciais de vida perdidos e da extensão de incapacidade, dor e desconforto, e o impacto na família do indivíduo e na sociedade – mortalidade, morbidade e custos do tratamento para a sociedade.

1.3 Importância da Investigação Epidemiológica de Eventos Sentinela

Uma designação ao termo vigilância, adotada na Inglaterra no século XIX por Farr e citada por Waldman (1998, p. 10), foi a de "inteligência epidemiológica", compreendida como sendo a "faculdade ou habilidade de aprender, apreender ou compreender", bem como em um sentido mais restrito, de "obter e dispor de informações particularmente secretas". O termo "inteligência", pelo seu significado de caráter predominantemente militar, foi substituído por "vigilância" em 1955, sendo aplicado pela primeira vez em saúde pública (ALBUQUERQUE et al., 2002, p. 8).

Raska (apud GAZE; PEREZ, 2002) conceituou vigilância como o estudo epidemiológico de uma enfermidade como processo dinâmico que compreende a ecologia do agente infeccioso, do hospedeiro, reservatórios, vetores e do meio ambiente, assim como dos mecanismos complexos que intervêm na propagação da infecção e à medida que esta se propaga.

Ampliando a definição acima, consolida-se internacionalmente, na segunda metade do século XX, o conceito adotado oficialmente no Brasil:

[...] um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomençar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998, p. 1).

Waldman (1998) sugere que, dependendo das características do agravo, dos objetivos do sistema, dos recursos disponíveis, da fonte ou das fontes de informação a serem utilizadas pode-se optar por sistemas ativos ou passivos de vigilância. Para

a tomada de decisão, as vantagens, desvantagens e limitações de cada uma dessas opções devem ser analisadas.

O sistema passivo caracteriza-se por ter como fonte de informação a notificação espontânea; tem menos custos, contudo é mais vulnerável à subnotificação. O sistema ativo caracteriza-se pelo estabelecimento de um contato direto, a intervalos regulares, entre a equipe da vigilância e a fonte de informação e permite um melhor conhecimento do comportamento dos agravos à saúde na comunidade, tanto em seus aspectos quantitativos quanto qualitativos. São exemplos de vigilância pelo sistema ativo a busca ativa de casos e o evento sentinela (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998; WALDMAN, 1998).

O procedimento de vigilância epidemiológica através de fontes ou eventos sentinela visando estabelecer a causa básica do evento (raiz causal) ou riscos evitáveis e propor futuras medidas preventivas ainda é pouco utilizado no Brasil (TAUIL, 1998).

Evento sentinela, conforme Rutstein et al. (1976), aplica-se à detecção de doença prevenível, incapacidade ou morte inesperada, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade da terapêutica ou prevenção deve ser questionada. Assim, toda vez que se detecta evento dessa natureza o sistema de vigilância deve ser acionado para que medidas indicadas possam ser rapidamente acionadas. A partir do conhecimento desses eventos torna-se importante a investigação para determinar como prevenir eventos similares no futuro.

A técnica de eventos sentinela parte, portanto, da constatação da existência de uma falha no produto para a investigação das falhas de processo que contribuíram para o efeito negativo (PENNA, 1995).

Scochi (1996) adverte que o estudo de agravo evitável como evento sentinela tem um caráter exploratório, pois se entende que o resultado é uma medida indireta da qualidade. Recorre a Rutstein et al. (1976), os quais propõem a análise das causas evitáveis como “uma maneira de se aproximar das inadequações [...] a partir dessas análises de tendência poder-se-iam buscar explicações mais localizadas, principalmente em relação aos fracassos” (SCOCHI, 1996, p. 40).

A formação de sistemas de vigilância sentinela tem como objetivo monitorar indicadores-chaves na população geral ou em grupos especiais, que sirvam como alerta precoce para o sistema, não tendo a preocupação com estimativas precisas de incidência ou prevalência da população geral. Esses indicadores são gerados

pela capacidade de se formar juízo da situação que permita tomar decisões quanto a medidas corretivas a serem implementadas (BRASIL. Ministério da Saúde 1995).

Segundo Penna (1995), o *Working Group on Preventable and Manageable Diseases* elaborou uma lista em que estão incluídas doenças, invalidez ou mortes, a partir da qual pode se eleger um conjunto de eventos sentinela. Não obstante, esta autora assim defende a ampliação conceitual de evento sentinela:

Ampliando-se o conceito proposto, o evento sentinela pode ser definido como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente. A partir de sua ocorrência desencadeia-se uma investigação para a detecção das falhas que tornaram o evento possível, visando sua correção de modo a garantir o funcionamento adequado do sistema de saúde. Neste conceito ampliado podemos pensar também em eventos sentinelas que não sejam só os propostos inicialmente, como por exemplo, morte por causa não violenta sem assistência médica. Podemos também pensar em eventos sentinelas para avaliação de aspectos específicos do processo, como uso de exames complementares, ou acesso, etc. A idéia básica é a coleta de informação a partir do fato negativo, do que foi previamente definido como o que não deve ocorrer (PENNA, 1995, p. 189).

A expressão ampliação conceitual é usada para designar a incorporação de novos conceitos ao processo de análise. Sua utilização abre novas veredas para a compreensão e análise da ocorrência dos agravos e permite chegar a entendimento bastante diferente daquele obtido sem o seu uso (ALMEIDA, 2006).

Para Samico et al. (2002), no monitoramento das ações desenvolvidas na atenção básica de saúde a alguns indicadores pode ser atribuído significado especial, pois além de fáceis de serem calculados têm a necessária sensibilidade para servir como eventos sentinela da ocorrência de situações evitáveis – doenças, complicações, incapacidades e mortes – visando avaliar as repercussões das ações realizadas.

A seleção de um fato negativo, com resultado adverso sério, sinaliza para a necessidade imediata de resposta e gera dois desafios: compreender como e por que o evento ocorreu e prevenir a ocorrência do mesmo evento ou evento similar no futuro (FONTES et al., 2006).

A metodologia de investigação desse fato como evento sentinela deve, então, conter os seguintes passos: seleção do evento; constituição de matriz de análise; busca ativa dos eventos sentinela; análise dos eventos sentinela por abordagem retrospectiva, utilizando o princípio de *root cause analysis*, que se caracteriza como

um processo de identificação dos fatores causais; e estratégias para redução de risco (FONTES, 2006 et al.; LIVINGSTON; JAKSON; PRIESTLEY, 2003).

Quanto aos objetivos de uma investigação epidemiológica, quando o investigador privilegia a busca dos “culpados” o processo tende a encerrar-se nas proximidades das conseqüências do evento. No entanto, quanto mais completa a análise maior é a possibilidade da identificação de outros fatores causais e de limites da conclusão anterior (ALMEIDA, 2006).

A conclusão da busca da “causa das causas” (*root cause analysis*) passa pelo estabelecimento das causas diretas ou imediatas, das causas subjacentes ou contributivas e das causas raízes ou básicas (HEALTH and SAFETY EXECUTIVE, 2004; DWYER, 2000; KOUABENAN, 1999).

2 OBJETIVOS

“Why did it happen?”

Rutstein et al., 1976.

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a aplicabilidade do procedimento de investigação epidemiológica para o evento sentinela internação de jovens com diagnósticos de intoxicação aguda ou efeitos secundários decorrentes do uso de drogas de abuso.

2.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer perfil socioeconômico e demográfico dos jovens internados devido ao uso de drogas de abuso;
- Analisar os dados registrados na ficha de ocorrência toxicológica e no prontuário do paciente;
- Caracterizar as famílias dos jovens internados pelo uso de drogas de abuso;
- Identificar os fatores causais do uso de drogas de abuso na população em estudo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

A dependência não é uma condição imutável, marcada por problema de personalidade do qual o indivíduo estará para sempre refém.

Vaillant, 1999.

3.1 Delineamento do Estudo

O estudo foi do tipo retrospectivo, exploratório-descritivo, com análise quantitativa dos dados. Foi realizado por meio de estudo de casos múltiplos ou série de casos, utilizando o modelo de investigação de eventos sentinela (RUTSTEIN et al., 1976).

A internação hospitalar foi escolhida como evento sentinela do cuidado à saúde de jovens usuários de drogas de abuso, porque se entende que intercorrências e doenças secundárias ao uso de drogas de abuso funcionam como indicadores de maior gravidade dos casos e a maioria das internações poderia ser evitada se houvesse prevenção adequada.

Na modalidade de investigação através de eventos sentinela é realizada a caracterização do evento e da atenção em serviços de saúde, mas também a caracterização da família dos casos investigados com o intuito de compreender o papel da família e determinar os riscos socioculturais para o evento (BALLANI et al., 2004).

Como informante da família foi eleita a figura da mãe, considerando o significado de seu papel na estrutura familiar em relação ao cuidado dos filhos e sua posição central, responsável pela educação, criação e socialização dos mesmos (MARTIN; ANGELO, 1999).

3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado em Maringá, PR, município sede da 15ª Regional de Saúde (RS), que conta com uma população de 318.953 habitantes, sendo 59.063 (18,5%) na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia, 2005).

No total dos municípios da 15ª RS, unidade administrativa responsável pela execução das políticas da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná em âmbito

regional, há uma população de 694.295 habitantes. Destes, 20,7% na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia, 2005).

Os casos investigados foram originários do Hospital Universitário Regional de Maringá e do Hospital Municipal de Maringá, após serem cadastrados no Centro de Controle de Intoxicações de Maringá.

O Centro de Controle de Intoxicações (CCI) integra o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) e funciona no Hospital Universitário Regional de Maringá. O CCI tem como uma de suas atividades a vigilância epidemiológica das intoxicações, visto que a investigação dos casos possibilita o levantamento das relações causais da ocorrência e a formulação de ações de prevenção e controle das mesmas.

O Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) é um órgão suplementar da Universidade Estadual de Maringá. Encontra-se credenciado ao Sistema Único da Saúde (SUS), caracterizando-se como instituição de caráter público, priorizando as atividades de ensino e pesquisa. Designa-se como hospital de ensino e, em razão de sua capacidade operacional ativa, classifica-se como hospital de médio porte e alta complexidade.

O Hospital Municipal de Maringá (HMM) é um órgão da Prefeitura Municipal de Maringá, e possui a Unidade de Pronto Atendimento (PA), que é uma unidade pública para atenção às urgências médicas do município e região, realizando um número expressivo de atendimentos, incluindo as ocorrências toxicológicas.

3.3 População em Estudo

A população do estudo compreendeu jovens intoxicados por drogas de abuso, com idade entre 10 e 24 anos (NUGENT, 2006). Foram elegíveis para o estudo os residentes no município de Maringá, PR, internados no HUM e no HMM e cadastrados no CCI no período de fevereiro a julho de 2006.

A opção por residentes em Maringá procurou atender à dimensão dada ao estudo e à conveniência da investigadora para facilitar a realização das visitas domiciliares.

Foram excluídos do estudo os casos em que o jovem não tinha vínculo familiar ou moradia definitiva, ou quando sua família não tivesse conhecimento do uso de drogas de abuso ou não aceitasse falar sobre o assunto.

Os casos foram incluídos no estudo após notificação ao CCI pela equipe de saúde ou após captura pelo procedimento de busca ativa no HMM ou no HUM, realizado no Projeto de Extensão Universitária Toxicovigilância: busca ativa em serviço de saúde, desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem (DEN) no Centro de Controle de Intoxicações.

Para o presente estudo, foi adotado o critério de internação utilizado para cadastro no CCI, que considera internado o paciente que permanece em tratamento médico-hospitalar por 12 horas ou mais, em unidades hospitalares de internação ou de atenção à urgência.

Para quantificação preliminar da população a ser estudada, foi realizado levantamento de casos notificados ao CCI no período de maio a outubro de 2005, seguindo critérios de inclusão e exclusão no estudo, estimando um número de 14 casos a serem investigados.

3.4 Fontes de dados

As fontes de dados foram a listagem de pacientes internados, a ficha de notificação de busca ativa do PA/HMM e um roteiro de investigação com base no procedimento de evento sentinela (BRASIL. Ministério da Saúde, 1995; BALLANI et al., 2004).

A listagem de pacientes internados é um impresso próprio do CCI-Maringá, utilizado para registrar todos os casos notificados no serviço em que o paciente tenha permanecido 12 horas ou mais no serviço de saúde notificador (Anexo 1).

A ficha de notificação de busca ativa do PA/HMM foi criada especificamente para notificação de dados de jovens atendidos nesse serviço após captura de casos pela busca ativa e foi elaborada pela pesquisadora (Anexo 2).

O roteiro de investigação dos casos, também desenvolvido pela pesquisadora, segue as etapas de investigação de eventos sentinela propostas por Penna (1995): dados pessoais do investigado; dados da ficha de ocorrência toxicológica; dados do prontuário de paciente; dados de investigação no domicílio/entrevista domiciliar e conclusão da investigação (Anexo 3).

Os documentos analisados foram a ficha de ocorrência toxicológica (OT) e o prontuário de paciente.

A ficha de ocorrência toxicológica é um instrumento de notificação de casos de intoxicação ao SINITOX. No CCI, é utilizada uma ficha ampliada, objetivando facilitar o acompanhamento dos casos notificados, a implementação de medidas de prevenção e a vigilância dos eventos (Anexo 4).

Os prontuários analisados foram acessados no Serviço de Prontuário de pacientes (SPP) do HUM e no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HMM.

De acordo com Teixeira (2005), o prontuário do paciente é composto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. Possuem ainda caráter legal, sigiloso e científico, o que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental e a aplicação do roteiro de investigação de casos, incluindo a entrevista familiar.

Para a obtenção da população de estudo, foram realizados dois procedimentos: consulta à listagem de pacientes internados do CCI e separação dos casos de jovens internados com diagnóstico de intoxicação por drogas de abuso, e consulta às fichas dos casos registrados na ficha de notificação do HMM para seleção de casos similares.

Após a seleção dos casos, foi desenvolvido o procedimento de investigação do evento sentinela seguindo as seguintes etapas: investigação dos casos, avaliação dos casos e conclusão da investigação (Figura 1).

A investigação dos casos foi desenvolvida em três momentos: compilação dos dados da ficha de ocorrência toxicológica, compilação dos dados do prontuário e visita domiciliar.

Das fichas de ocorrência toxicológica foram compilados os dados pessoais e da ocorrência toxicológica, sendo preenchidos os campos específicos no roteiro de investigação.



Figura 1: Etapas do processo de investigação do evento sentinela.

A partir do levantamento dos prontuários dos casos selecionados foi preenchido o campo de dados do prontuário hospitalar do roteiro de investigação, enfocando os sintomas apresentados durante a internação, tratamento registrado, diagnósticos médico e evolução clínica. Em seguida, procedeu-se à entrevista com a família.

Embora César et al. (1996) estabeleçam para as questões genéricas de morbidade o período de duas semanas como ideal para obtenção de informações fidedignas, considerou-se neste estudo que o atendimento em unidade de urgência e emergência e a internação hospitalar como eventos marcantes, podendo esse prazo ser estendido para até 90 dias.

A entrevista com a família poderia, então, ser realizada até 90 dias após o cadastro no CCI, todavia o prazo médio utilizado para as entrevistas foi de 48 dias. Esse período foi definido para obter o máximo de informações com a menor margem de erro possível, considerando como fator importante a memória do entrevistado.

O trabalho de campo foi realizado pela própria investigadora, almejando uniformizar o registro.

Foi feito contato telefônico prévio com a família a ser visitada para o agendamento do dia e hora da entrevista. Para a abordagem telefônica foi adotada uma explicação única para todos os casos: *“Estamos realizando uma pesquisa sobre internação hospitalar de jovens intoxicados por drogas de abuso, e a partir da notificação da internação de (nome do jovem) no dia ___/___/___ no Centro de Controle de Intoxicações, sua família foi selecionada para fazer parte desta pesquisa. Gostaríamos de marcar um dia para entrevistá-los em sua residência. A entrevista será realizada pela própria pesquisadora, que é mestranda em Enfermagem na UEM e por um aluno do curso de Enfermagem da UEM”.*

Em todas as visitas, os visitantes informaram o motivo da visita, conforme contato telefônico prévio, e forneceram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em todos os casos de aceitação o respondente assinava o TCLE em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Procedia-se, então, à entrevista, segundo o roteiro pré-estabelecido, com as respostas imediatamente anotadas pelos entrevistadores. Embora as perguntas não devessem fugir ao roteiro de investigação, se o entrevistado não compreendesse a pergunta formulada esta era reformulada para facilitar sua compreensão.

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

Para formular a última pergunta do roteiro, os entrevistadores solicitavam permissão para gravar a resposta. Como apenas três pessoas aceitaram, foi procedido como anteriormente, anotando a resposta.

Terminada a entrevista, os entrevistadores deixavam o respondente livre para expor seus pensamentos e firmavam a responsabilidade em manter o sigilo das informações fornecidas. Se a família solicitasse algum tipo de ajuda, eram entregues fôlderes e indicados endereços de serviços ou grupos de mútua ajuda.

Houve casos em que não foi possível contato telefônico. Entretanto, já havia sido estabelecido contato durante a internação hospitalar, e nesses casos foram realizadas visitas prévias para o agendamento das entrevistas.

Foi confeccionado um diário de campo imediatamente após cada visita realizada. A discussão de cada caso foi realizada no prazo máximo de uma semana após a visita.

A avaliação dos casos se deu a partir do preenchimento do item de conclusão do caso, inserido no roteiro de investigação. Esse item contém a análise da possibilidade do evento ter sido evitado por meio de antecedente e fatores de risco no domicílio, no trabalho, na escola e no serviço de saúde; falha quanto ao atendimento; existência de orientações quanto às alternativas de tratamento ou prevenção da ocorrência; motivo básico para o uso de drogas de abuso; como a família analisa a situação; e como essas ocorrências poderiam ser evitadas.

Após a apresentação dos aspectos socioeconômicos dos casos e das famílias, da contextualização dos eventos e do estabelecimento de semelhanças e diferenças entre eles – o que possibilitou a caracterização dos casos investigados – a próxima etapa foi a identificação de fatores de risco para o fenômeno escolhido: uso de drogas de abuso.

Nos meses de setembro e outubro de 2005 foi realizado teste-piloto do roteiro e dos procedimentos de investigação com base na dinâmica do Projeto de Extensão Vigilância Epidemiológica das Intoxicações: a Internação como Evento Sentinela, desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem (DEN) no Centro de Controle de Intoxicações.

3.6 Tratamento/Avaliação dos Dados

3.6.1 Matriz para Avaliação dos Casos

A investigação da “causa das causas” (*root cause analysis*) focaliza o processo (HEALTH and SAFETY EXECUTIVE, 2004; DWYER, 2000; KOUABENAN, 1999). A análise evolui aprofundando, das causas proximais para a causa raiz, por meio de sucessivos porquês. Os porquês determinam onde atuar para reduzir ou eliminar o risco de recorrências. (Quadro 1)

Por meio da análise sistemática da história de cada caso, buscada nos registros dos prontuários hospitalares, nas fichas de ocorrência toxicológica e na entrevista junto aos familiares dos jovens foi possível detectar fatores que provavelmente tenham influenciado o uso de drogas de abuso por esses jovens. Para resgatar essas informações, elaboraram-se três perguntas: Por que o jovem iniciou o uso de drogas de abuso? Por que ele continuou o uso de drogas de abuso? Onde houve fracasso?

Etapas	Objetivos	Perguntas do investigador
Problema ou evento indesejado	Definir o evento	O que ocorreu?
Causa proximal – direta	Identificar a causa proximal	Por que isto ocorreu?
Causas subjacentes – contributivas	Identificar as causas subjacentes	Por que continua a ocorrência?
Causa raiz – causa das causas, iniciadora, básica	Identificar as causas raiz	Por que isto ocorre?

Quadro 1: Etapas da análise dos eventos sentinela.

3.7 Procedimentos Éticos

Para a execução da pesquisa, foi solicitada autorização à Coordenação do Centro de Controle de Intoxicações (CCI) para consultar a listagem de pacientes internados do CCI, à direção administrativa do Hospital Municipal de Maringá e ao diretor superintendente do Hospital Universitário Regional de Maringá.

Em abril de 2006, o projeto de pesquisa foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (COPEP) da UEM, de acordo com a Resolução 196/96, sendo emitido o parecer favorável nº 154/2006 (Anexo 5).

É possível inferir com clareza que os usuários de álcool e drogas inserem-se na categoria populações vulneráveis, não somente sob a perspectiva da sociedade, como sob a perspectiva das normas éticas para pesquisa. Neste sentido, na pesquisa com essa população vulnerável alguns procedimentos deveriam ser diferenciados; por exemplo, como colocar a condição de aplicação e assinatura do TCLE e, ao mesmo tempo, preservar sua privacidade e anonimato, se o sujeito é um contraventor?

Conforme Ribeiro (2005), com a condição vulnerável esses sujeitos devem ser protegidos com maior cuidado que outros sujeitos de pesquisa para que a possibilidade de dano seja a menor possível, já que o contexto da coleta de dados pode representar exposição psicológica prejudicial e evidenciar a fragilidade jurídica. Todavia, como a maioria dos jovens já tinha sido assistida pela pesquisadora no

hospital onde havia sido internada, estabelecendo-se um vínculo inicial entre pesquisador e pesquisado, o acesso a essa população vulnerável foi facilitado.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 6). Em alguns casos, foi solicitada a presença de outros familiares ou do próprio jovem para participar da entrevista e discutir com estes a assinatura do TCLE.

4 OS EVENTOS SENTINELA: OS CASOS E AS FAMÍLIAS

Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos de nos colocar na condição de acolhimento, em que cada vida se expressará de um amaneira singular, mas também em cada vida é a expressão da história de muitas vidas, de um coletivo.

Brasil, 2004b.

No período de fevereiro a julho de 2006 foram cadastradas no Centro de Controle de Intoxicações de Maringá 68 internações de jovens na faixa etária de 10 a 24 anos; 16 internados tinham drogas de abuso como os agentes principais da intoxicação (23,5%).



Figura 2: Casos cadastrados no CCI/HUM e definição da população de estudo, fevereiro a julho de 2006.

Foram excluídos *a priori* 2 casos. Um jovem, de 17 anos, que ingeriu quantidade indeterminada de maconha, mas foi encaminhado para um serviço de saúde privado, onde recebeu tratamento sintomático e de suporte, e outro rapaz, de 21 anos, encaminhado ao HMM após uso de cocaína via endovenosa; porém, conforme registro na ficha do Pronto Atendimento, era morador de rua, tendo sido

internado três vezes no ano de 2006, e após alta hospitalar fora encaminhado para um albergue.

Sendo assim, para fazer parte do estudo foram selecionados 14 casos: 7 provenientes do HUM e 8 do HMM. Na continuidade do processo investigativo, aconteceram três perdas, por não ser possível contato telefônico, e uma recusa familiar em participar da pesquisa. Esse índice está abaixo do esperado, pois se previa uma perda de 30% a partir de experiência de diversos autores com estudos preliminares (MOLINA, 2005; KOGA, 1997; PINHO, 2005).

Os casos considerados como perdas foram de:

a) Jovem de 16 anos, admitido no HMM após uma briga com outro jovem. Segundo a história registrada em prontuário, este estaria envolvido com uso de *crack* e bebida alcoólica. O telefone dessa família estava programado para não receber chamada.

b) Jovem de 15 anos, encontrado caído em via pública e encaminhado para o HMM, acompanhado de um senhor que se dizia seu avô. De acordo com a história clínica constante no prontuário, é usuário de maconha e *crack* há dois anos, com relato de furtos. O número do telefone registrado no prontuário não existia.

c) Jovem de 19 anos, que após agressão aos familiares foi encaminhado ao HMM. Na história clínica constava que esteve preso oito dias devido à agressão ao tio. Esse jovem faz uso de bebida alcoólica há dois anos e há quatro meses iniciou uso de maconha e *crack*. Não estuda e trabalha com o pai. Vende objetos da própria residência para levantar dinheiro para as drogas. O telefone dessa família não atendia às chamadas.

O caso no qual a família declinou em participar no estudo é o de um jovem de 15 anos, que fora encaminhado ao HMM pela mãe. Faz uso de *crack* e teve alta hospitalar com agendamento para o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad). Feito contato telefônico e programado dia e hora para a visita que, segundo a mãe, precisava ser em seu local de trabalho, porque era onde passava maior a parte de seu tempo.

No dia da visita, encontrava-se no local (uma lanchonete) apenas a irmã, a qual alegou que a mãe provavelmente se esquecerá do compromisso. Foi programado, então, outro dia para a visita. Ao retornar ao local, após mais de uma

hora aguardando sem alcançar o propósito da visita, pareceu que essa família não desejava falar sobre o assunto, embora não o tenha dito com palavras.

Os casos investigados foram identificados por números de 1 a 10 e as respectivas famílias por letras em ordem crescente. Em uma das famílias houve registro de dois casos no período; por conseguinte, os casos 2 e 3 pertencem à família B.

4.1 Aspectos Socioeconômicos dos Casos e das Famílias

A faixa etária dos dez casos investigados variou entre 11 e 23 anos, com seis casos na faixa etária entre 20 e 23 anos. Tal dado, porém, não reflete a idade de iniciação ao uso da droga, visto que a maioria já havia iniciado o uso havia vários anos (Quadro 2).

Para o mais jovem, de 11 anos, não havia relato anterior de uso de droga de abuso e para a jovem de 23 anos a família relatou uso da droga há mais de oito anos. Um dos jovens, de 21 anos, no entanto, teve sua iniciação ao uso de drogas há 11 anos.

Apenas dois jovens, do sexo masculino, continuavam estudando e tinham o nível de escolaridade compatível com a idade. Os demais já haviam abandonado a escola e a distância que apresentavam entre a idade e a escolaridade variava entre 3 a 9 anos. Destes, três estavam com atraso de 7 anos.

Castelões (2002), mencionando estudo realizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP, em que foram analisados prontuários de 105 adolescentes usuários de drogas de abuso cadastrados entre 1993 e 2000, apregoa que os autores encontraram 78% de meninos e 52% de meninas que já haviam abandonado a escola.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que 17,2 milhões de jovens brasileiros não freqüentam a escola. Entre esses jovens, 1,2 milhão (3,8%) são analfabetos, 12,9 milhões (39%) não concluíram o ensino fundamental, 4,5 milhões (13,7%) concluíram o ensino fundamental, 5,7 milhões (17,4%) tinham começado o ensino médio, mas não haviam concluído. Somente 6,6 milhões (19,8%) concluíram o ensino médio, 2,1 milhões (6,2%) cursaram pelo menos um ano de ensino superior (BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005).

Uma das conseqüências para os jovens que abandonam a escola é o despreparo para o mercado de trabalho, que exclui o trabalhador com menos de oito anos de escolaridade. Góis (2006) preconiza que a baixa qualificação para o trabalho causa mais um entrave para o desenvolvimento do país, e que a tendência do mercado formal é que o ensino médio completo venha brevemente a ser o nível mínimo de escolaridade aceito.

Outro problema observado nos jovens estudados é a gravidez precoce. As três jovens que fizeram parte deste estudo começaram a ter filhos nas idades entre 15 e 17 anos. Uma dessas jovens, aos 23 anos já tem cinco filhos. Todas abandonaram a escola.

Conforme dados do IBGE, jovens com idades entre 15 e 19 anos, em famílias com até 3 salários mínimos de rendimento total, experimentaram a maternidade com uma escolaridade equivalente ao ensino fundamental (BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005). Esse dado também se aplica às jovens deste estudo, incluindo aqui o uso de drogas de abuso.

Foi verificado que as drogas de abuso são utilizadas de forma geralmente associada, não apresentando diferença significativa no padrão de uso entre as idades. Encontrou-se como agente das intoxicações um número variado de drogas de abuso: maconha *crack*, álcool, *thinner*, cola, *ecstasy* e saia branca (planta alucinógena).

O uso de maconha foi citado em sete casos, porém em apenas um deles essa droga era utilizada isoladamente. A maconha era utilizada com *crack* em seis casos, com álcool em três casos e com solventes e inalantes em dois casos.

Em quatro casos a bebida alcoólica foi citada, também associada. A ingestão excessiva de álcool configura uma questão problemática. O alcoolismo é considerado o terceiro motivo para o absenteísmo no trabalho, com elevadas taxas de aposentadorias precoces, acidentes de trabalho e de trânsito, responsável por proporção considerável de ocupação de leitos hospitalares (SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005).

Castelões (2002), abordando a pesquisa anteriormente citada, postula que o álcool era consumido por 100% dos jovens, a maconha por 86,7% e a cocaína por 73,3% das meninas e 64,4% dos meninos.

Chama atenção a complexidade do uso das drogas: a combinação entre drogas de uso milenarmente referido, como álcool, maconha e a planta saia branca, e drogas de introdução recente ou emergentes, como *crack* e *ecstasy*.

Quanto ao local de uso da droga, a maioria acontece em festas e bares. Em dois casos foi a própria residência, e em um dos casos, registrado como local ignorado, nem mesmo o jovem soube dizer onde e como havia acontecido.

Leite (1999) afirma que aceitar o familiar utilizando qualquer tipo de droga dentro de casa, geralmente para evitar as complicações legais, estimula os múltiplos comportamentos relacionados à intensificação do consumo, aceleração do desenvolvimento da dependência, dificuldade de trazer o indivíduo para o tratamento e ocorrência de complicações precoces (médicas, psicológicas e sociais).

A maioria dos casos apresentava diagnóstico médico inicial para internação decorrente de alguma violência, como trauma por acidente de trânsito, tentativa de suicídio por agente químico, coma a esclarecer e trauma por lesão ocasionado por arma de fogo. Em apenas um caso o diagnóstico era decorrente do uso terapêutico de medicamento, utilizado para tratamento da abstinência. Mas todos os diagnósticos médicos associados eram sempre em decorrência do uso de drogas de abuso.

Esse dado corrobora estudos anteriormente citados, os quais encontraram que o uso de drogas de abuso ocasiona crises familiares, violência e ocupação de leitos hospitalares, gerando ônus ao SUS (ANDRADE, 2004; BRASIL. Ministério da Saúde, 2003; CARLINI-COTRIN; GAZAL CARVALHO; GOUVEIRA, 2000; CREMESP, 2003; LOIOLA et al., 2002; MARQUES, 2005; QUEIROZ et al., 2001).

O uso indevido de drogas, conforme Uchôa (2002), interfere em praticamente todos os parâmetros associados à violência, intensificando sua expressão. É senso comum que o uso indevido de drogas, lícitas ou ilícitas, não atinge apenas o indivíduo usuário, mas também sua família, o bairro onde reside, sua cidade, tendo como resultado potencializado o prejuízo à nação.

Minayo e Deslandes (1998), salientam que é difícil determinar com precisão o nexos causal entre drogas e atos violentos, o status legal das drogas e as complicações envolvendo tráfico e leis que o reprimem, as influências do meio e as características individuais dos usuários das substâncias, a prevalência e as correlações precisas entre violência e uso de drogas.

Caso	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade (anos estudados)	Agente tóxico	Local de ocorrência	Duração da internação	Diagnóstico principal	Diagnóstico outros
1	M	21	8	Álcool	Ambiente externo	24 horas	Fraturas clavicular e escapular à direita	Uso de drogas de abuso associado
2	F	20	11	Crack/ Maconha	Residência	12 horas	Tentativa de suicídio com utilização de medicamentos	Uso de drogas de abuso associado
3	M	15	6	Crack/ Maconha	Ignorado	3 dias	Trauma devido à violência	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas
4	M	20	5	Álcool / Crack/ Maconha	Ambiente externo	12 horas	Politrauma	Uso de drogas de abuso associado
5	F	23	10	Álcool / Crack/ Maconha	Ambiente externo	7 dias	Reação adversa a medicamento	Uso de drogas de abuso associado
6	F	20	7	Maconha	Ambiente externo	5 dias	Tentativa de suicídio com utilização de medicamentos	Uso de drogas de abuso associado Abstinência Infecção de trato urinário
7	M	11	5	Ecstasy	Ignorado	3 dias	Coma Lesão no SNC?	Intoxicação exógena
8	M	19	8	Álcool / Crack/ Maconha/ Thinner/ Cola	Ambiente externo	8 dias	Lesão de reto por ferimento por arma de fogo	Uso de drogas de abuso associado
9	M	14	4	Cola/ Crack/ Maconha	Ambiente externo	3 dias	Trauma devido à violência	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas
10	M	20	13	Saia branca	Residência	5 dias	Coma a esclarecer	Intoxicação por saia branca

Quadro 2: Aspectos socioeconômicos dos casos investigados.

A lista de eventos sobre violência social contida na categoria Causas Externas, no sistema de Classificação Internacional das Doenças (CID), não consegue abranger a dimensão e complexidade da violência, mas é um fenômeno que permite trabalhar com indicadores capazes de informar e subsidiar ações políticas e sociais (Minayo; Deslandes, 1998).

Em relação à ocupação de leitos hospitalares, a média de internação para os casos investigados foi de 4,1 dias.

Em estudo sobre a duração da hospitalização, Martins e Andrade (2005) referiram que a maioria das vítimas de acidentes e violências (89,1%) foi internada por um período de 1 a 4 dias. Embora a média de internação não exceda a uma semana, estas autoras ressaltaram a importância da prevenção desses eventos, o que resultaria na redução de gastos hospitalares e do desgaste emocional vivenciado pelo jovem e pela família durante a permanência hospitalar.

Para contextualizar os aspectos socioeconômicos das famílias, foram utilizados os seguintes parâmetros: tipo de moradia, composição da família, renda familiar, apoio social e as relações sociais da família. (Quadro 3)

As moradias das famílias possuíam em média seis cômodos, com variação entre quatro e oito cômodos. O mínimo de dormitórios por residência foi de dois, e em sete famílias as residências eram próprias.

O número médio de moradores por domicílio era de 4,8. Foi observado que cinco das nove famílias eram do tipo ampliada. Essa conformação familiar é dada às famílias que, além do pai, mãe e filhos – família nuclear –, existem, no mesmo domicílio, relações íntimas com outras gerações (LEONARD, 1989).

A Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE mostra que, em 2004, os domicílios urbanos brasileiros eram, em sua maioria, próprios (73,7%), do tipo casa (87,7%), cobertos de telha (74,2%), com paredes de alvenaria (91%), servidos por luz elétrica (99,5%), abastecidos por rede geral de água (89,6%), lixo coletado direta ou indiretamente (96,5%), e apresentavam em média 3,5 moradores (BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005).

O número de moradores analisados para este estudo é superior. As famílias são compostas por mais adultos do que crianças. O número de adultos, considerados como pessoas com idade acima de 24 anos, varia de um a quatro para cada família, em média dois. Em cinco famílias há a presença de crianças, consideradas neste estudo até 10 anos de idade, em número de um a três.

O tamanho da família brasileira é em média de 3,5 pessoas, de acordo com a Síntese de Indicadores Sociais. O número médio de filhos é 1,5 na família em domicílios particulares (BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005).

O número de pessoas que trabalham em cada família variou de um a três; no entanto, em seis famílias havia duas pessoas trabalhando.

A renda das famílias variou de um e meio a sete salários mínimos, sendo que uma das famílias não informou a renda, por desemprego de um de seus membros.

Os dados relativos à renda familiar devem ser analisados com cautela. Oliveira (2004a) alerta que o assunto gera desconforto e até desconfiança entre os inquiridos, que tendem a informar dados que podem não ser verdadeiros, mesmo fazendo todas as ressalvas quanto ao sigilo das informações.

De acordo com o grupo interministerial de juventude, no censo demográfico de 2000, 4,2 milhões (12,2%) de jovens viviam em famílias com renda *per capita* de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo; 6,8 milhões (20,1%) viviam em famílias com renda *per capita* entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ salário mínimo; 9 milhões (26,4%) viviam em famílias com renda *per capita* entre $\frac{1}{2}$ e 1 salário mínimo; 14,1 milhões (41,3%) viviam em famílias com renda *per capita* acima de 1 salário mínimo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004a).

A maioria das famílias é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Duas famílias utilizavam também o Serviço de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Paraná (SAS), e destas uma utilizava ainda os serviços da Caixa de Assistência, Aposentadoria e Pensão dos Servidores Municipais de Maringá (CAPSEMA). Entretanto, todos os entrevistados informaram que para o atendimento aos filhos utilizavam o SUS, porque os planos de saúde não os incluíam. Apenas uma das famílias utilizava um plano de saúde privado.

Das nove famílias, sete relataram que conheciam e/ou já haviam utilizado algum serviço de mútua ajuda. Os serviços indicados foram: Movimento de Libertação de Vidas (MOLIVI), Associação Maringá Apoiando Recuperação de Vidas (MAREV), Comunidade Terapêutica Recanto Mundo Jovem, Federação Brasileira Amor Exigente, Associação Beneficente Casa de Nazaré.

Família	Tipo de moradia		Composição da família			Renda		Apoio social		Relações sociais	
	Nº de cômodos	Nº de dormitórios	Nº de adultos	Nº de jovens	Nº de crianças	Nº de pessoas que trabalham	Renda familiar (salários mínimos)	Serviços de saúde	Serviços de ajuda mútua e assistencial	Hábitos de lazer	Religião
A	5	2	4	1	-	3	7	SUS/ SAS	MOLIV	Sim	Sim
B	5	3	2	2	2	2	1 e 1/2	SUS	MAREV	Não	Sim
C	7	3	2	1	-	2	4	SUS/ CAPSEMA/ SAS	Mundo Jovem/ CAPSad	Não	Sim
D	6	3	2	2	3	1	2	SUS	Não conhece	Sim	Sim
E	5	2	3	2	2	2	1 e 1/2	SUS	Casa de Nazaré	Sim	Sim
F	6	3	3	2	1	2	2	SUS	Não conhece	Sim	Sim
G	4	2	2	2	-	2	3	SUS	CAPSad/ / e outros	Não	Sim
H	4	2	1	2	-	desempregada	-	SUS	CAPSad/ Amor exigente	Não	Sim

Quadro 3: Aspectos socioeconômicos das famílias.

Em relação à rede assistencial do SUS, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad) foi citado por três famílias.

Quanto às relações sociais, as quatro famílias que enfrentam situações mais difíceis (Famílias B,C,G e H) com os jovens usuários de drogas de abuso informaram que não promovem nenhum tipo de lazer com suas famílias. Oito famílias informaram seguir alguma religião. Na maioria das famílias apenas um dos membros era praticante ou freqüentava a igreja esporadicamente.

Entende-se por família um grupo de pessoas que se relacionam entre si com objetivos comuns, unidos por uma história em comum. Cada família tem uma ideologia que a caracteriza, encarregada de reproduzir um estilo de vida que é aceito por seus membros, em um intenso processo de socialização, constituído por uma matriz de identidade (LEONARD, 1989).

Não obstante, percebe-se que em algumas das famílias estudadas há uma desestrutura no que tange aos objetivos comuns e à própria socialização entre seus membros, nas quais parece que faltam laços de união e de prazer em conviverem juntos.

Como já tratado neste trabalho, o fato de ter jovens na família deveria ser uma alegria, com relações positivas, sendo possível estimular o potencial do que há de melhor em cada pessoa, considerando a capacidade do jovem de produzir seus próprios meios de comunicação, modificar o lugar onde vivem, gerando uma dinâmica de descoberta dos valores da cultura, da história das pessoas e da comunidade (VOLPI, 2004).

4.2 Contextualização dos Eventos Sentinela

Para contextualizar os eventos sentinela, foram compilados dados da ocorrência toxicológica, do prontuário do paciente e da entrevista que foi realizada durante visita domiciliar, contidos no roteiro de investigação. Esses dados estão relacionados ao contato com a família, à caracterização do entrevistado, aos aspectos socioeconômicos da família, à relação do jovem com a família bem como a seu comportamento na escola e no trabalho, ao conhecimento ou à experiência da família com serviços de mútua ajuda, à visão da família sobre a situação do jovem, à descrição da ocorrência que levou o jovem ao internamento, e qual é a situação do jovem atualmente.

Caso 1: J.F.S.J., 21 anos

O jovem estava voltando de uma festa, de bicicleta, quando caiu ao derrapar em uma pedra. Havia ingerido bebida alcoólica: apresentava “fala arrastada” e “olhos caídos”. A própria vítima se deslocou até a casa de uma tia, cerca de 800 metros do local do acidente, a qual chamou o SIATE. Esse serviço o encaminhou até o Pronto Socorro do HUM. Após observação clínica, tratamento sintomático e imobilização do braço com tipóia de malha, teve alta hospitalar, com agendamento ambulatorial.

No prontuário hospitalar constava que o paciente foi admitido no PS/HUM referindo queda de bicicleta e ingestão de bebida alcoólica. Foi atendido pela área de Clínica Cirúrgica e avaliado pela área de Ortopedia após exames radiológicos. Ao exame, sistema neurovascular preservado, tendo como diagnóstico médico fratura clavicular D + escapular D. Medicado com administração de volume com eletrólitos e analgésicos, não apresentou nenhuma intercorrência. Os sintomas apresentados durante a internação foram dores em região clavicular direita, em região escapular direita e mobilização de ombro direito.

A ocorrência foi registrada no Centro de Controle de Intoxicações por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica. Os sintomas da intoxicação foram descritos como fraturas pós-queda de bicicleta enquanto efeito secundário. Foi internado no PS/HUM por 24 horas, com acomodação em uma maca no corredor da unidade.

No contato por telefone, a fim de programar a visita à família, a mãe do jovem demonstrou certa resistência, afirmando que achava “estranho” o interesse da visita, sendo que seu filho já estivera diversas vezes internado e nunca havia recebido visita. Contudo, concordou em receber a visita ao ser informada de que se tratava de uma pesquisa para o mestrado da UEM e que responderia apenas se julgasse conveniente.

A família recebeu a pesquisadora com cortesia, se mostrou bem unida, descontraída, com ótimo relacionamento interpessoal. A mãe aparentava um pouco de ansiedade, que era observada pelo seu marido que dizia: “calma, vamos ouvir...” Esta ficou ainda mais apreensiva quando ouviu o termo droga de abuso lido no TCLE, argumentando que seu filho não era usuário de drogas de abuso. O marido explicou que “bebida alcoólica também é droga de abuso, embora seja lícita”.

A principal entrevistada foi a mãe do paciente, 42 anos, casada, do lar. Durante a entrevista, estiveram presentes o pai e a irmã do jovem. Este se encontrava morando com os tios em outro estado. A irmã é casada e mora em uma casa conjugada à dos pais.

No decorrer da entrevista, a família ouvia as perguntas e se empolgava bastante, relatando vários outros episódios em que o jovem em estudo havia sofrido acidentes, sendo que em alguns deles havia feito uso de bebida alcoólica. Mostraram fotos da família, dos fatos que haviam marcado a mesma, como: os acidentes com o rapaz, o casamento da irmã, a cirurgia bariátrica da mãe, o fato do pai ser referência no bairro para socorrer as pessoas, as festas que freqüentam.

A família possui casa própria, com 5 cômodos, e destes, 2 dormitórios. Três pessoas trabalham e têm uma renda estimada entre 6 a 7 salários mínimos. Os serviços de saúde utilizados pela família são o SAS e o SUS. Relataram que desenvolvem atividade de lazer como: churrascos da igreja, do trabalho do pai, acampamentos com pescaria (também vinculados à igreja) e praia.

Foi referida participação e conhecimento de vários serviços de mútua ajuda. A igreja que freqüentam oferece serviços de apoio a pessoas dependentes de drogas de abuso.

A relação do jovem com a família é definida como boa. Sua irmã o identifica como “a alegria do lar”. Alegam que é muito festeiro e carismático. Na escola não se sai muito bem; segundo o pai, ele “atrapalha os outros” e foi necessário interromper os estudos.

No trabalho é responsável, porém não permanece muito tempo em um mesmo emprego porque a “ressaca” após a participação nas festas acaba prejudicando seu desempenho no trabalho.

De acordo com a família, o jovem se encontra bem de saúde. Há cerca de oito anos apresentou problema de esofagite e já sofreu várias fraturas decorrentes de acidentes com moto, bola e bicicleta.

Não tem problemas com alimentação e não faz uso de bebida alcoólica às refeições. Dorme bem no período noturno, em média oito horas.

É fumante há sete anos, e às vezes admite que gostaria de parar de fumar. Faz uso de bebida alcoólica há três anos em ambiente de festas e não a utiliza para diminuir a ressaca ou o nervosismo, faz uso esporádico e iniciou com idade de 14 anos.

Após a última internação, viajaram para a casa de um tio do jovem, que ofereceu-lhe emprego e prometeu cuidar para que não faça uso de bebida alcoólica durante os dias de serviço. Seria liberado para festas apenas em finais de semana. Outro fator importante do afastamento da cidade seria a influência dos amigos, que “não abriam mão do entusiasmo do jovem nas festas”.

Ao final da entrevista, foi solicitada permissão para gravar um depoimento a respeito do que mudou na vida do jovem e da família após a internação. A gravação foi permitida com o depoimento a seguir:

Meu filho completou vinte e um anos e a partir desses vinte e um anos ele não tem direito ao plano médico do pai. Tem que ser tratado pelo SUS, lá no HU. Houve uma grande diferença, porque antes ele tinha quarto particular, era um tratamento bem diferenciado. Ele viu que ali no SUS, no Hospital Universitário é bem atendido, mas, é muita gente que necessita do atendimento. Tem que ficar no corredor, tem que ficar ali na maca, tem certa espera porque é muita gente que necessita. Então ele despertou que agora as coisas mudaram, e muita coisa mudou na vida dele a partir dessa internação.

Caso 2: A. M. L. F.. 20 anos

A jovem estava sozinha em casa, pois a mãe havia saído. Quando a mãe retornou, percebeu que a filha não estava bem e descobriu que ela havia ingerido todo o medicamento “calmante”. Foi levada pelo SAMU ao Pronto Atendimento do HMM.

A jovem conseguiu a droga entrando no quarto da mãe, onde o medicamento (Valeriana®) estava guardado.

A jovem apresentava-se sonolenta e “não parava em pé”. Segundo o prontuário, a paciente foi admitida no HMM após ingestão de 40 comprimidos de Valeriana®, relatando que é usuária de drogas, tendo feito uso do medicamento por falta de drogas. Foi realizada lavagem gástrica e administrado carvão ativado. Ficou em observação clínica durante 12 horas, sendo transferida para o Sanatório de Maringá.

A mãe refere que ela foi rápida e bem atendida no HMM, mas no “Hospital Psiquiátrico” a paciente reclamou do atendimento para a mãe, que solicitou alta hospitalar.

Ao tentar contato pelo telefone fornecido na ocorrência toxicológica, o mesmo não atendia, após várias tentativas. Foi realizada uma visita prévia à casa da paciente quando apenas A.M.L.F. estava na residência, a qual se apresentou receosa. Foi proposto então um outro dia para a visita, o que foi prontamente aceito. Ela informou a data em que a mãe estaria presente, haja vista que ela preferia que a entrevista fosse realizada com a mãe.

Na data marcada, a mãe se apresentava receptiva, comunicativa e muito ciente do problema que enfrentava em casa, porque tinha o mesmo problema com outros dois filhos.

A principal entrevistada foi a mãe, 39 anos, casada, doméstica (diarista). Durante a entrevista, só estava presente a entrevistada; a jovem estava na casa, mas não se apresentou. Segundo a mãe, o filho caçula se encontrava “preso” e o filho mais velho “morava em outra casa”.

A família mora em casa própria, de alvenaria, com 5 cômodos. Destes, 3 eram dormitórios. Duas pessoas trabalham, e a renda gira em torno de um salário mínimo e meio. Utilizam o SUS como serviço de saúde, sendo estes a Unidade Básica de Saúde e o Hospital Municipal de Maringá.

A entrevistada assevera que não tem hábitos de lazer com a família. Somente ela frequenta a igreja. Relatou que conhece grupos de mútua ajuda e inclusive já procurou e fez uso desses serviços, como o MOLIVI e o MAREV.

A relação da jovem com a família é muito ruim, um “pé de guerra”, conforme a mãe. A jovem está sempre mal humorada, não tem alegria nem ânimo para a vida; só está bem se tiver dinheiro e droga.

A entrevistada convive com o problema há algum tempo, o marido é alcoolista, o filho mais velho já esteve preso e internado por envolvimento com drogas, a filha faz uso de drogas de abuso há muito tempo e o filho caçula esteve no HMM internado por uso de drogas de abuso e no momento se encontra “preso”. A entrevistada afirma que “já tentou de tudo para ajudar os filhos” e que está desanimada por não conseguir.

Atualmente ela está encaminhando documentos para a internação da filha em uma clínica de recuperação, e também procura ajuda de familiares para cuidar das duas crianças (netas dela, filhas de A. M. L. F.).

A mãe acrescentou que a jovem hoje continua fumando “baseado”, apresenta um nódulo no seio e “desconfia que está grávida”. Alimenta-se mal, apenas no período da manhã, porque prefere as drogas. Não dorme bem.

É fumante há mais ou menos 9 anos, gostaria de parar de fumar e já procurou ajuda para isso. Faz uso de maconha e *crack*, e os utiliza para diminuir o nervosismo, e “enquanto tiver droga ela usa”.

Ao final da entrevista, foi solicitada permissão para gravar um depoimento sobre o que mudou na vida da jovem e da família após a internação. A gravação foi permitida com o depoimento a seguir:

É... modificou assim ‘né’!? Que a A. M. perdeu o amor ‘né’?! Perdeu o respeito ‘né’!? Perde o amor e o respeito pela família e através de mim ela se tornou muito agressiva ‘né’!? Nervosa demais, então a gente ficou assim, perdeu aquele contato de mãe e filha, entendeu, nós somos mais como duas inimigas, na verdade ‘né’!? Então ficou muito difícil a situação com ela, muito difícil mesmo. E com o pai também ela é agressiva, com os irmãos, entendeu? Parece que ela não tem mais amor na vida mesmo. Então pra ela só ‘tá bão’ mesmo nas condições que eu te falei ‘né’!? Com dinheiro e droga, fora disso ‘fia’ você não consegue fazer ela ficar feliz não.

Caso 3 – R.L.F., 15 anos

O jovem foi agredido pelo pai porque ele manifestava condutas anti-sociais em sua residência. Em outras internações, há relatos de agressividade intensa, ameaça a familiares e agressões.

A primeira atitude que a mãe teve foi chamar o SAMU, que o levou ao HMM onde foi realizado o primeiro atendimento, o qual foi rápido e o jovem foi bem atendido.

O tratamento teve como conclusão alta hospitalar e o paciente foi transferido para a casa de detenção.

O tratamento realizado foi com Carbamazepina®, Neozine®, Diazepan®, Midazolam® e contenção mecânica.

A história da família desse jovem é igual à da jovem A.M.L.F., visto que são irmãos.

No momento da entrevista, o jovem se encontrava preso. De acordo com a mãe, ele consegue a droga nas “bocas de fumo” (pontos de venda de drogas), e está com a alimentação prejudicada devido à compulsão por drogas.

Faz uso de maconha e *crack* há mais ou menos cinco anos. Não tem período para utilizar a droga, enquanto houver ele usa, o tempo todo.

Ao final da entrevista, a mãe informou que o que mudou na vida do jovem após a internação foi que ele foi encaminhado para casa de detenção de menores.

Caso 4: A.F.M., 20 anos

O jovem relata história de ter batido a moto na porta de um carro, a qual se abriu de repente. Estava alcoolizado e foi para sua casa. Após duas horas, informou aos pais que não estava se sentindo bem e foi levado para o HUM. No momento da admissão, apresentava sintomas de embriagues.

Após doze horas de observação clínica, recebeu alta hospitalar e foi encaminhado para sua residência, com orientações para seguir com tratamento com antibióticos e analgésicos, que fora iniciado a partir de um atendimento anterior no HMM.

Conforme prontuário hospitalar, o paciente foi admitido no serviço de pronto socorro com história de ser vítima de queda de moto em acidente de trânsito, apresentando hálito etílico, dor em braço esquerdo, perna e joelho esquerdo. Usava capacete no momento do acidente. Submeteu-se a vários exames radiológicos, curativos, avaliação da ortopedia, tratamento com analgésico e antiinflamatório. O diagnóstico médico foi de politraumatismo.

A ocorrência foi registrada no Centro de Controle de Intoxicações por meio de busca ativa, tendo como agente tóxico a bebida alcoólica, via de exposição oral e local de ocorrência ignorado.

Como evolução clínica, foi descrita história de queda de moto, dor em braço E, perna E e joelho E., exame radiológico, sem alterações. Avaliação da ortopedia: contusão de joelho e cotovelo E.

O primeiro contato com essa família foi realizado por telefone, com uma senhora que informou ser avó do jovem. Demonstrou muita preocupação com o pedido de entrevista e solicitou muita cautela para essa abordagem. Relatou que seu neto portava arma de fogo, começou a roubar com cinco anos de idade, não freqüentava a escola, havia sido internado em “lugar de bandido” e fugiu, passou

quatro meses em outra cidade fazendo tratamento para dependência química, porém foi encontrada maconha em seu guarda roupa e foi expulso. Já havia sido preso e espancado por policial.

Solicitou que a ligação fosse retornada em outro dia, pois ela conversaria com sua filha, a mãe do jovem, que não possui telefone em casa. Conforme a avó, não é possível tê-lo porque seu neto “dá muito trabalho”. A filha trabalha muito, e só poderia receber visita em finais de semana.

A visita já era aguardada pela mãe do jovem, 59 anos, que trabalha como merendeira. Referiu, em tom de voz baixo, que seu filho estava em casa. Em seguida, o rapaz apareceu e foi apresentado pela mãe. Não demonstrou resistência ao saber qual o motivo da visita.

A família possui três membros: o pai, a mãe e o filho. Durante a entrevista, foi relatado muito sofrimento pela mãe, que acha que os problemas foram desencadeados quando o menino, aos cinco anos de idade, foi informado na creche de que era filho adotivo. Então, começou a roubar e andar em más companhias.

A família possui casa própria, com 7 cômodos, sendo 3 dormitórios. Os progenitores trabalham e estimam uma renda mensal de quatro salários mínimos.

Os serviços de saúde utilizados pela família se dão através de previdência de servidores públicos (CAPSEMA, SAS), mas também faz uso dos serviços do SUS (HMM, HUM).

A família não desenvolve nenhuma atividade de lazer. O pai está aprendendo a tocar clarineta.

O jovem foi “preso” pela primeira vez por agressividade aos 15 anos. Por questões legais (idade inferior a 18 anos), não permaneceu preso. Várias vezes “passou a noite detido”. Esteve oito dias preso “por furto” (a mãe não se lembrava o que roubou) e outros vinte e um dias por roubo de motos.

É tido como um ótimo rapaz quando não está em uso de drogas e trabalha muito bem. Entretanto, não se pode deixá-lo à vontade em casa, pois é perigoso devido às más companhias. Se a casa ficar aberta, seus amigos entram e roubam tudo. Quando ele está só, a mãe tranca a casa e entrega as chaves para a vizinha. Para sair, ele deve chamar pela vizinha.

Já destruiu muita coisa em casa, há marcas de violência nas portas. Não tem roupas e calçados porque os vende para adquirir a droga.

Estudou até a quinta série do ensino fundamental, não trabalha atualmente. Embora desenvolva bem seu trabalho, mente demais para conseguir dinheiro para comprar drogas.

Em uma das vezes que esteve agressivo, aos 17 anos, foi internado na instituição “Mundo Jovem”, em cidade próxima. Fugiu e relatou que esse serviço era muito perto dos seus contatos.

Há dois anos, procurou o CAPSad. O jovem acompanhou a mãe em duas sessões de psicoterapia. Nas demais, ela passou a ir sozinha e acabou desanimando.

Há “pouco tempo” esteve internado em uma fazenda de reabilitação, “numa cidade mais longe de Maringá” por quatro meses. Houve grande melhora no comportamento do rapaz, fazia até parte do coral da igreja, porém foi expulso desse serviço quando encontraram drogas em seus pertences.

A mãe informa que a saúde do filho está melhor, alimenta-se bem quando não está em uso de *crack*, “já a maconha abre o apetite”.

O jovem dorme cerca de doze horas por dia. Não faz uso de bebida alcoólica durante as refeições. É fumante, e não demonstra vontade de parar de fumar.

As drogas utilizadas pelo jovem são álcool, *crack* e maconha há dez anos. Não utiliza droga para diminuir a ressaca ou o nervosismo. Faz uso habitual das drogas.

O atendimento nos serviços de saúde foi avaliado como bom; geralmente recebe bom atendimento.

A última internação do jovem não alterou em nada a rotina da família, que já está habituada com essa situação. A internação para tratamento de dependência química na fazenda de reabilitação foi vista como responsável por uma melhora significativa na vida do rapaz, sendo esta a única que foi bastante apreciada pela família.

Essa mãe, que perdeu quinze quilos ultimamente, afirma que tem medo de estar sozinha com seu filho. Vive em alerta. Ao final da entrevista, resolveu-se não gravar a resposta sobre o que mudara na família e na vida do jovem para não constranger ainda mais a mãe, que parecia bastante envergonhada. Contudo, ela disse que a internação não alterou em nada sua vida ou a do jovem.

Caso 5: F.C.C., 23 anos

A jovem, com história de dependência de *crack* e cocaína, estava internada no Hospital Psiquiátrico. Após seis dias com febre, dor em orofaringe, cefaléia e vômitos, foi medicada nesse hospital com Diprofona®, Benzetacil®, Decadron® e Tofranil®. Iniciou com prurido e vermelhidão em membros inferiores e face, edema em membros superiores e face.

A paciente estava no Hospital Psiquiátrico para desintoxicação, há três semanas sem contatos com narcóticos e sem síndrome de abstinência e foi transferida para o HUM para tratamento da intercorrência.

Ao exame físico apresentava descamação em face, edema facial (principalmente periorbitário), edema auricular, placas em orofaringe, linfonodos submandibular aumentados, eritema em tórax e abdome com lesões purpúreas.

Evoluiu com melhora das lesões e do edema fazendo uso de Predinisona® e Hidrocortisona® pomada.

Durante o internamento, houve solicitação de avaliação da Psiquiatria, sendo registrado em prontuário que a paciente é drogadita e fazia uso de *crack*, cocaína, maconha e estava em abstinência. Internada no Sanatório, estava em uso de Tegretol®, Neozine®, Diazepan®.

Teve alta hospitalar do HUM após oito dias de internação alta com Neozine®, Hidrocortisona®, e Predinisona® (com redução gradual). Foi agendada para o ambulatório da área de clínica médica, mas não compareceu.

A paciente internou-se informando que tinha 18 anos de idade, quando foi transferida para a unidade de Clínica Médica. Após avaliação social, verificou-se que tinha 23 anos. Encontrava-se em liberdade provisória, visando submissão à tratamento de desintoxicação, devendo ser liberada apenas a critério do psiquiatra responsável. Em 11/05/2006 recebeu alta médica do Hospital Psiquiátrico de Maringá e o alvará de soltura. Um educador social iria encaminhar o relatório trimestral sobre a evolução de seu estado.

Após várias tentativas de contato telefônico com a família, sem sucesso, foi realizada uma visita à casa da família de F. C. C., pois já havia sido feito contato com a jovem durante sua internação hospitalar. A mãe da jovem estava fazendo limpeza no quintal. Informada sobre o motivo da entrevista, ela ficou meio hesitante,

afirmando que a filha não estava em casa e que preferia que esta estivesse junto no momento da entrevista. Foi proposta uma nova data para retorno, o que foi prontamente aceito.

Na data marcada, retornou-se à residência, na e a mãe da jovem recebeu a pesquisadora, que em seguida também compareceu à entrevista.

Lido o TCLE, ao final da leitura F. C. C. concordou plenamente com a entrevista. Porém, ao perguntar a sua mãe o que ela achava, esta respondeu que sua filha responderia, já que ela estava concordando com a entrevista.

A entrevista foi realizada com as duas respondendo as questões, mas as perguntas eram mais dirigidas à mãe da paciente, 52 anos, casada, do lar. Durante a entrevista, estava presente a jovem e sua mãe e em alguns momentos três filhas adentravam a sala correndo e brincando.

A família possui casa própria de alvenaria, com 6 cômodos, destes 3 dormitórios. Uma pessoa trabalha na família, a qual possui uma renda mensal que gira em torno de dois salários mínimos.

Os serviços de saúde utilizados pela família são o Hospital Municipal de Maringá e Hospital Universitário Regional de Maringá, pelo SUS.

A entrevistada relata que a família tem o hábito de desenvolver atividades de lazer esporadicamente.

No momento, a relação da jovem com a família está boa, ela está mais calma. Quanto ao comportamento, a mãe assevera que ela tem pouca iniciativa, abandonou vários cursos, parou de estudar na oitava série do ensino fundamental, teve períodos em que sumiu de casa e ficou sem dar notícias. Agora, está cursando a oitava série novamente.

Durante a entrevista, as duas se mostraram muito reprimidas, passando a impressão de que teriam sido orientadas a fornecer as respostas. A todo o momento, antes de responder a alguma pergunta, elas se entreolhavam, como se pedissem permissão para falar, pensando muito no que responderiam. Enfim, passaram a impressão à entrevistadora de que as respostas pareciam não ser fidedignas.

A visão que a mãe transmitiu era a de que ela só sabia do uso de drogas pela filha através de vizinhos, que diziam que ela estaria usando *crack* e que por isso não estava cuidando bem das filhas. F.C.C. tem cinco filhos. Três meninas mais velhas que estão morando com a sua mãe e um casal que moram com a sogra.

Atualmente ela refere que não está usando drogas de abuso, e ainda tem seqüelas de rush-cutâneo que desenvolveu durante a internação.

A jovem dorme bem, se alimenta bem. É fumante há aproximadamente oito anos, já tentou parar de fumar, mas não consegue. Faz uso também de *crack* e maconha, mas afirma que no momento da entrevista não estava usando as drogas. Refere também que não usava drogas para diminuir o nervosismo ou a ressaca, e que quando utilizava era no período noturno, diariamente.

A resposta do que mudou na vida da família e na do jovem não foi gravada; todavia, a mãe respondeu que ela está bem, está mais animada com a escola, está parando em casa e dando mais atenção para as filhas. Acrescenta que o pai dos filhos da jovem se encontra preso.

Caso 6: S.M.S., 20 anos

A jovem ingeriu todo o medicamento, que era de seu uso terapêutico, e foi para a casa de uma amiga e contou-lhe o ocorrido. O pai foi chamado e a levou para a unidade básica de saúde. Nesse serviço, apresentava tontura e sonolência. Foi encaminhada para o HUM, onde permaneceu internada durante quatro dias. Recebeu alta hospitalar, com receita médica para uso de Carbonato de Lítio e Haloperidol®, tratamento com antibioticoterapia para infecção de trato urinário, orientações para retorno se necessário e agendamento para ambulatório da área de psiquiatria do HUM.

De acordo com o prontuário hospitalar, a paciente foi internada com história de ter ingerido vários comprimidos de Carbamazepina, Amantadina® e Clonazepan®. Apresentava sonolência, responsividade diminuída, humor deprimido, impulsividade, idéias suicidas, relato de alucinações auditivas, mal estar, tremores e tontura. Nas anotações de enfermagem, foi descrito uso de carvão ativado em sonda nasogástrica e a paciente vomitou.

Foi avaliada pela área de psiquiatria, sendo registrado tratar-se de paciente com 20 anos de idade, usuária de álcool e outras drogas, em acompanhamento psiquiátrico no Hospital Municipal de Maringá, tendo ingerido vários medicamentos como tentativa de suicídio.

O diagnóstico médico inicial foi intoxicação exógena, abstinência de álcool/drogas e infecção de trato urinário. Durante a internação, recebeu tratamento com Diazepan®, Clonazepan®, Trental®, Dramin®, Dipirona®, Antak® e Hidróxido de Alumínio.

Foi requerida conduta do Centro de Controle de Intoxicações devido à intoxicação medicamentosa por via oral, na própria residência, tendo como sintoma da intoxicação, a sonolência (coma grau I).

Na evolução clínica, consta que a paciente tinha história de ter sido internada no Hospital Municipal para tratamento de dependência química e fazia tratamento para alcoolismo e drogadição, ingerindo todos os medicamentos de uma única vez. Fez o tratamento inicial (lavagem gástrica) no serviço de saúde de origem e foi encaminhada para o PS/HUM, onde foi administrado carvão ativado em três doses, monitorização dos sinais vitais, tratamento sintomático e de suporte. Obteve alta hospitalar.

Para o agendamento da visita para essa família foram feitas diversas tentativas de contato por telefone, sem sucesso. Como o caso da jovem foi capturado para o estudo através de sua internação no PS/HUM, esta já havia sido contatada no próprio setor de internamento.

Por esse motivo, foi realizada uma visita sem contato telefônico prévio, encontrando a jovem sozinha em sua casa, com aparelho de som ligado em volume alto. Esta se apresentou bastante envergonhada, com os olhos baixos, respondendo com monossílabos e em tom baixo.

Informado o motivo da visita em domicílio e a visita ocorrida no hospital onde esteve internada, ela disse não se lembrar. Quando abordada sobre a possibilidade de uma visita à família em um outro dia, houve aceitação imediata.

Na visita seguinte, um jovem senhor se apresentou como pai da moça. Informou que já conhecia o motivo da visita e foi chamar a filha que estava dormindo em um cômodo em frente à sala de visita. Esta não acordou.

Ao final da leitura do TCLE, foi informado que seria esclarecida alguma dúvida que porventura tivesse. O pai perguntou se a entrevista teria algum custo. Diante da negativa, concordou em participar. Relatou que sua esposa estava em seu primeiro dia de trabalho, por isso não estava presente.

O pai, 43 anos, 'encostado' no INSS devido a problemas de coluna cervical que o impede de trabalhar, estudou até a quinta série e trabalhou muito tempo no

“corte de cana” (bóia-fria). Demonstrou ser uma pessoa simples, e respondia com sinceridade.

A residência, localizada ao lado de uma delegacia de polícia, é alugada, tem 5 cômodos, sendo 2 dormitórios. Apenas a esposa e um filho trabalham e têm uma renda familiar estimada em um salário mínimo e meio.

A família é composta por cinco adultos (pai, mãe, um filho e duas filhas) e duas crianças (que são das duas filhas). A irmã mais velha da jovem em estudo e o irmão que é mais moço nunca se envolveram com drogas e apresentam comportamentos bem diferentes da mesma.

Os serviços de saúde utilizados pela família são os fornecidos pelo SUS. Assistir aos programas de televisão foi relatado como atividade de lazer em família.

O relacionamento entre os membros da família é normalmente tranquilo. Houve uma briga recente entre as irmãs devido a um desentendimento entre seus filhos pequenos, o que desencadeou a tentativa de suicídio que levou a jovem em estudo ao internamento.

A jovem estudou até a sétima série do ensino fundamental. Tem muita habilidade, segundo o pai, na atividade de costura; já trabalhou em diversas fábricas de confecção. No momento, está sem trabalhar.

Apontam a “Casa de Nazaré” como o serviço que conhecem como mútua ajuda, porém nunca o procuraram. Receberam orientações para procurar esse serviço a fim de internar a jovem por nove meses para tratamento de dependência química. Entretanto, havia necessidade de colher vários exames antes da internação. Quando descobriu que poderia realizá-los pela unidade básica de saúde, tentou obter “as requisições para os exames” e não as encontrou.

Conforme o pai, a jovem faz uso de maconha há dois anos, o que julga ser “uma fraqueza dela”. Insinuou que ela tem problemas mentais, “quando era pequena, dava aula para as flores”.

Percebeu o início do uso da droga quando a moça saía de casa à noite e voltava com os olhos muito vermelhos e ria muito (achava graça em tudo). Por volta de 14 anos de idade, a menina fugiu de casa. Após investigações, descobriu seu paradeiro e foi buscá-la.

O pai relatou que a filha ainda apresenta dores no “peito /estômago” devido à ingestão dos medicamentos. Alimenta-se bem ultimamente. Há algum tempo, não

comia quase nada. Dorme cerca de cinco horas no período da tarde. Não faz uso de bebida alcoólica durante as refeições.

É fumante há seis anos, mas gostaria de parar de fumar. Usuária de maconha há dois anos, experimentou *crack* uma única vez. Não utiliza droga para diminuir a ressaca ou o nervosismo. A maconha é “doada” por amigos, porque ela não tem dinheiro.

Faz uso da droga à noite, “fora de casa”. Não se lembra da situação em que ocorreu o primeiro uso. Sabe que foi aos dezoito anos de idade. Hoje faz uso habitual da droga.

Quando indagado sobre o que mudou na vida da filha e da família após a internação, postula que a jovem melhorou e está mais calma. Por alguns dias esteve bem, mas está voltando a usar as drogas novamente. Ter acesso a serviço de recuperação é o que esse pai espera dos serviços de saúde.

Caso 7: F.G.S., 11 anos

Na volta da escola, F.G.G. estava muito sonolento, não sabia onde estava a sua “bolsa da escola” e não respondia verbalmente às perguntas. A mãe chamou o vizinho e o levou ao HMM. Não se sabe onde a criança conseguiu a droga, pois ele fora bem para a escola e apresentou os sintomas depois da saída.

No momento da internação, o paciente apresentava agitação psicomotora, alternando com sonolência e momentos de ausência. O primeiro atendimento foi realizado no HMM, sendo atendido imediatamente e, segundo a mãe, muito bem.

Posteriormente, foi transferido para o HUM (UTI Pediátrica) para investigação diagnóstica. Foi verificada história de ter sido agredido na escola por um grupo de garotos que “deram água para ele beber”. Feita a triagem de fármacos e drogas de abuso na urina, com resultado positivo para meta anfetamina.

O paciente permaneceu internado na UTI Pediátrica do HUM por um dia e transferido para o serviço de origem (HMM) ativo, orientado, com fluência verbal e lá recebeu alta hospitalar. O atendimento teve como conclusão alta hospitalar com encaminhamento ao Conselho Tutelar.

Foi possível o contato por telefone com a avó da criança, que concordou plenamente com a entrevista.

Informado o motivo da visita e lido o TCLE, ela disse que gostaria de chamar a mãe de F.G.S., sua filha, que estava dormindo porque trabalha no período noturno. Esta mora no mesmo quintal da casa de sua mãe.

Anteriormente a avó mencionara que não gostava das amizades dos netos e que sua filha os educava de maneira diferente da sua e não aceitava suas opiniões ou sugestões para a educação dos filhos.

A principal entrevistada foi a mãe de F.G.S., 34 anos, solteira, operadora de máquina de fiação de algodão. Durante a entrevista, estava presente a mãe, a avó e, no final da entrevista, F.G.S. e seus dois irmãos.

A família possui casa própria de alvenaria, com 6 cômodos; destes, 3 são dormitórios. Duas pessoas trabalham e a renda gira em torno de dois salários mínimos. Os serviços de saúde utilizados pela família são as unidades básicas de saúde e Hospital Municipal de Maringá, pelo SUS.

As crianças desenvolvem atividades de lazer como andar de bicicleta, televisão, videogame e freqüentam, todas as tardes, o Centro de Integração da Criança e Adolescente (CIACA) que fica no bairro onde moram. No CIACA desenvolvem atividades esportivas, como futebol e judô. A família refere não ter conhecimento sobre grupos de auto-ajuda.

A relação da criança com todos é muito boa, relatam que é uma criança meiga e muito esperta. Tem bom desempenho escolar, muitos amigos e é “bem inteligente”, segundo a mãe.

Durante a entrevista, a mãe e a avó se mostravam assustadas com a ocorrência: elas nunca esperavam que fosse uma droga de abuso quando a criança passou mal.

A visão que a família tem sobre o “acidente” é que ocorreu na escola e as companhias do filho podem ter influenciado, mas acredita que ele tenha ingerido a substância sem saber que era droga de abuso. O jovem não teve culpa da intoxicação, e hoje se encontra bem, dorme bem, se alimenta muito bem. Não fuma e não tem histórico de intoxicações anteriores.

Ao final da entrevista, foi solicitada permissão para gravar um depoimento a respeito do que mudou na vida do jovem e da família após a internação. A gravação foi permitida com o depoimento a seguir:

Procuo estar conversando bem mais com ele, procurando fazer ele se abrir. Ele sempre foi aquela criança que sempre confia muito no que conta pra mim. Às vezes (os filhos) falam alguma coisa para a avó, mas na verdade chegam e falam: eu falei isso pra vó, mas, é isso, isso e isso que aconteceu. Então se não conta e eu pegar no pé deles, ou se minha mãe souber o contrário e desconfiar que eles estejam falando o contrário, eles também confessam. Não insistem numa mentira, são aquelas crianças que se você desconfiar que estejam falando mentira, você dá um tempo e fala: é melhor falar o que aconteceu porque se eu descobrir vai ficar pior. Então a única coisa que eu procurei fazer, que eu acho que já fazia no conteúdo de tempo de uma mãe sozinha com essas crianças – eles dependem de mim, se eu não trabalhar eles não comem, eles não calçam... Vai ser pior – então eu procuro estar conversando com eles, dar um pouquinho mais de atenção para eles, e eles confiarem ainda mais em mim. Se eles já confiam em mim, que a confiança deles seja um pouquinho maior, para eles saberem que tem uma mãe que vai compreender na hora certa, vai estar à disposição na hora certa, não vai passar a mão na cabeça deles quando for coisa muito grave, muito errada. Vai ter que se virar e resolver a situação porque não pode ser assim. Esperar em Deus que quem sabe de agora para frente, se aconteceu foi um alerta, tanto pra mim quanto pra ele mesmo. De repente ele tá aí de amizade com certos tipos de pessoas, de repente ele sabe o que aconteceu, como aconteceu e não quer contar e eu também não vou obrigar ele a fazer isso. Só que eu falei pra ele: você fica esperto, porque se acontecer uma segunda vez, você sabe que eu vou descobrir o que aconteceu com você. A primeira vez aconteceu, foi feito isso, isso e isso e você está aqui hoje, brincando dando risada, fazendo aula, indo pra escola. Mas, porque aí teve um descuido, uma situação que você... Eu não vou obrigar você a falar, e você não tem obrigação de falar. Só que você viu que não adiantou nada fazer isso comigo. Você quase morre. Você quase perdeu a vida. Hoje não era pra você estar aqui não. Ele sabe tudo o que aconteceu porque eu falei a verdade pra ele. Então eu falei pra ele: de agora pra frente tome cuidado porque tá todo mundo de olho em você, entre aspas, e seja o que Deus quiser meu filho. Então... foi isso.”

Caso 8: J.L.S., 19 anos

O jovem foi alvejado por tiros de arma de fogo quando tentava cometer furto em uma residência. Durante a fuga, encontrou uma festa e pediu ajuda. As pessoas que o atenderam notificaram à polícia, que o encaminhou para o hospital.

Admitido no HUM pela madrugada, apresentava lesões por arma de fogo em região glútea. Foi imediatamente atendido, onde passou por uma cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal. Teve alta hospitalar usando bolsa de colostomia.

No prontuário hospitalar, consta que o paciente deu entrada no PS/HUM às cinco horas da manhã com lesão por arma de fogo em quadrante súpero-lateral da nádega direita. História de que foi assaltar uma residência e levou o tiro. Ao toque retal havia presença de sangue. Feito laparotomia exploradora, encontrada lesão

transfixante lesionando o reto há mais ou menos cinco centímetros da borda anal. Realizada rafia da lesão, com colostomia em sigmóide.

Em seguida, foi internado na unidade de Clínica Cirúrgica do HUM, onde recebeu tratamento com antibioticoterapia, anticoagulante, analgésico e protetor gástrico. Evoluiu bem, sem nenhuma intercorrência. Recebeu alta hospitalar com colostomia funcionante e agendamento para retorno no Ambulatório de Clínica Cirúrgica do HUM.

Após três meses, foi internado novamente para cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal, obtendo alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório.

O caso foi notificado no Centro de Controle de Intoxicações, através do Projeto de Busca Ativa no Hospital Universitário na ocasião da internação para reconstrução do trânsito intestinal, tendo como agente tóxico bebida alcoólica.

A visita a essa família foi marcada por telefone, através do contato com o próprio jovem, que informou que os melhores dias para encontrar sua família eram em finais de semana, pois o pai e a mãe trabalham fora.

No dia da visita, estava reunida na residência toda a família: o pai, mãe, o jovem em estudo e uma irmã. A mãe foi a principal entrevistada, uma senhora de 37 anos de idade, casada, diarista, estudando em um programa de educação para adultos (CEBEJA).

Moram em casa própria com quatro cômodos, sendo 2 quartos. Pai e mãe trabalham e estimam uma renda mensal de três salários mínimos. Os serviços de saúde utilizados pela família são do SUS. Desenvolvem as seguintes atividades de lazer em família: almoço em final de semana, viagem à praia e programas de televisão.

Conhecem vários serviços de mútua ajuda, como: “amor exigente” e outros locais de internação em outras cidades. Procuraram até meios de internar o jovem na Feben. Em todos os serviços encontraram dificuldade, pois esses serviços só internam o jovem se o mesmo aceitar.

Essa mãe relata que sempre precisou trabalhar pensando em dar o máximo de conforto, “dentro das possibilidades”, aos filhos. Quando esses eram pequenos, ficavam nas creches enquanto ela trabalhava. Porém, na idade em que eles mais precisavam de um local seguro para ficar necessitaram ficar sozinhos em casa. Desta forma, o menino mais velho foi adquirindo mais liberdade e aos poucos começou a sair sozinho.

Aos catorze anos já chegava em casa muito alegre e quando questionado, respondia que havia tomado cerveja. Posteriormente, descobriu-se que ele usava maconha e aplicava colírio nos olhos para disfarçar. Ao ser chamado atenção ficava muito irritado, e chegou a passar quarenta e cinco dias fora de casa. Os pais saíam para procurá-lo nos locais mais obscuros que imaginavam e prestavam atenção nos mendigos para identificar o filho. Este não possuía roupas e nem calçados, porque tudo era trocado por drogas. Usou vários tipos de drogas de abuso e foi “preso” muitas vezes por vários delitos.

Em certo dia, um amigo da família assistiu na televisão ao relato de um acidente envolvendo um rapaz que fora atingido por uma arma de fogo quando tentava “entrar num quintal para roubar”. Esse amigo identificou o jovem e comunicou aos pais, que quando “conseguiram” encontrar o filho que “estava fora de casa há um mês”, “estava passando por uma cirurgia no Hospital Universitário”.

A saúde do jovem atualmente está boa. Alimenta-se bem, dorme cerca de oito horas no período noturno. Fumou e usou vários tipos de drogas de abuso – maconha, *crack*, cola, *thinner*, bebida alcoólica – durante cinco anos.

Para a mãe, o jovem começou a usar drogas porque procurou más companhias (amigos), e esta percebeu o início do uso quando o filho tinha catorze anos. Usava drogas todos os dias.

Essa mãe relata que teria passado a “pão e água” se soubesse que o fato de trabalhar fora fosse levar seu filho para o mundo das drogas. No período em que mais precisava de um lugar seguro para deixar seus filhos para trabalhar não encontrou ajuda. Julga que a juventude é a época mais difícil de uma pessoa e necessita de cuidado e vigilância constantes para um bom direcionamento.

Informou ainda que acredita ser muito complicado para qualquer tipo de serviço cuidar de uma pessoa depois que ela já está dependente de drogas; todos os serviços que procurou não deram resultado. Ao perguntar o que mudou na vida do filho e da família após a internação, a mãe relatou que como ele estudou apenas até a oitava série, hoje tem dificuldade de conseguir emprego, também devido às passagens pela polícia. Está na residência dos pais há três meses, sem uso de nenhuma droga. Passou a frequentar a igreja com a família e não retornou mais à vida que levava antes.

Caso 9: W.P.S.O., 14 anos

O jovem furtou cobre de uma obra civil em construção para vender e comprar drogas. Foi denunciado à polícia, que o levou para casa e pediu à mãe que o encaminhasse ao hospital. A mãe refere que o único sintoma que o menino apresentava era “medo dos policiais”.

Foi levado então para o HMM, onde permaneceu em tratamento com medicamentos por três dias, recebeu alta hospitalar com receita de medicamentos de uso contínuo e orientação para procurar o CAPSad.

Durante conversa com a psicóloga, confessou que não deseja parar de usar as drogas. No momento da alta, a avó referiu que não o queria em casa. Foi avisado o Conselho Tutelar.

No prontuário hospitalar consta que o jovem já esteve internado cinco vezes no ano de 2005 e três vezes no ano de 2006. Foi admitido na última internação apresentando agressividade, inquietude, ansiedade e transtorno de conduta. Foi contido no leito e avaliado pelas áreas de Psiquiatria e Psicologia.

Esse caso foi notificado ao CCI através do Projeto de Extensão “Toxicovigilância: busca ativa de casos em serviços de saúde”, tendo como agente tóxico cola, *crack* e maconha.

O contato com essa família se deu por telefone, na casa da avó do jovem; logo, esta pediu que falasse com a mãe do menino, que “era a responsável por ele”.

A mãe do jovem, 32 anos, estudou até a quinta série do ensino fundamental, é costureira e no momento estava desempregada.

A família é composta apenas por mãe e filho, que moram em residência alugada com quatro cômodos, tendo 2 quartos; é simples, pequena, de alvenaria, localizada em uma chácara na periferia da cidade. Estão sem nenhuma renda devido ao desemprego da mãe. Recebem cesta básica do Centro de Referência da Família. No momento da entrevista, o jovem não se encontrava em casa.

A mãe aparenta ser uma pessoa introvertida, de poucas palavras, profere frases curtas. Às vezes prefere dizer que “não sabe responder”. Quando indagada quanto à saúde do filho, mostra um parecer psiquiátrico por escrito no qual consta que o menino tem “personalidade psicopata, anti-social, comportamento de auto-agressão e hetero-agressividade, coeficiente intelectual elevado, não tem limites

pela psicopatia apresentada. Perversões sexuais inclusive com a mãe, potencial suicida e homicida”.

Quando a situação fica difícil de controlar, procura a emergência psiquiátrica “e, às vezes, solicita ordem judicial para internar o menino no “Sanatório”. Já ouviu falar em serviços de mútua ajuda como o “amor exigente”. Nunca procurou o CAPSad porque acha que “é freqüentado por pessoas que podem influenciar o filho negativamente”.

O jovem faz acompanhamento no Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá (CISAM) e já foi encaminhado para vários serviços de tratamento, que o dispensaram. Conforme um desses serviços, o jovem necessita de unidade socioeducativa, com terapia ocupacional, em local de supervisão constante.

Desde os seis anos de idade o jovem faz uso de Clorpromazina, Biperideno, Carbamazepina e Diazepan, com diagnóstico médico de transtorno mental. Sempre foi muito agitado, mas quando era pequeno era mais fácil de controlar. Quando começou a freqüentar a escola, a doença foi diagnosticada e passou a freqüentar escola especial. Durante dois anos a mãe freqüentou a escola, diariamente, com o filho. Com o passar do tempo, porém, nenhuma escola o aceitava mais. O menino era muito agressivo e “já mandou muitas crianças para o hospital”.

O menino se alimenta bem e tem compulsão por café. A mãe já o surpreendeu fumando drogas dentro de casa. Fuma há dois anos e diz para a mãe que “pára de fumar se ela parar também”. Não faz uso de bebida alcoólica durante as refeições.

A mãe não percebeu quando e o que levou o menino a usar drogas, “porque trabalhava o dia todo”. Ficou sabendo há dois anos. Segundo ela, o filho fica de quinze a vinte dias sem usar drogas e sem sintoma de abstinência, mas quando tem a droga começa a utilizá-la “pela manhã e usa enquanto tiver”.

Essa mãe olha para a rua e comenta que “a todo o momento” aguarda que policiais “tragam” seu filho após alguma atrocidade, o que é habitual. Não responderia a uma pergunta para gravação. Era perceptível uma grande dificuldade para ela falar sobre o assunto; portanto, não lhe foi solicitado responder à questão que seria gravada.

Caso 10: H.T.M.

Conforme o prontuário hospitalar, o jovem foi admitido no PS/HUM com história de ter feito uso de alucinógeno (saia-branca). Apresentava hipertensão arterial e agitação psicomotora. Teve como diagnóstico intoxicação exógena.

Foi realizada lavagem gástrica como procedimento de descontaminação, e prescrita sedação endovenosa e expansão de volume com soro fisiológico. Em seguida foi encaminhado para serviço de terapia intensiva em hospital privado.

Foi requerida conduta do Centro de Controle de Intoxicações que notificou o caso tendo como agente tóxico saia branca (planta alucinógena) por via oral e como local de ocorrência a própria residência.

Os sintomas relacionados à intoxicação foram vômito, agitação e alucinação, hipertensão arterial e tremores. De acordo com a evolução descrita, o paciente fora levado ao hospital pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A seguir, o paciente apresentou depressão respiratória e foi realizada intubação orotraqueal. Apresentou ainda taquicardia, hipertermia e relaxamento esfínteriano.

Após transferência para unidade de terapia intensiva, os sinais vitais do paciente foram estabilizados. Fez um pneumotórax traumático, que foi drenado. Após doze horas, o paciente foi extubado.

Em três dias, recebeu alta da unidade de terapia intensiva. Após avaliação da Psiquiatria e orientação de conduta ambulatorial a psicólogo, recebeu alta hospitalar no sexto dia de internação.

Ao ser contatada por telefone, a mãe do jovem se mostrou desconfiada e informou que consultaria o marido a respeito do assunto.

Quando foi novamente contatada para o retorno da proposta da visita à família, essa mãe informou que não gostaria de receber a visita, justificando que não gostaria de reviver a situação. O marido também não queria falar sobre o assunto porque queria esquecê-lo.

Sobre o que mudou na vida do jovem e da família, essa mãe relatou que emagreceu muito e a ocorrência causou muito sofrimento para a família, porque “quase perderam um filho”. Entendem que houve um acidente com o filho que, devido ao curso que frequenta na graduação, resolveu fazer experimento com chá da planta (saia-branca) e acabou se intoxicando. É uma pessoa muito equilibrada

que pratica e leciona ioga. O filho é dedicado aos estudos e tem comportamento de liderança entre os jovens.

4.3 Semelhanças e Diferenças

Trabalhando com as características e os contextos de vida dos casos e das famílias, foi possível constatar elementos comuns e divergentes quanto à relação jovem/droga de abuso e as conseqüências, ao tipo de família, condições socioeconômicas, modalidade de assistência à saúde, relações familiares e sociais, convivência com drogas de abuso na família, influência das drogas no cotidiano familiar e a responsabilidade e os limites impostos pela família.

- Relação Jovem/Droga de Abuso

Foram verificados elementos comuns entre os jovens em estudo em relação ao uso de drogas: a iniciação precoce ao uso de drogas; o uso associado e concomitante de várias drogas de abuso; a evasão escolar e expulsão da escola; a gravidez precoce e o elevado número de filhos para idade; as “fugas” constantes do lar e a falta de laços de união nas famílias e a violência como fator desencadeante do evento sentinela.

- Tipo de Família

O sentido de família que é introjetado pelos indivíduos como família real independe de qualquer norma ou critério legal que a caracteriza. O significado de família ultrapassa os laços sanguíneos e se sustenta em uma relação de união, de afeto de solidariedade e intimidade partilhada (CALDEIRA, 1999; LEONARD, 1989).

Cinco famílias eram do tipo ampliado, isto é, havia presença de filha casada, netos e avós morando na mesma residência.

Em seis famílias, o chefe era o pai. Em uma família, embora houvesse a figura do pai na residência, o chefe real era representado pela mãe, pois o pai era alcoolista e com dificuldade para manter o emprego.

O modelo cultural brasileiro e a cultura ocidental em geral estabelecem que o chefe do grupo doméstico é o marido-pai. Essa chefia se deve ao fato deste

pertencer ao sexo masculino, e a sociedade espera que ele sustente a família. No entanto, a chefia da família está ligada ao papel econômico. Assim, apesar de possuírem esse modelo ideal de família que se espelha nas classes dominantes, foi criado um modelo adaptativo para fins de sobrevivência (MARCON, 2002; LEONARD, 1989).

- Condições Socioeconômicas

Em apenas uma família (Família I), a moradia foi considerada como ótima: um apartamento no bairro central da cidade, com oito cômodos. O jovem dessa família teve acesso à droga devido a um experimento “acadêmico” que realizava, diferenciando-se dos demais. Nas demais famílias, a moradia foi considerada como boa: casa própria, de alvenaria, a partir de 5 cômodos e regular: casa alugada e pequena. Nessas famílias havia o envolvimento do jovem com tráfico de drogas, porte de armas de fogo, uso de drogas de abuso dentro do próprio domicílio, entre outros.

Já a renda familiar, conforme as informações, é mais limitada. Em seis famílias variou de 1 e ½ a 4 salários mínimos. A família H informou estar sem renda no momento. A mãe relatou que além de não poder contar com ninguém para auxiliá-la para cuidar do filho doente, não consegue manter seu emprego porque o filho sempre demanda sua atenção, prejudicando sua assiduidade no trabalho.

- Modalidade de Assistência à Saúde

Todas as famílias, mesmo aquelas que utilizavam outros planos de saúde, utilizavam o SUS para assistência aos dependentes com idade superior a 18 anos.

Em Maringá, a rede assistencial do SUS para assistência a usuários de drogas de abuso compreende os centros de tratamento, os Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), os CAPSad e outros serviços de residência terapêuticos. No entanto, a maioria das famílias desconheciam esses serviços, utilizando apenas os serviços de atenção às urgências em saúde e psiquiátricas e os hospitais psiquiátricos.

Apenas duas famílias referiram não conhecer nenhum tipo de serviço de mútua ajuda. Esse dado aponta para a importância do atendimento fornecido pelas

ONGs, instituições sociais e religiosas como complemento à rede assistencial do SUS.

- Relações Familiares e Sociais

A presença dos familiares durante a entrevista, que poderia significar união e apoio familiar ao jovem, aconteceu em três das famílias, em que participaram vários membros: pai, mãe, irmãos e avó.

Em cinco famílias foi possível observar o afeto – sentir-se amado, conforme Caldeira (1999) – entre os familiares, que em uma delas era referido como uma relação “muito boa” entre eles, e que o jovem era “a alegria do lar”.

Nas demais, houve relato de roubo na própria residência para aquisição de drogas pelos jovens, detenção judicial, falta de interesse do jovem pelos próprios filhos, a não aceitação da situação do jovem – nesse caso, a mãe refere que procura “ordem judicial para internar o jovem no Sanatório, pois não pode contar com a ajuda de ninguém, nem mesmo de sua mãe (a avó do jovem)”.

Foram observadas, ainda, várias situações que geravam conflito nas famílias, tais como pai e filhos usuários de drogas de abuso, que foi descrito pela mãe como um “pé de guerra”; filho que portava arma de fogo dentro da residência, tido pela família como “bandido”, cuja mãe relatava que tinha medo de estar com ele; jovem que, aos 23 anos, já tinha cinco filhos e estava envolvida com tráfico de drogas; filho tido como um fardo para a mãe.

Em relação ao lazer das famílias, quatro delas informaram que não realizavam nenhuma atividade de lazer. Percebeu-se que as pessoas não têm motivo para se “alegrar” devido à situação de decepção e sofrimento instalada no ambiente familiar, causada pelo jovem usuário de drogas de abuso.

Considerando auto-estima como a capacidade de amar a si mesmo demonstrada pelas relações intra e extra familiar (CALDEIRA, 1999), cinco famílias pareciam ter boa auto-estima. Verificou-se que essas são as mesmas que relatam ter atividades de lazer em família.

- Convivência com Drogas de Abuso na Família

As drogas de abuso eram utilizadas por outros membros em quatro famílias. Em uma família (Família A), todos os membros faziam uso de bebida alcoólica “socialmente”; em duas famílias (Famílias F e H), as mães eram fumantes; em uma família (Família B) o pai era alcoolista e os três filhos eram usuários de *crack* e maconha.

Entre os dez jovens que fizeram parte do estudo, oito eram também fumantes, em uma faixa etária de iniciação que variava de 10 a 15 anos, com tempo médio de uso de 6,6 anos. O período de iniciação do tabagismo é próximo ao período de iniciação do uso das demais drogas.

- Influência das Drogas

Apenas uma família referiu não ter situações de conflito com os amigos do jovem ou no bairro onde mora. As demais famílias referiram que as companhias dos jovens é que desencadearam o uso de drogas.

No tocante ao trabalho, há relatos em três famílias (Famílias A, C e E) que o jovem não consegue manter o emprego por muito tempo devido ao uso de drogas, e em duas famílias (Famílias B e G) eles “nem conseguem emprego”. Em outra (Família D), o “trabalho” da jovem está relacionado com o tráfico de drogas.

Algumas famílias reportaram situações de discriminação na vida dos jovens, como um dos jovens, por ser filho adotivo, sofreu humilhação assim que começou a freqüentar a escola, e em sua casa parece que não é considerado um membro da família quando a mãe assevera que “na sua família isto nunca aconteceu”; alguns jovens, por terem muitas “passagens pela polícia”, não conseguem emprego e não são aceitos entre as pessoas consideradas “positivas”; outro jovem, por ser portador de doença mental, não conseguiu permanecer na escola e não é aceito pela avó.

- A Responsabilidade e os Limites

A família, na visão de Schenker e Minayo (2005), é instituidora das relações primárias e influencia a forma como o jovem reage frente a uma nova situação. A relação familiar é o fator mais relevante a ser considerado, mas de forma combinada com outros fatores, para despontar o comportamento dos jovens.

Em cinco famílias não há aceitação do uso de drogas de abuso pelos jovens. Não permitem o uso na residência, não concordam com o envolvimento do jovem com as drogas e buscam ajuda para sua recuperação.

As famílias A, B, C e H pareceram aceitar a convivência com as drogas de abuso a partir das seguintes constatações:

A família A considera que o jovem “bebe socialmente” em festas ou ‘baladas’. Não é alcoolista, porque faz uso esporádico de bebida alcoólica. Não o consideram usuário de droga de abuso.

Na família B, a entrevistada convive com o problema há algum tempo – o marido é alcoolista, o filho mais velho já esteve preso e internado por envolvimento com drogas e a filha já faz uso há muito tempo, e o filho caçula esteve no HMM internado por uso de drogas de abuso. Nesse caso, a aceitação tem um caráter de costume, resignação.

A família C avalia que esse é um problema sem solução; o jovem é “bandido” e “perigoso”. Também, nesse caso, aceitam a situação com fatalismo e atribuem o fato à personalidade do jovem.

A família H não tem expectativa para o futuro do jovem, sempre aguarda seu retorno, trazido pelos policiais, a qualquer momento. O transtorno mental do jovem, visto com doença incurável, delimitava um futuro incerto para a família.

No que se refere aos limites impostos aos filhos, entendido como não permitir que se envolvam com pessoas facilitadoras do uso de drogas, manter o jovem na escola, procurar saber o que está acontecendo na vida do jovem e demonstrar apoio e afeto adequadamente sem muita permissividade, apenas uma família demonstrou estar atenta (Família F).

Foram encontrados vários exemplos em que os jovens ultrapassavam os limites: filhas que moram na residência dos pais, que brigam entre si por causa de “seus filhos”; filho que foge do lar por muitos dias, deixando os pais sem informação de seu destino; filho tido como um caso sem esperança de recuperação, por não encontrar apoio e nem local adequado para o tratamento de sua doença – transtorno mental de déficit de atenção por hiperatividade (TDAH); situação em que a família se nega a falar do assunto ou considera que não existe nenhum problema.

5 CONCLUINDO A INVESTIGAÇÃO: ESTABELECENDO A CAUSA RAIZ

Pelas estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a dependência química está presente em 10% da população. Em Maringá, com 320 mil habitantes, o índice corresponde a cerca de 32 mil pessoas. Diante da enormidade do número, surge a pergunta inevitável: onde e como estão todas essas pessoas?

Daibert, 2006.

Seguindo a matriz de análise dos eventos sentinela, foi possível, a partir da técnica dos “por quês”, a aproximação das causas subjacentes e da causa iniciadora do evento.

Como fatores de risco do uso de drogas entendem-se aqueles que ocorrem antes do uso indevido de drogas e que estão associados, estatisticamente, a um aumento da probabilidade do abuso de drogas. São aqueles que poderão levar o indivíduo a colocar-se diante de agressões. Esse enfoque procura prevenir o uso indevido de drogas, eliminando, reduzindo ou mitigando esses fatores (INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO, 2006).

Schenker e Minayo (2005) postulam que a expressão fatores de risco é utilizada para designar condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem estar e o desempenho social.

Acrescentam ainda que não se pode pensar os fatores de risco de forma isolada, independente, fragmentada, pois a forma de adesão ao uso abusivo de drogas na juventude é complexa, com uma organização de diferentes fatores que variam e estão inter-relacionados (SCHENKER; MINAYO, 2005).

A análise do evento sentinela internação hospitalar combinada ao uso de drogas de abuso não pode ser desvinculada do contexto familiar devido à complexidade do evento e às dimensões sociais que determinam sua ocorrência. Para a análise desse fenômeno complexo, buscou-se responder à célebre frase de Rutstein et al. (1976): *Why did it happen?*

Os resultados da análise serão apresentados em três momentos: (1) primeira aproximação ou fatores de risco para a iniciação do uso de drogas de abuso; (2) segunda aproximação ou fatores contributivos para a continuidade do uso de drogas de abuso; e (3) terceira aproximação ou a determinação sobre as áreas e setores envolvidos na ocorrência do evento sentinela.

5.1 Primeira Aproximação: Por que Estes Jovens Usaram Drogas de Abuso?

Com essa pergunta objetivou-se compreender a iniciação do uso de drogas pelos jovens, tendo como respondentes a família e a própria investigadora, por meio da análise do roteiro de investigação e da categorização das informações segundo a literatura pertinente.

Schenker e Minayo (2005) apontam os fatores de risco para o uso de drogas de abuso relacionados com diferentes contextos sociais, como a família, os pares, a escola, a comunidade de convivência e a mídia.

Caldeira (1999) considera o grupo familiar como a instância na qual se desenvolvem as primeiras relações do indivíduo e que o uso de drogas se estabelece a partir das dinâmicas das relações entre sujeito, droga e contexto, sendo possível pensar o fenômeno do uso de drogas como ligado às experiências vividas na família.

Pereira (2001) assinala que os fatores de risco desencadeadores do uso de drogas de abuso podem estar relacionados ao ambiente familiar e ao convívio social. Identifica também a falta de informação sobre o tema, a dificuldade de inserção no ambiente familiar e no trabalho, a insatisfação com a qualidade de vida, os problemas de saúde e a facilidade de acesso às drogas de abuso.

No presente estudo, foi possível observar que a visão das famílias para a iniciação ao uso de drogas pelos jovens pode ser muitas vezes atribuída a um fator singular ou até passar despercebida. A exposição dos jovens a determinados fatores combinados, que poderiam contribuir para o uso de drogas de abuso, não é reconhecida pelas famílias.

As famílias dos jovens investigados indicaram vários fatores de risco para o início do uso de drogas de abuso, relacionados ao contexto familiar, aos grupos de pares (amigos), à escola, à discriminação social e à falta de serviços específicos de saúde. Três famílias associaram dois desses fatores como desencadeantes do uso de drogas de abuso.

O contexto familiar como fator desencadeante para o uso de drogas foi citado por duas famílias (Famílias B e G). Apontam como principal motivo a desestrutura familiar, ocasionada pelo uso de drogas por outros membros da família, violência doméstica e a ausência da mãe no domicílio devido ao trabalho no período de pré-adolescência dos filhos.

Martim e Ângelo (1999), em estudo com mães de uma comunidade de baixa renda, encontraram que as mães que trabalham fora conseguem cuidar e supervisionar seus filhos até a pré-adolescência. A partir desse período, como verificado nas famílias desta pesquisa, esperam que eles sejam responsáveis e fazem poucas tentativas de influenciá-los, e desta forma, também perdem o contato íntimo com eles.

Os amigos, referidos como “más companhias”, foram citados por quatro famílias (Famílias A, E, F e G). Os jovens são “acusados” de se envolverem com pessoas que os influenciaram a buscar novas experiências, incluindo o uso de drogas.

A supervalorização da influência dos pares pode decorrer de certa desresponsabilização e negação de problemas intrafamiliares e interinstitucionais, sobretudo por parte dos pais e dos educadores (SCHENKER; MINAYO, 2005).

A escola foi apontada por três famílias (Famílias C, F e I) como desencadeante do uso de drogas. Essas famílias referem que o primeiro contato com as drogas de abuso foi na escola ou “por causa da escola”. Relatam também a evasão escolar após o contato com as drogas.

A influência da escola na iniciação do jovem às drogas, ocorre de forma indireta, pois é o local que reúne muitos amigos em uma fase na qual a contestação e a exposição ao perigo se tornam extremamente atraentes. Os jovens perdem o interesse em estudar no momento em que começam a envolver-se com grupos de amigos na escola. Sofrem pressão para poder pertencer a determinado grupo, valorizado pelas compensações imediatas (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1999).

Em um dos casos (Família C), percebeu-se a discriminação da própria família e da comunidade na qual o jovem vivia, atribuído ao fato de ser “adotivo”. Nesse caso, a mãe afirmava que “na sua família isso nunca tinha acontecido”. Esse jovem teve vários episódios de *bullying* na escola em que freqüentou as séries iniciais, não havendo intervenção da escola ou da família para a diminuição dos “ataques”.

O *bullying* na escola é definido como um ato agressivo intencional e repetido, provocado por um ou mais estudantes contra outro, causando dor e angústia, executado dentro de uma relação desigual de poder, seja por idade, desenvolvimento físico, seja por relações com o grupo. São atos como empurrar, bater, colocar apelidos ofensivos, fazer gestos ameaçadores, humilhar, rejeitar e até mesmo ameaçar sexualmente (FOLHA ON LINE, 2006).

Uma família expôs que a falta de serviços de saúde adequados para o tratamento do filho, portador de doença mental, foi que desencadeou nele o uso das drogas. Apesar de o texto da Lei da Reforma Psiquiátrica garantir aos usuários de serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência e a sua integralidade, para essa família parece que essa diretriz não está sendo cumprida (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b).

Na perspectiva da investigadora, os fatores de risco tomam uma dimensão mais ampliada porque a investigação dirigida para a trajetória da ocorrência do evento possibilitou a identificação de vários fatores associados ou causas subjacentes. Na seqüência, será apresentada a associação desses fatores, que formariam um complexo desencadeador importante para o uso abusivo da droga, além dos já mencionados pelas famílias.

Família A: consumo de bebida alcoólica por toda a família, definido como “utilizado socialmente”; início precoce do uso de tabaco e bebida alcoólica pelo jovem com anuência dos pais; expulsão do jovem da escola.

Família B: violência doméstica; arranjo familiar inadequado pelo constante desemprego do pai; uso de drogas por outros membros da família; “homossexualidade” de membro da família, ocasionando *bullying*; início precoce do uso de tabaco pelos jovens, A.M.L.F. aos 12 e R.L.F. aos 10 anos de idade; acesso às drogas na escola e no ambiente familiar; e envolvimento com grupos de amigos que usavam drogas de abuso.

Família C: discriminação social (filho adotivo) pela própria família e pela comunidade; pares que aceitam e utilizam drogas; uso de tabaco pelo jovem aos 10 anos de idade; dificuldades da família em estabelecer limites aos comportamentos infantis e juvenis; tendência à superproteção da mãe.

Família D: “fugas” precoces de casa; envolvimento com traficantes de drogas, somado ao abandono da escola; início do uso de tabaco aos 15 anos de idade.

Família E: saída prematura do lar por “fuga” com namorado; início do uso de tabaco aos 14 anos de idade; e envolvimento com grupos de amigos que usavam drogas de abuso.

Família F: arranjo familiar tipo mãe e filhos; envolvimento do jovem com amigos considerados “más companhias” pela família; a escola se esquivou da responsabilidade de investigar a ocorrência quando havia suspeita de ter ocorrido em suas dependências.

Família G: falta de local adequado para o jovem enquanto os pais trabalhavam; início do uso de tabaco aos 14 anos de idade; afastamento dos pais e aproximação de colegas e amigos, fazendo uso da "liberdade" conquistada de forma plena.

Família H: arranjo familiar tipo mãe e filho; ausência de apoio de saúde e assistência social; mãe como a única provedora do lar; expulsão da escola que freqüentava devido a sua agressividade; início do uso de tabaco aos 12 anos de idade.

Família I: conotação de uso da droga como "um experimento acadêmico"; preocupação da família em amenizar as falhas do jovem.

5.2 Segunda Aproximação: Por que os Jovens Continuaram a Usar Drogas de Abuso

Na continuidade da análise, com essa pergunta objetivou-se compreender por que os jovens continuaram a usar drogas de abuso; novamente, na ótica da família e da investigadora, tendo como base as histórias contidas no roteiro de investigação e a codificação das informações.

O referencial foi o documento recente do Ministério da Saúde, voltado para a construção de políticas de prevenção, tratamento e de reinserção social frente ao consumo de álcool e outras drogas, construindo a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas por meio da interface de programas do Ministério da Saúde com outros Ministérios e com setores da sociedade civil organizada (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b).

De acordo com a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, é a rede de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, apoiando-se mutuamente, que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b).

Estabelece também que reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, "exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para desenhar

e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades” (BRASIL. Ministério da Saúde 2004b, p.8).

Bezerra e Linhares (1999) discutem a gravidade dos problemas que o uso de drogas acarreta ao jovem e à família, por alguns fatores sociais e culturais como: a banalização do uso de drogas por vários segmentos sociais, a ambigüidade social que criminaliza algumas drogas e legaliza outras, argumentos sociais que deslocam essa questão complexa das drogas somente para a área da saúde física e a área jurídica em detrimento dos aspectos afetivos e emocionais entre os membros da família, informações e posições contraditórias entre os profissionais sobre o uso de drogas.

Nessa aproximação, foram observadas famílias que negam a situação da continuidade do uso de drogas (Famílias A, F e I), famílias que se acostumam com o problema (Família B), famílias que negligenciam o problema (Família C e D), famílias que sentem falta de apoio dos serviços de saúde (Família E e H) e famílias que sentem falta de políticas de atendimento ao jovem na fase da adolescência (Família G).

Entre as famílias que negam a situação de continuidade do uso de drogas, uma delas avalia que o jovem não é usuário de drogas de abuso (Família A) e duas famílias relatam que houve apenas um incidente de uso de drogas pelo jovem e não consideram esse incidente como iniciação ao uso da droga de abuso (Famílias F e I). Todavia, algumas famílias que convivem com usuários de drogas de abuso há muito tempo estão desanimadas em procurar meios para reverter a situação.

A família que reclama de dificuldades de acesso a serviços de saúde para o jovem já não tem nenhuma esperança em recuperá-lo ou mantê-lo em condições dignas de vida. Essa família, no entanto, aponta o hospital psiquiátrico como “válvula de escape” para os momentos de crise do jovem, demonstrando desconhecimento dos serviços da rede assistencial do SUS e baixa utilização de serviços de mútua ajuda.

Já a família que referiu que na época em que o jovem mais precisou de atenção para sua formação adequada e foi deixado no lar sozinho com liberdade para tomar as decisões do cotidiano argumenta que escolas complementares ou “creches para adolescentes” evitariam o envolvimento do jovem com as drogas.

Na ótica da investigadora, a continuidade do uso de drogas ocorre, também, por meio de combinação de fatores que favorecem a situação, como os descritos a seguir.

A escola excluiu quando deveria cumprir seu papel na educação do jovem, explorando suas potencialidades e suas dificuldades. Como exemplo, um jovem foi expulso da escola porque “atrapalhava os outros”; uma jovem, que nunca havia reprovado, deixou de freqüentá-la e não houve nenhuma preocupação da escola em resgatá-la.

Uma das primeiras conseqüências do uso de drogas durante a adolescência, é a queda do rendimento escolar. Os jovens deixam de freqüentar as aulas e começam a apresentar notas ruins, e na rede pública a evasão dos alunos usuários de drogas é maior porque não há empenho em preservar alunos-problema nem ajudá-los em sua recuperação (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1999).

A escola parece não estar atenta ao fato de que também é responsável pelo desenvolvimento dos jovens, inclusive o desenvolvimento social.

A falta de modelo assistencial ou de proteção governamental aos jovens que têm seus pais trabalhando fora de casa e a fragilidade das famílias de baixa renda em enfrentar essa situação também são indicadores para a continuidade do uso de drogas.

No debate atual acerca das implicações sociais e políticas da reestruturação do Estado brasileiro, pouca atenção se tem dispensado ao fato de que são as famílias, e em particular, os seus membros adultos que carregam o maior ônus das demandas de seus dependentes. Com tamanho cada vez menor, mas com os dependentes “dependendo” cada vez mais, com poucos adultos trabalhando e em condições precárias, torna-se fundamental identificar o real papel de proteção social que as famílias sempre representaram, bem como suas dificuldades no cumprimento dessas tarefas (GOLDANI, 2002).

Os serviços de tratamento e reinserção social para usuários de drogas de abuso parecem inadequados. A diversidade de problemas causada pelo consumo de drogas de seus usuários não forma um todo harmônico. O tratamento dos usuários de drogas, em conformidade com Silva et al. (2006), acontece ainda em instituições psiquiátricas que não suprem adequadamente às necessidades dos pacientes pelas próprias características que detêm enquanto instituição total.

A assistência psiquiátrica no Brasil foi reestruturada, tendo como premissa fundamental a ampliação da rede ambulatorial do SUS e outros recursos importantes entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar, os quais devem se dar “na ênfase na reabilitação e reinserção social de seus usuários e na lógica da redução de danos” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b, p. 24).

Silva et al. (2006) ponderam que não há ainda quantidade suficiente de recursos comunitários que dêem conta da demanda da população por assistência, ainda que essa seja, oficialmente, proposta pelo Ministério da Saúde.

As famílias estudadas também não possuem estrutura para o enfrentamento do problema. Falta conhecimento suficiente sobre drogas e suas implicações para compreender e lidar satisfatoriamente com o problema. Existem dificuldades de estabelecer limites aos comportamentos infantis e juvenis e tendência à superproteção. Alguns familiares não têm conhecimento suficiente para compreender a necessidade da participação no processo terapêutico.

Outra situação observada foi a falta de assistência e comunicação social adequadas para o suprimento de uma necessidade considerada especial. As famílias desconhecem a rede assistencial do SUS nessa área. Há carência de acesso a esses serviços, nos quais os usuários de drogas de abuso e sua família estariam recebendo alternativas de tratamento e reinserção social, como a possibilidade de freqüentar ambulatórios, comunidades terapêuticas e hospital-dia.

Quanto às “más companhias”, bastante citadas pelas famílias, estas evoluíram para o envolvimento com o tráfico de drogas, gerando a “dívida de droga” do jovem, que não consegue se desvincular dessa “comunidade”. Para saldar dívidas, os jovens “vendem” seus próprios vestuários, seus “corpos” e “roubam” a própria família, como constatado em quatro casos investigados (Casos 2, 3, 4, e 7).

A partir do envolvimento com o tráfico de drogas, o dinheiro se faz necessário. Para “levantar dinheiro”, a alternativa que o jovem encontra é o furto, levando-o cada vez mais ao abismo, porque ao ser denunciado ou flagrado é preso e “fichado” na polícia. Um dos jovens, ao tentar entrar em quintal alheio para roubar, foi alvejado com tiros, levando-o à internação hospitalar, intervenção cirúrgica e seqüelas temporárias (Caso 7).

A iniciação precoce da vida sexual, o uso precoce de drogas de abuso lícitas, a gravidez na adolescência e a “venda do corpo” para a aquisição da droga permearam a maioria dos casos investigados nesta pesquisa.

Estudos demográficos apontam para a crescente tendência de redução da faixa etária de início de vida sexual (em torno de 13 anos), refletida em altos índices de gravidez na adolescência, o que coincide com um início igualmente precoce do uso de bebidas alcoólicas. Pesquisa realizada na periferia de Caruaru (PE) verificou os mesmos dados, quanto ao início de consumo de bebidas alcoólicas, entre 13 e 17 anos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b).

A relação entre o uso de *crack* e o desenvolvimento de comportamento de risco para a infecção de DST/HIV/AIDS referem que a idade da primeira experiência sexual ocorreu antes dos 15 anos de idade. Essas mulheres iniciaram precocemente o uso de *crack*, geralmente por influência do companheiro, sendo que para algumas o *crack* foi a primeira droga psicotrópica utilizada. Citam o álcool e a maconha como substâncias de uso obrigatoriamente associado ao *crack* (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b).

Por outro lado, a relação direta entre hábito precoce de tabagismo e uso de álcool com o uso de drogas ilícitas é controversa. Alguns estudos sugerem que o cigarro e a bebida alcoólica funcionam como ponte para um progressivo envolvimento com drogas mais pesadas. Outros mostram que adolescentes que usam com frequência drogas mais leves (como maconha) não necessariamente usarão as mais pesadas (como cocaína). Especialistas sugerem uma relação de probabilidade e não de causalidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b; BEZERRA; LINHARES, 1999).

A tendência da situação desses jovens é agravar-se cada vez mais, tendo em seus “currículos” as experiências de usuários de drogas de abuso, “ladrões” e presidiários, sem contar os envolvimento com brigas e porte de armas, tornando pouco provável que eles sejam aceitos pela sociedade, a qual, por sua vez, os estigmatiza e fecha as portas ao emprego, à escola e à participação social. Em sete jovens investigados foi percebida a estigmatização social.

O estigma, de acordo com Mota (2005), representa a diferença, e também algo que se deve temer. No caso do usuário de drogas ilícitas, aplica-se com força total, aliviando a culpa da sociedade. Este autor postula ainda que o termo droga implica uma representação moral da substância, sendo esta automaticamente transferida a seus usuários devido à ilegalidade da substância que é projetada na personalidade do usuário.

A dificuldade desses jovens conseguirem emprego ocorre devido aos danos acarretados pela própria droga – ressaca, “fissura”, vício – ou danos sociais ocasionados pelo uso: “passagens” pela polícia, alta rotatividade de empregos, baixa escolaridade e qualificação profissional.

Os jovens da atualidade enfrentam muitas experiências quanto à educação, família, emprego e saúde, as quais se diferem consideravelmente das gerações anteriores, o que se deve ao efeito da globalização, dos avanços tecnológicos e do grande desenvolvimento econômico (NUGENT, 2006).

Ressalta-se que os jovens deste estudo não são oriundos de famílias muito pobres, não sendo excluídos socialmente. São provenientes de famílias que, embora tenham renda familiar limitada, conseguiram adquirir casa própria, ingressarem seus filhos na escola, têm alimentação básica regular e buscam viver com dignidade. No entanto, a escolaridade de seus membros, e principalmente a do jovem, é um determinante social relevante para a situação em que essas famílias se encontram. A evasão escolar e os anos perdidos de escolaridade colocam jovens e famílias na roda viva tráfico – prisão – exclusão social.

5.3 Terceira Aproximação: Onde houve Fracassos?

Como medida indireta da qualidade, a análise da tendência de eventos sentinela aproxima os serviços de saúde das inadequações mais localizadas, principalmente em relação aos fracassos (SCOCHI, 1996). Neste item, pretende-se apresentar fracassos na prevenção do agravo de drogas de abuso por jovens a partir de um fator negativo que deixou o sistema de saúde em alerta – a internação hospitalar desses jovens em unidades de urgência, na perspectiva da investigadora.

Para a síntese dos antecedentes e fatores de risco foi utilizado o item de conclusão do roteiro de investigação dos eventos sentinela, que aponta evidências ou indícios de desvios das normas de prevenção no domicílio ou contexto familiar, no trabalho, na escola e nos serviços de saúde, terminando com a determinação de falhas e de oportunidades.

Na investigação, procurou-se contribuir, nessa fase, para determinar aspectos das condições de vida e da assistência sócio-sanitária que esses jovens estão

recebendo, para que o processo fosse interrompido, ou seja, interromper a continuidade do uso de drogas de abuso que levou os jovens ao “abismo” na vida.

Foram utilizadas as referências de Shencker e Minayo (2005), Caldeira (1999) e Pereira (2001), os quais debatem a iniciação ao uso das drogas, e documentos do Ministério da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b, 2003), de Bezerra e Linhares (1999) e Rutstein et al. (1976) para a discussão da continuidade do uso de drogas.

Complementarmente, Magluta (1992) assinala que os agravos escolhidos como eventos sentinela podem ser evitados em três diferentes níveis: pela organização social, com o acesso adequado a bens e serviços essenciais para toda a população; pelas medidas voltadas a eliminar ou diminuir fatores de risco específicos; e pelo acesso e utilização adequada de assistência à saúde de boa qualidade.

Documento do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo apresenta alguns exemplos de fatores de risco:

Fatores legais: a falta de cumprimento de pressupostos legais, como por exemplo, os que proíbem a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, ou a existência de legislação pertinente e atualizada [...]; disponibilidade da droga: dependendo das leis e normas da sociedade, o seu uso pode estar associado à facilidade de acesso ao produto; fatores econômicos: pobreza ou alto poder aquisitivo; fatores comunitários: constantes mudanças de residência desorganizam a vida social do indivíduo; fatores familiares: hábitos e os conflitos que o jovem percebe a sua volta contribui para uma introdução à costumes e práticas sociais; os pais que tem por hábito o uso de drogas podem representar um comportamento tolerante ou indutor ao uso de drogas e perda dos vínculos familiares e do vínculo maternal; problemas de comportamento: precoces e persistentes distúrbios de conduta que se iniciam muito cedo e continuam durante a vida; problemas escolares: repetências, faltas, pouco compromisso com as atividades escolares; pressão de grupos: através do estímulo dos grupos iguais ou, em alguns casos, conduzido por um colega que já fez uso de drogas (INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO, 2006).

O reconhecimento dos fatores de risco e o conhecimento precoce de problemas advindos do uso de drogas de abuso reforçam a cadeia de intervenção, podendo evitar seu agravamento, o que foi observado nesta pesquisa.

No presente estudo, verificaram-se vários elementos comuns entre os jovens, como a iniciação precoce ao uso de drogas; o uso associado e concomitante de várias drogas de abuso; a evasão escolar e expulsão da escola; a gravidez precoce e o elevado número de filhos para a idade; as “fugas” constantes do lar; a falta de

laços de união nas famílias; e a violência como fator desencadeante do evento sentinela.

A renda familiar em seis famílias variou de 1 e ½ a 4 salários mínimos. Todas as famílias utilizavam o SUS para assistência à saúde. A maioria das famílias desconhecia os serviços da rede assistencial do SUS para assistência a usuários de drogas de abuso, utilizando apenas os serviços de atenção às urgências em saúde e urgências psiquiátricas e os hospitais psiquiátricos.

Foram constatadas, ainda, diversas situações que geravam conflito nas famílias; que as drogas de abuso eram utilizadas por outros membros em quatro famílias, porém cinco famílias pareciam ter boa auto-estima.

Entre os dez jovens que fizeram parte deste estudo, oito eram também fumantes, em uma faixa etária de iniciação que variava de 10 a 15 anos, com tempo médio de uso de 6,6 anos. O período de iniciação do tabagismo é próximo ao período de iniciação do uso das demais drogas de abuso.

Apenas uma família referiu não ter situações de conflito com os amigos do jovem ou no bairro onde mora. Em três famílias o jovem não consegue manter o emprego por muito tempo devido ao uso de drogas, e em duas famílias eles “nem conseguem emprego”. Em outra, o “trabalho” da jovem está relacionado com o tráfico de drogas.

Diante dessa caracterização, elaborou-se um modelo de síntese das causas subjacentes, codificadas por contexto familiar, cultura/estilo de vida, educação, religião, atenção à saúde, assistência social, economia, e segurança pública, apresentadas na Figura 3.

A análise de cada caso e a síntese dos dez casos parecem apontar que a visão restrita do problema ao contexto familiar ou às características individuais dos jovens é limitada. A maioria das causas subjacentes às causas proximais referidas pelas famílias relaciona-se à ausência ou à precariedade de políticas públicas.

Quanto ao contexto familiar, é importante reafirmar dois aspectos: o processo de uso abusivo de drogas não se instala de um dia para outro, é freqüentemente um sinal de uma dificuldade na relação familiar; e os pais não estão preparados para enfrentá-lo, sendo comum o uso de álcool e de tabaco nos integrantes das famílias.

Nesse caso, políticas públicas de apoio a famílias em risco psicossocial e de apoio para mudanças de hábitos e estilo de vida prejudiciais à saúde devem ser implementadas.

Como já referido neste trabalho, na maioria das famílias apenas um dos membros era praticante ou freqüentava a igreja esporadicamente, e nenhum dos jovens em estudo freqüentava alguma denominação religiosa. Esse fato pode contribuir para o desvio de conduta dos jovens, uma vez que a religião estaria contribuindo como coadjuvante na educação e estilo de vida proposto pela família. Todavia, a religiosidade deveria ter adesão de toda a família, de acordo com seus princípios de fé.

Quanto à religião, Dalgarrondo, Soldera e Silva (2004) indicam maior influência de uma religiosidade internalizada, com normas, valores e proibições ancoradas na subjetividade do jovem, dimensão esta possivelmente mais importante do que o simples freqüentar uma determinada denominação. Contudo, se aderir a uma denominação religiosa e envolver-se com padrões de religiosidade, adere-se a um conjunto de valores, símbolos, comportamentos e práticas sociais, enfim, adere-se a um amplo e complexo *ethos* religioso.

A religião está agindo de forma protetora ao uso de drogas na população de jovens. Presume-se que jovens praticantes de alguma religião pertencem a um grupo com valores e normas estabelecidos e compartilhados. Pertencer a uma religião em que há uma condenação mais explícita e clara do uso de drogas, como o protestantismo, está associado a um menor uso de substâncias, como, por exemplo, o álcool (SILVA et al., 2006).

A educação é vivenciada pelo jovem e sua família por meio da escola. A síntese dos dez casos aponta a escola como fator de risco pela influência de grupos, acesso facilitado às drogas e o *bullying*, e fator de proteção, pois a evasão escolar e a baixa escolaridade dos jovens foram determinantes na continuidade do uso de drogas.

Algumas medidas poderiam ser adotadas na escola como estratégia de prevenção, como: educação com treino de habilidades para lidar com o estresse, detecção precoce do uso de drogas, fornecimento de informação científica, programas de professores/tutores que seriam instruídos e treinados para detectar problemas dessa ordem e maior carga horária para as disciplinas que abordam o uso de drogas.

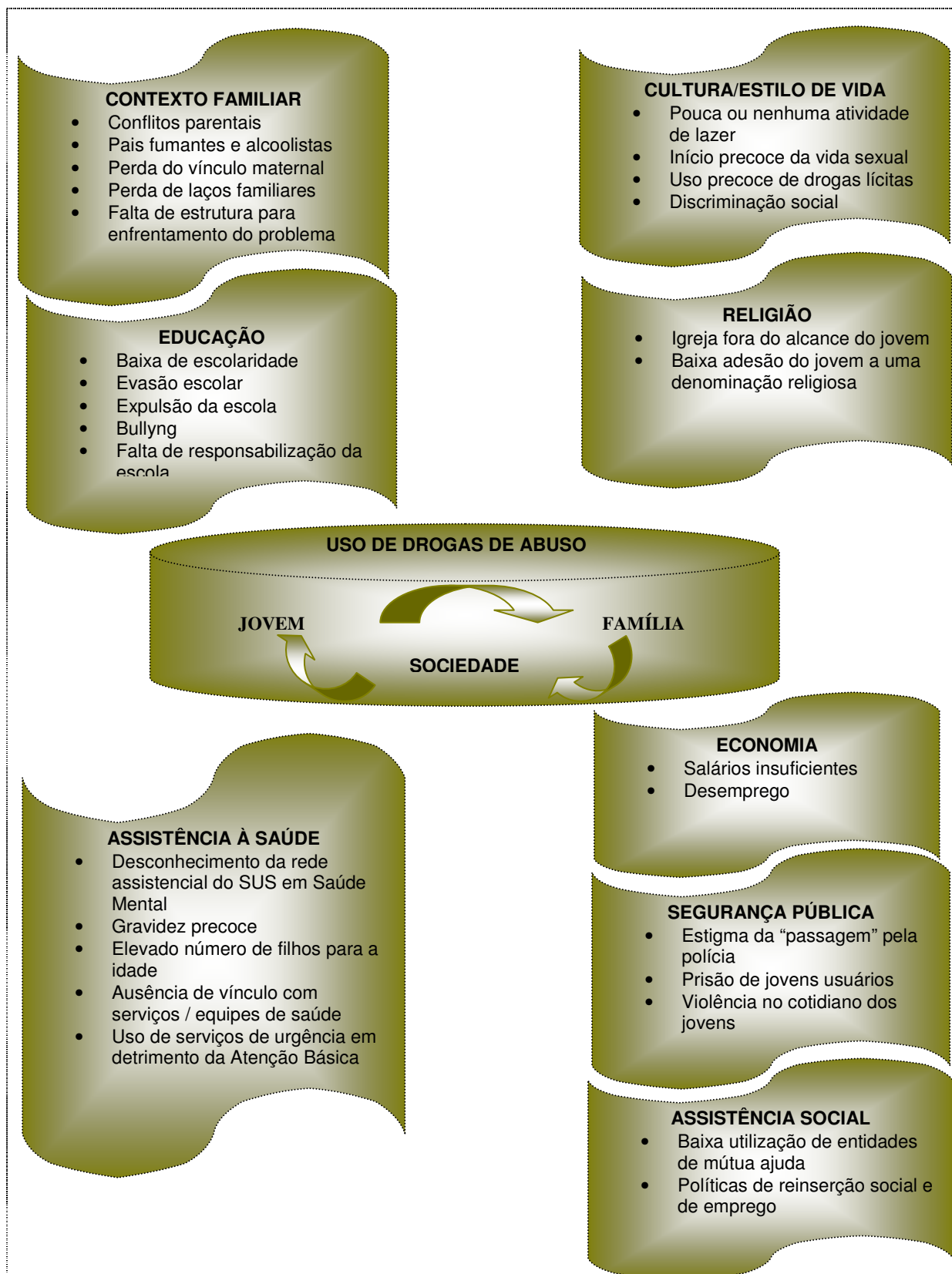


Figura 3: Causas subjacentes dos eventos sentinelas.

Fatores econômicos adversos, aliados a uma política insuficiente de assistência social, principalmente de apoio a famílias cujas mães de adolescentes trabalham em período integral fora do lar, e de falta de uma política de reinserção social e emprego para os jovens usuários de drogas também influenciam na iniciação ou na continuidade da ocorrência.

A prisão de jovens usuários que transportam a droga para sobreviver o vício muitas vezes ocasiona o estigma da “passagem” pela polícia, levando o jovem ao cotidiano da violência carcerária. Políticas de Segurança Pública inclusivas e de redução de oferta da droga voltada ao verdadeiro tráfico são necessárias.

Embora os serviços de saúde tenham impacto limitado na prevenção do uso de drogas de abuso, as famílias estudadas poderiam ser consideradas de alto risco epidemiológico no território em que habitavam e viviam, porém utilizavam os serviços de saúde de forma inadequada e nenhuma delas referiu vínculo com serviços ou equipes de saúde. A presença do Programa de Saúde da Família e do agente comunitário de saúde não foi percebida e citada em nenhum dos domicílios.

O índice de gravidez precoce e o número de filhos das jovens estudadas reafirmam a ausência do componente preventivo dos serviços de saúde nessas famílias, propiciando reflexão de que o acesso daqueles que mais precisam aos serviços de saúde é desigual e de baixa equidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Constituição Federal do Brasil, 1988, Art. 196.

A utilização do evento sentinela permitiu obter muitas informações a partir de um número reduzido de dados, possibilitando incluir questões que a princípio estariam descobertas pela análise tradicional e contribuir para a definição de prioridades para as ações preventivas do uso de drogas de abuso.

Para a escolha de um indicador que tenha como característica o evento sentinela, Gómez e Gómez (1989) postulam que este deve ter confiabilidade, sensibilidade e validade.

A seleção do indicador internação hospitalar como evento sentinela para monitorar os danos do uso de drogas de abuso na juventude mostrou-se adequada. Apresentou confiabilidade, expressa pelo fato de que possivelmente o resultado seria o mesmo se fosse medido por equipes de avaliação diferentes, e sensibilidade, porque foi capaz de apontar o impacto do uso de drogas de abuso nas famílias e na sociedade.

A seleção da internação hospitalar mostrou, ainda, validade, pois quando o jovem é internado por alguma intercorrência clínica ou cirúrgica e tem como diagnóstico associado o uso de droga de abuso é possível medir realmente o que se pretende medir: os antecedentes, os fatores de risco e as falhas na dinâmica social e familiar devido à gravidade dos casos.

A vigilância epidemiológica do uso de drogas de abuso é considerada como pouco influenciável pela intervenção dos serviços de saúde, visto que se relaciona a fatores mais diretamente ligados a outros aspectos sociais, proporciona uma nova abordagem na compreensão do fenômeno uso de drogas de abuso e pode servir como contraponto à avaliação de outros agravos mais susceptíveis à intervenção (SCOCHI, 1996).

Foram constatados elementos comuns e divergentes quanto à relação jovem/droga de abuso e suas conseqüências, tipo de família, condições socioeconômicas, modalidade de assistência à saúde, relações familiares e sociais,

convivência com drogas de abuso na família, influência das drogas no cotidiano familiar e a responsabilidade e os limites impostos pela família.

Em todas as famílias foi possível verificar inicialmente que havia antecedentes de risco para o uso de drogas de abuso na família, na escola, no meio social e na assistência à saúde.

Fatores de risco e proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades e em qualquer outro nível de convivência socioambiental. É importante frisar que tais fatores não se apresentam de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade e conseqüente variabilidade de influência. Ainda assim pode-se afirmar que o risco é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a qualidade de vida, apresentam saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de drogas, têm fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente (BRASIL. Ministério da Saúde 2004b).

A investigação epidemiológica ora apresentada foge aos padrões tradicionais, por seu caráter menos pragmático e sua abordagem mais qualitativa, e apontou fatores de risco em várias áreas, envolvendo respostas de diversas políticas públicas.

Foi possível, com a investigação dirigida para a trajetória da ocorrência do evento, identificar os pontos críticos do processo e da estrutura da atenção à saúde, além da possibilidade do fornecimento de visibilidade do processo, permitindo a crítica sobre o desempenho das políticas públicas.

A interface entre políticas de Educação, Segurança Pública, Assistência Social, Economia e Saúde, inadequadas e deficientes, parecem determinar a ocorrência do uso de drogas de abuso nos casos investigados.

Entretanto, a ausência de suporte social para a melhora das condições de vida do jovem usuário e suas famílias – suporte social aqui entendido como emprego, estabilidade do núcleo familiar e disponibilidade de rede de tratamento adequado – e a deficiência no acesso e vínculo aos serviços de saúde, pouco acessíveis àquelas pessoas que mais necessitam, agravam essa situação.

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação,

tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades (BRASIL. Ministério da Saúde 2004b).

Por fim, os enfermeiros, em sua relação com os jovens usuários de drogas de abuso e suas comunidades, podem melhorar o cuidado no que tange à prevenção do uso de drogas de abuso por meio da atenção aos fatores de risco relacionados. A proximidade com os jovens e seu ambiente permite que o enfermeiro tenha condições para identificar na comunidade os problemas relativos ao uso de drogas (PILON; VILAR LUIS, 2004).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. N. CARVALHO, E. M. S.; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Rev. Brás. Saúde matern. Infant**, Recife, v. 2, n.1, p. 7-14, jan. /abr., 2002.

ALMEIDA, I. M. Trajetória da análise de acidentes: o paradigma tradicional e os primórdios da ampliação da análise. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 58–76, jan./jun., 2006.

ANDRADE, T. Jovens usuários de drogas com e sob risco de HIV: lições de um programa de redução de danos. **Saber viver**, São Paulo, p. 45-46, jan., 2004.

BALLANI, T. S. L. **Internação hospitalar por acidentes toxicológicos como evento sentinela**: caracterização dos casos internados no período de janeiro a março, 2005, HUM. Estudo desenvolvido como avaliação em disciplina do curso de mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

BALLANI, T. S. L.; TIBÉRIO, B. A; PINI, J. S.; GLATS, A. M. FOLADOR, H. Compreendendo uma Família em Situação de Risco: acesso a medicamentos e tentativa de suicídio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, 2004. Suplemento.

BEZERRA, V. C.; LINHARES, A. C. B. A família, o adolescente e o uso de drogas. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

BRASIL. DATASUS. **Informações populacionais**: estimativa do número total de pessoas residentes no município de Maringá. (*on line*). 2005. (citado em 31 de maio de 2005), disponível em: www.maringa.pr.gov.br. Acesso em: 30 ago. 2005.

BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2004**. Comunicação Social, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 25 jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário – Projeto GERUS**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5. ed. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do multiplicador**: adolescente. Programa Nacional de DST e AIDS, Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de DST e AIDS/SVS. Adolescência e AIDS, experiências e reflexões sobre o tema. **Revista Saber viver**, jan., 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Os jovens no Brasil. **Grupo interministerial de juventude**. Brasília, 2004c.
BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas - Curso à Distância - SENAD-2004.

CALDEIRA, Z. F. **Droga, indivíduo e família**: um estudo de relações singulares. Dissertação(Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL CARVALHO, C.; GOUVEIRA, N. comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privadas da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 34 v. 6. p. 636-645, São Paulo, 2000.

CASTELOES, L. **Brasileiros são mais dependentes em álcool, tabaco e maconha**. 2002. Disponível em: <http://www.comciencia.br/> . Acesso em: 30ago. 2005.

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

CHAVES JUNIOR, E. O. Políticas de juventude: evolução histórica e definição. In: **Cadernos, juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

COLLI, A. S.; DELUQUE C. G. Adolescência. In: ALCÂNTARA P.; MARCONDES E. **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 1978. p. 175.

COSTA J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"? **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 144-146, 2006.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem diagnóstica e tratamento. São Paulo, 2003.

DAIBERT, J. Drogas lideram atendimentos. **Jornal O Diário do Norte do Paraná**, Maringá, 4 ago. 2006.

DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2004.

DWYER, T. **A study on safety and health management at work**: a multidimensional view from a developing country. In: FRICK, K.; JENSEN, P. L.; QUINLAN, M.; WILHAGEN, T. Systematic occupational health and safety management. Amsterdam: Pergamon, 2000. p.149-74.

FOLHA ON LINE. **Veja como enfrentar o bullying entre estudantes.** Disponível in: www.folha.com.br – acessado em 20/11/1006.

FONTES, E. M. A; LOBO, C. L. C; MOTTA, K. M. M. **Evento Sentinela: estratégia de gerenciamento do risco clínico.** Rio de Janeiro: Instituto estadual de Hematologia “Arthur de Siqueira Cavalcanti” HEMÓRIO. (Material Didático). Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/paghtml/EVA%20.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2006.

GAZE, R.; PEREZ, M. A. Vigilância Epidemiológica In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2002.

GOES, A. **Jovens chegam ao mercado de trabalho sem qualificação.** Folha de São Paulo, 12 de nov. 2006. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u112327.shtml>. Acesso em: 25 jun. 2006.

GOLDANI, A.M. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n.1, p. 29-48, jan./jun., 2002.

GOMEZ E GOMEZ, E. **Marco Conceitual y Consideraciones Metodologicas Preliminares para Desarrollo de un Protocolo de Invetigacion sobre Evaluacion de La Calidad de la Atencion em um Grupo de Países Americanos.** Washington, DC: OPAS, 1989.

HEALTH and SAFETY EXECUTIVE. **Root cause analysis.** Norwich: Her Mayesty’s Stationery Office, 2001.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO. **Fatores de risco e fatores de proteção.** IMESC/INFOdrogas1999-2003. Disponível in: <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/fatores.htm> Acesso em: 17 nov. 2006.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrência: sobrecarga familiar.** Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado em enfermagem psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto, 1997.

KOUABENAN, D. R. **Explication naïve de l' accident et prevention.** Paris: Presses Universitaires de France, 1999.

LEITE, M. C. Conversando sobre cocaína e crack. 1ª ed. Brasília. **Presidência da Republica, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas**, 1999.

LEONARD, B. Crescimento e desenvolvimento das famílias. In: ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989. p. 205.

LIVINGSTON, A. D.; JACKSON, G.; PRIESTLEY, K. **Root Causes Analysis: Using Root Cause Analysis to Handle Intrusion Detection Alarms.** Dissertação zur Erlangung des Grades eines Doktors der Naturwissenschaften der Universität Dortmund am Fachbereich Informatik, Dortmund, 2003.

LOIOLA, M. C. BARRETO, I. C. H., LIMA, C. A. S. Com a palavra os adolescentes: a percepção de um grupo de jovens sobre as drogas. **SANARE**, ano 3, n. 2, out./nov./dez., 2002.

MAGLUTA, C. **Identificação de mortes evitáveis em um hospital materno-infantil.** 204p. 1992. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1992.

MARCON, S. S. Criando os filios e construindo maneiras de cuidar. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: EDUEM, 2002.

MARQUES, F. Caminhos da prevenção: estudos de CEBRID ajudam a distinguir mito e realidade no panorama do uso de drogas no Brasil. **Pesquisa FAPESP**, jul., 2005.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, 1999.

MARTINS, C. B. de G.; ANDRADE, S. M. de. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 1998.

MOLINA, M. A. S. **Enfrentando o câncer em família.** 250 f. 2005. Dissertação (Mestrado)–Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2005.

MOTA, L. A. **Drogas e estigmas.** In: SEMANA DE HUMANIDADES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ , 2., 2005. Fortaleza. *Anais...*, 2005.

Disponível em:

<http://www.neip.info/downloads/textos%20novos/Texto%20Drogas%20e%20Estigmas%20-%20Leonardo%20Mota.pdf> . Acesso em: 20 jun. 2006.

NUGENT, R. Quiénes son los jóvenes in: L. Ashford, D. Clifton y T. Kaneda. **La juventud mundial 2006** (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2006).

O ESTADO DE SÃO PAULO. **Pesquisadora mostra a influência da família.** Especial Drogas, Caderno H11, 19 de setembro de 1999.

OGA, S. **Fundamentos de Toxicologia.** São Paulo: Atheneu, 1996.

OLIVEIRA, M. L. F. **Vulnerabilidade e cuidado na utilização de agrotóxicos por agricultores familiares**. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DA LA SALUD. **La salud del adolescente y el joven en las Américas**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1985. (Publicación Científica, 489).

PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto GERUS. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário - Projeto GERUS**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1995.

PEREIRA, S. M. Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: riscos e reflexos para a vida futura. In: (Org.). **Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher**. Brasília: ABEn, 2001. p. 112-120.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 676-682, jul. 2004.

PINHO, M. C. V. **Avaliação do programa de prevenção do câncer ginecológico em Londrina-PR**. 2005. 78 f Dissertação (Mestrado)-Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, 2005.

QUEIROZ, S. et al. Uso de drogas entre estudantes de uma escola de São Paulo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 176-182, 2001.

RIBEIRO, C. R. O. Ética e Pesquisa em Álcool e drogas: uma abordagem bioética. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, 2005. Disponível em: www.eerp.usp.br/resmad. Acesso em: 20 jul. 2006.

RUTSTEIN, D. D. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England Journal Med.**, n. 294, p. 582- 588, 1976.

SAMICO, I; HARTZ, Z. M. A; FELISBERTO, E; FRIAS, P. G. A sala de situação na Unidade de Saúde da Família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 61, 2002.

SILVA, L. V. E. R. *et al.* Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev. Saúde Pública**, 2006, vol.40, no.2, p.280-288.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n. 3, p. 707-717, jul./set. 2005.

SCOCHI, M. J. **Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada**. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Área de planejamento e administração em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1996.

SOUZA, D. P. O.; ARECO, K. N.; SILVEIRA FILHO, D. X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 585-592, 2005.

TAUIL, P. L. Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas. **IESUS**, v. 7, n. 2, p. 55-58, abr./jun., 1998.

TEIXEIRA, J. Atualidades do prontuário. **Notícias hospitalares**, p. 38-39, jan./ fev./ mar., 2005.

UCHÔA, P.R.Y.M. A pratica nacional antidrogas. Conselho Nacional Antidrogas. In: <http://www.comciencia.br/> , **SBPC/Labjor Brasil**, 2002.

VAILLANT, G.E. **A história natural do alcoolismo revisitada**. Porto alegre: Artmed; 1999. p. 69-70.

VOLPI, M. Adolescência como oportunidade. **Revista Saber viver**. Edição especial para profissionais da saúde, jan., 2004. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=27664. Acesso em: 20 jun. 2006.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe epidemiológico do SUS**, v. 5, n. 3, p. 87-107, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health Americas in the Pan American Sanitary Bureau**, Regional Office of th, 525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037,U.S.A.1998.

Anexo 2

PROJETO - Toxicovigilância: busca ativa em serviços de saúde

**COLETA DE DADOS PARA INTOXICAÇÕES POR DROGAS DE ABUSO NO
HOSPITAL MUNICIPAL DE MARINGÁ**

Nome: _____ Sexo:
Idade: _____ DN: ____/____/____ Telefone: _____
Endereço: _____
Agente da intoxicação: _____
Intoxicação: sim não
Local de internação: _____

ATENÇÃO: É constatado que o paciente não foi internado quando o impresso de liberação do paciente estiver destacado da ficha de atendimento.

Anexo 3
ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DO EVENTO SENTINELA

Data do evento sentinela ___/___/_____

Número _____

1 – DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Sexo: _____ DN: ___/___/_____ Escolaridade: _____

Endereço: _____ N°. _____

Telefone: _____ Bairro: _____

Estado civil: solteiro () casado () outro () viúvo

Nome da mãe ou responsável (se menor de 18 anos): _____

2 - DADOS DA FICHA DE OCORRÊNCIA TOXICOLÓGICA

Agente tóxico: _____

Via de exposição: _____

Zona / Local da ocorrência (ambiente): _____

Local de internação: _____ Duração _____

Sintomas da intoxicação: _____

Evolução clínica (síntese): _____

Foi requerida conduta ao CCI?: () sim () não () não consta

Data: ___/___/_____ **Responsável:** _____

3 - DADOS DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Sintomas apresentados durante a internação: _____

Tratamento registrado: _____

Intercorrências durante o período de internação: _____

médico inicial: _____

Diagnóstico médico outros: _____)

Exames complementares: _____

Evolução clínica (síntese) _____

Registro das condições de alta: _____

Outros dados da história clínica: _____

Responsável:

4 – INVESTIGAÇÃO NO DOMICÍLIO

4.1 Entrevistado: _____

Idade: _____ Estado civil: _____

Situação profissional: _____ Escolaridade: _____

Trabalha fora do lar: ()sim ()não Período _____

Vínculo com o indivíduo em estudo _____

4.2 Indivíduo em Estudo

• Como está a saúde hoje? _____

• Quais os problemas de saúde anteriores? _____

• Como é a alimentação da pessoa em questão? _____

• Dorme bem? _____ Em que horário? _____ Quanto tempo? _____

• Faz uso de bebida alcoólica durante as refeições? _____

Qual? _____

• É fumante? _____ Há quanto tempo? _____

Gostaria de parar de fumar? _____

• Qual outro tipo de droga de abuso utilizado pelo indivíduo? _____

Há quanto tempo faz uso de drogas de abuso? _____

Utiliza a droga para diminuir ressaca ou nervosismo? _____

Em que período? _____

O que o levou a fazer uso de drogas de abuso? _____

Em que situação ocorreu o primeiro uso? _____

Com qual idade? _____

Uso esporádico ou habitual? _____

4.3 História da Intoxicação e Atendimento

• Data: ___/___/___ Horário da ocorrência: _____

• Descrição da ocorrência que o levou ao internamento: _____

• Como adquiriu a droga? _____

• Sinais e sintomas que apresentava: _____

• Atividade que foi realizada no momento em que a vítima foi encontrada, antes de procurar o serviço de saúde: _____

• Qual o local do primeiro atendimento? _____

Dificuldade de acesso ao serviço de saúde? () não () sim

Qual? _____

Demorou quanto tempo para ser atendido? _____

• Como foi concluído o atendimento do paciente? _____

Foi transferido para outro local? _____

Qual foi o tratamento proposto? _____

Com base neste(s) atendimento(s), o que é esperado dos serviços de saúde? _____

5 – CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

5.1. Antecedentes e fatores de risco (evidências ou indícios de desvios das normas de prevenção nos seguintes momentos):

No domicílio: _____

No trabalho: _____

Na escola: _____

No serviço de saúde _____

Outros _____

5.2. Esta intoxicação poderia ter sido evitada?

() sim () não Por que? _____

5.3. Falhas quanto ao atendimento:

() Domicílio Qual? _____

() Transporte Qual? _____

() Serviço de saúde Qual? _____

5.4. Houveram orientações quanto às alternativas de tratamento e/ou prevenção da ocorrência?

5.5- Qual foi o motivo básico para o uso de drogas de abuso pelo indivíduo?_____

Como a família vê este problema?_____

5.6. Esta ocorrência seria evitável por medidas:

() sociais_____

() educativas_____

() assistência médica_____ (

) assistência hospitalar_____

() outros_____

5.7.Observações finais: _____

Data da conclusão do caso: _____

Investigadores: _____



Anexo 4

FICHA DE OCORRÊNCIA TOXICOLÓGICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: *Juventude, drogas e internação hospitalar: ampliando o conceito de evento sentinela*

A presente pesquisa objetiva aplicar o procedimento de vigilância epidemiológica de evento sentinela em internação de jovens com diagnóstico de intoxicação agudo ou efeitos secundários decorrentes do uso de drogas de abuso, para posteriormente contribuir com dados que favoreçam a detecção da vulnerabilidade social nesta população frente ao evento ocorrido. A sua participação se dará através de uma entrevista de acordo com um roteiro de investigação, após a pesquisadora informar a respeito do estudo, de como você poderá participar e quais são os instrumentos que asseguram sua liberdade e segurança em participar ou emitir as suas opiniões sem que seja identificado(a) ou venha a sofrer algum dano. Assim sendo, a sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento em que você desejar e/ou achar conveniente. O esclarecimento de todas as dúvidas que você tiver acerca da pesquisa poderá ser solicitado por telefone ou pessoalmente, para o nome abaixo relacionado.

Eu, _____, responsável por _____ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Professora Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, *que o(a) meu(minha) filho(a), se for o caso, participe do mesmo.*

Assinatura do pesquisado ou responsável ou impressão datiloscópica

Data: _____/_____/_____.

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes a este estudo.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora, pelos meios a seguir relacionados:

Nome: Tanimária da Silva Lira Ballani. Fones: (44) 32464395 ou (44) 99444624

e-mail: taniballani@yahoo.com.br

Comitê de Ética e Pesquisa onde o projeto foi aprovado:

Av. Colombo, nº5790, bloco 35, Campus Universitário, Maringá/PR, CEP 87020-900.

email: copep@uem.br

Fone: (44) 32614444